

ТЕМА 4.

МАСАЖ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ І ТРАВМАХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Масаж при центральних (спастичних) паралічах і парезах

Спастичні паралічі і парези, як правило, центрального походження, тобто виникають під час ураження центральної нервової системи (головного або спинного мозку) на різному рівні і з різних причин.

Причинами спастичних паралічів і парезів можуть бути порушення кровообігу, травми, пухлини, запальні та інші процеси.

Характерними признаками спастичного параліча і пареза є підвищення м'язового тону, сухожилкових і надокистних рефлексів, наявність патологічних і захисних рефлексів, співдружних рухів, зниження або відсутність шкірних рефлексів.

Основними причинами порушення мозкового і спинального кровообігу є інсульти церебральні і спинальні.

Факторами ризику інсультів є:

- генетична схильність до судинних захворювань і порушення центрального і коронарного кровообігу;
- гіперліпідемія, пов'язана з порушенням метаболізму ліпідів;
- артеріальна гіпертензія;
- гіперглікемія;
- ожиріння;
- недостатня фізична активність;
- куріння;
- вік пацієнтів;
- наявність в анамнезі повторних регіонарних церебральних судинних кризів;

- індивідуальні особливості конституції, режиму життя і харчування (зловживання цукром, повторні стреси і тривалі нервово-психічні напруження).

Інсульты найчастіше виникають при гіпертонічній хворобі і артеріальній гіпертензії, обумовленої хворобою нирок, наднирників (феохромоміома), деякими ендокринними розладами, а також при атеросклерозі внутрішньочерепних або не черепних кровоносних судин. Нерідко відмічається сполучення атеросклерозу з гіпертонічною хворобою або артеріальною гіпертензією, а також з цукровим діабетом. Порівняно рідше причиною інсульту можуть бути ревматизм, вади серця, аневризми, злоякісні пухлини, різні васкуліти (сифілітичний, алергічний та інші), захворювання крові (еритремія, лейкози, апластична анемія та ін), травми магістральних судин голови та шиї, судинні аномалії, шийний остеохондроз, який сполучається з атеросклеротичними зміненнями у хребтових і базилярних артеріях.

За характером патологічного процесу інсульты поділяють на дві основні групи: ішемічний (інфаркт мозку) і геморагічний (крововилив). Ішемічний інфаркт поділяється на тромботичний (емболічний) і нетромботичний (спастичний). Геморагічний же інсульт поділяється на крововиливи: паренхиматозні (речовина мозку) під і над оболонки мозку (субарахноїдальні, субдуральні, епідуральні).

За поширеністю ураження виділяють: моноплегію (монопарез), параліч (парез) двох кінцівок (верхніх або нижніх), триплегію (трипарез)-параліч (парез) трьох кінцівок, тетраплегію (тетрапарез)- параліч (парез) чотирьох кінцівок і геміплегію (геміпарез)-параліч (парез) однієї половини тіла.

Внаслідок підвищення м'язового тону в окремих м'язових групах у пацієнтів з геміплегіями і геміпарезами розвивається типова патологічна установка руки і ноги: рука приведена до тулуба, зігнута в ліктьовому і променево-зап'ястковому суглобах, пальці рук зігнуті, великий палець зігнутий і приведений до долоні, нога розігнута у кульшовому і колінному

суглобах, зігнута в гомілковостопному суглобі (тобто за напрямком до підошви).

Така поза пацієнтів з геміплегіями і геміпарезами називається позою Вернике-Манна. В результаті розгинальної контрактури ноги пацієнт при ходьбі окреслює ураженою ногою напівколо- „нога косить", а „рука просить" в результаті згинальної контрактури руки.

В той же час при мозкових інсультах в гострому періоді тонус м'язів знижений. Однак, коли минає гострий період захворювання, тонус м'язів починає зростати.

Масаж при спастичних паралічах має за мету зменшення рефлекторної збудливості і підвищеного тону контрагованих м'язів, зміцнення розтягнутих і ослаблених м'язів, попередження тугорухомості суглобів і поліпшення їх функцій, поліпшення крово- і лімфообігу в уражених ділянках тіла, зменшення і усунення синкінезій, поліпшення і відновлення порушених і відсутніх рухів, загальне зміцнення і оздоровлення організму пацієнта. Використання масажу при спастичних паралічах і парезах, в тому числі при порушенні мозкового кровообігу, повинно засновуватися на принципах диференційованості і щадіння, що полягає в різному впливі на різні групи м'язів.

Для м'язів з підвищеним тонусом застосовується короткочасний ніжний, розслаблюючий масаж у повільному темпі, для м'язів-антагоністів спастичних м'язів, як правило розтягнутих і ослаблених, застосовується більш інтенсивний і більш тривалий масаж у швидкому темпі, але без використання прийомів переривчастої вібрації, без зусиль, не визиваючи болей, підвищення тону спастичних м'язів та інших неприємних реакцій.

Принцип щадіння при спастичних паралічах і парезах полягає у виборі і застосуванні неінтенсивних масажних прийомів як основних, так і допоміжних, в скороченій тривалості виконання процедури масажу.

Масаж при спастичних паралічах і парезах, в тому числі при мозкових і спинальних інсультах, треба починати по можливості раніше, ще в гострому

періоді захворювання, за відсутності погрози життю пацієнта і ускладнень, перш за все з боку кардіореспіраторної системи, а також загальних протипоказів до масажу. Практично масаж рекомендується починати в кінці першого тижня при ішемічному інсульті і в середині другого тижня при крововиливі у мозок (в середньому при інсультах на 5-10-й день від початку захворювання).

Методика масажу при інсультах повинна будуватися з урахуванням причини інсульту, строків від його початку, клінічної форми, поширення, локалізації інсульту, характеру і ступеню рухів, порушення чутливості, наявності супутних захворювань і ускладнень, віку і стану пацієнта.

Обов'язково треба робити масаж паралізованих кінцівок. За відсутністю протипоказань проводиться також масаж спини, попереково-крижової ділянки і грудей збоку ураження. Ділянки застосування масажу необхідно поширювати поступово, поетапно. На початку курсу масажу (приблизно перша-третья процедури) відмежовуються впливом на проксимальні відділи уражених кінцівок (стегно, плече), не повертаючи пацієнта.

Під час проведення процедури масажу положення пацієнта - лежачи на масажному столі. Під колінні суглоби підкладаються валики. Якщо пацієнтові дозволяється повертатися, то можна використовувати положення лежачи на здоровому боці або на животі з підкладеною під нього подушкою і воликом під гомілковостопними суглобами.

Рекомендується починати масаж з нижніх кінцівок, в котрих нервово-рефлекторна збудливість менш виражена ніж на верхніх. На передній і внутрішній ділянці стегна обмежуються розслабляючими прийомами масажу (погладжування, легке розтирання, безперервна вібрація лабільна використовується у повільному темпі. На задній поверхні стегна застосовуються більш інтенсивні масажні прийоми (глибоке погладжування, інтенсивне розтирання, розминання поздовжнє і поперечне) у швидкому темпі.

Після масажу стегна переходять до масажу надпліччя і плеча. У ділянці надпліччя і задньої поверхні плеча проводяться доволі інтенсивні масажні прийоми як основні, так і допоміжні (глибоке погладжування, інтенсивне розтирання, в тому числі гребенеподібне, щипцеподібне погладжування і розтирання, штрихування, пиляння, стругання, розминання поперечне і поздовжнє, валяння, натискання. На передній поверхні плеча масажні прийоми виконуються ніжно у повільному темпі.

При добрій переносимості масажу, починаючи з 4-ої-5-ої процедури ділянка масажу поширюється, здійснюється масаж дистальних відділів (гомілка, стопа, передпліччя, кисть) . На передній поверхні гомілки і тильній поверхні стопи використовуються прийоми погладжування і розтирання з достатньо великою інтенсивністю, розминання середньої інтенсивності. Використовуються також деякі допоміжні прийоми: гребенеподібне і щипцеподібне погладжування і розтирання, штрихування, стругання, натискання, валяння. На задній поверхні гомілки і підшововій поверхні стопи обмежуються легким масажем, розслаблюючими прийомами (погладжування, легке розтирання, ніжна безперервна лабільна вібрація) у повільному темпі.

На задній поверхні передпліччя і тильній поверхні кисті проводиться доволі енергійний масаж у швидкому темпі, а на передній поверхні передпліччя і долонній поверхні кисті - щадний, розслаблюючий масаж у повільному темпі.

При приємному перебігу захворювання у відносно ранні строки після інсульту, пацієнта можна перевертати на здоровий бік, а відтак і на живіт

Якщо дозволяє стан пацієнта, то з поворотом на здоровий бік, ділянка масажу поширюється. До масажу уражених кінцівок додається масаж шийно-коміркової зони, стопи, попереково-крижової ділянки, в основному з боку ураження.

У процесі всього курсу масажу важливо дотримуватися принципу щадіння і диференційованості, починаючи масаж з легкої дії на розтягнуті,

гіпотонічні м'язи паретичних кінцівок прийомами погладження і легкого розтирання, подалі поступово підвищити силу натискання рук масажиста при виконанні вказаних масажних прийомів, включаючи неінтенсивне напівколове, поздовжнє і поперечне розминання м'язів-антагоністів спастичних м'язів, і закінчуючи щадним масажем задньої поверхні тулуба з боку ураження.

Проводячи масаж гіпотонічних ослаблених м'язів, треба враховувати, що дуже інтенсивні масажні прийоми і їх енергійне виконання, можуть визвати втомленість і подальше ослаблення цих м'язів, посилення їх атрофії і утруднення відновлення рухів.

Дуже важливо також у процесі всього курсу масажу при лікуванні рухових розладів при інсультах притримуватися принципів диференційованості. При масажі спастичних, напружених, скорочених м'язів застосовувати у більшості випадків легке погладження, легке розтирання, ніжну безперервну лабільну вібрацію, неінтенсивні і нетривалі впливи у повільному темпі. Це важливо перш за все тому, що однієї з основних цілей використання масажу є зниження підвищеного м'язового тону.

При спастичних паралічах і парезах спеціальному впливу підлягають також суглоби уражених кінцівок з метою попередження або ліквідації їх нерухомості.

При геміпарезах після інсульту спеціальному впливу піддається плечовий суглоб у зв'язку з дистрофічними зміненнями у суглобі і раннім розвитком контрактури, а також інші суглоби паралізованих (паретичних) кінцівок. З масажних прийомів для впливу на суглоби застосовують головним чином погладження і особливо розтирання в сполученні з пасивною гімнастикою, лікування положенням, якщо ці методи не протипоказані пацієнту.

Якщо дозволяє стан пацієнта, то для рефлекторного впливу на уражені кінцівки при спастичних паралічах і парезах бажано проводити масаж

здорової симетричної кінцівки за загальним планом з використанням основних масажних прийомів, але в щадному варіанті.

Спастичні паралічі і парези розвиваються також при захворюваннях і травмах спинного мозку.

При ураженні верхньошийного відділу спинного мозку (на рівні з 2-го по 4-й шийний спинномозковий сегмент) розвивається тетраплегія (тетрапарез), тобто параліч (парез) верхніх і нижніх кінцівок, параліч діафрагми, задишка, гикавка, порушуються всі види чутливості нижче рівня ураження, з'являються корінцеві болі, ірадіюючи у потилицю.

При ураженні нижньошийного відділу спинного мозку (на рівні від 5-го шийного по 2-й грудний спинномозковий сегмент) розвивається млявий параліч (парез) верхніх кінцівок і спастичний параліч (парез) нижніх кінцівок, порушуються всі види чутливості, розлади сечовипускання, з'являються корінцеві болі, що ірадіюють у верхні кінцівки.

При ураженні грудного відділу спинного мозку (з 3-го по 12-й спинномозковий сегмент) розвивається спастичний параліч (парез) нижніх кінцівок, порушується чутливість нижче рівня ураження, розлад сечоаиділення, дефекації, виникають корінцеві болі, котрі ірадіюють в нижні кінцівки.

Тривалість процедур масажу паретичних кінцівок в середньому 15-20 хвилин (5-10 хвилин на початку курсу масажу, до 20-25 хв в кінці курсу). При великій площі масажу тривалість процедури може бути більша.

Масаж при спастичних паралічах і парезах має проводитися щоденно по можливості 2 рази на день тривалими курсами по 25-30 і навіть 40 процедур. Тривалі і часті курси масажу (з перервою в 10 - 14 днів) повинні проводитися за відсутністю протипоказань пацієнтам у відновлювальному періоді захворювань і травмах головного і спинного мозку, тобто протягом року від початку захворювання або від моменту травми. Після року в період наслідків можна здійснювати не такі тривалі і такі часті курси масажу (1-2 курси на рік по 10-15-20 процедур на курс лікування).

Масаж при спастичних паралічах і парезах використовується не ізольовано, а в сполученні з лікуванням положенням, пасивною гімнастикою, всім комплексом ЛФК, якщо дозволяє стан пацієнта і його рухові можливості, а також з фізіотерапією, голкорексфлексотерапією та іншими методами.

Масаж не застосовується за наявності неопераційної пухлини центральної нервової системи, абсцесу головного мозку, загострення ревматичного процесу і при інших запальних протипоказів до масажу.

Виконують прийоми ваяння, позовжнього розминання і натискування. Спочатку розминання застосовують на розтягнутих гіпотрофованих м'язах. Прийоми переривчастої вібрації - поплескування, постукування, рубання - протипоказані. В той же час можуть застосовуватись ніжна безперервна вібрація за допомогою електровібратора, якщо вона не викликає посилення м'язового тону. Крім того проводиться масаж паравертебральних зон: в ділянці крижової, поперекової, нижньогрудної для впливу на нижні кінцівки; верхньогрудної і шийної зони, для впливу на верхні кінцівки. Тривалість процедур спочатку 5-10 хвилин, в подальшому 15-20 хвилин. На курс лікування не менше 25-30 процедур. Перерви між курсами не більше 10-12 днів.

Масаж при дитячих церебральних паралічах (ДЦП)

Дитячі церебральні паралічі виникають в результаті неправильного розвитку і різних патологічних процесів внутрішньоутробного розвитку, під час пологів, в результаті різноманітних інфекцій, інтоксикацій.

Найбільш велику групу складають хворі спастичним паралічем або хвообою Ляттля, яка характеризується спастичним парезом рук і ніг. Відзначається різке підвищення м'язового тону, що призводить до появи характерних постав нижніх кінцівок, розвитку контрактур.

Велику роль в комплексній терапії має масаж і лікувальна гімнастика. Масаж підвищує працездатність і витривалість м'язів, покращує функцію суглобів і зв'язкового апарату, покращує кровообіг.

Методика

Спочатку проводиться масаж паравертибральних зон: нижньогрудної, попереково-крижової для впливу на нижні кінцівки; нижньошийної і верхньогрудної зони для впливу на верхні кінцівки.

Для зміцнення, покращення кровопостачання і живлення ослаблених м'язів робиться масаж м'язів спини, грудної клітки і живота, впливаючи поверхневими, ніжними, в повільному темпі прийомами погладження, розтирання, розминання, а також стабільного і лабільного потрушування м'язів. Використовують активні і пасивні рухи, ніжний струс грудної клітки і живота, дихальні вправи. На кінцівках масаж застосовують строго диференційовано з врахуванням того, що одні прийоми діють заспокійливо на нервову систему, рефлекторно розслаблюючи м'язи. До них належать: погладження, розтирання, розминання, які застосовують ніжно в повільному темпі і безперервному ритмі.

Ефективність масажу значно підвищується, якщо його застосовують в поєднанні з бальнеофізіотерапевтичними процедурами (мінеральні і прісні ванни) температура води 36-37° С, протягом 7-10-12 хвилин. Пасивні і активні рухи безпосередньо у воді і масаж під водою, коригуючі укладки на шинах від 10 хвилин до 1 години. В той же день після відпочинку через 2-4 години проводять сеанс лікувальної фізкультури.

Для зниження тонусу спастичних м'язів і їх розслаблення застосовують опромінення лампами солюкс в світло-теплових ваннах, парафіно-озокеритові аплікації, грязелікування та інші фізіотерапевтичні процедури (індуктотермія, магнітотерапія.) На курс лікування 20-25 процедур з інтервалами не більше одного місяця.

Масаж при захворюваннях і травмах нервової системи

Масаж при неврологічних проявах остеохондрозу хребта

Остеохондроз хребта - захворювання, яке характеризується дегенеративно-дистрофічним ураженням міжхребцевих дисків і підлеглої кісткової тканини.

В результаті різних причин: травм, неадекватних фізичних навантажень, малорухомості, уроджених вад розвитку кісток і зв'язок хребта, настає розлад трофіки різних елементів хребта, перш за все міжхребцевих дисків, їх дегенерація, зниження або втрата еластичності, зменшення висоти дисків, їх деформація, розшарування, а іноді і порушення частки або диска.

Остеохондроз хребта - широко поширене захворювання, до сорокарічного віку з'являється у більшості людей. Найчастіше дегенеративно-дистрофічні зміни хребта розвиваються у похилому і старечому віці, а у більш молодих людей під час занять деякими видами спорту (важка атлетика, гімнастика та ін.) або за наявності шкідливих професій (водії, вантажники, друкарки, швачки). Остеохондроз нерідко зустрічається і у дитячому віці.

Найчастіше клінічними проявами остеохондрозу є радикулярні (корінцеві) синдроми, при яких болі в зоні інервації корінців спинномозкових нервів сполучаються із симптомами периферичних паралічів, порушенням чутливості в кінцівках, вегетативно-трофічні порушення. Крім того, шийний остеохондроз може викликати рефлекторний спазм судин головного мозку (у вертебробазилярному басейні, що живить кров'ю задньонижні відділи головного мозку) або спинного мозку, що потім приводить до стійкого порушення мозкового або спинального кровообігу.

Масаж використовується, звичайно, в підгострій і хронічній фазах захворювання і спрямований на поліпшення трофіки міжхребцевих дисків і м'яких тканин ураженого відділу хребта, нормалізацію тонуусу і сили м'язів, зменшення або ліквідацію застійних явищ, поліпшення кровообігу в

головному, спинному мозку, кінцівках, зниження або усунення болей, профілактику прогресування остеохондрозу.

Масаж при шийному остеохондрозі проводиться в положенні пацієнта сидячи на стільці або лежачи на животі і спині. Масажист стоїть ззаду або збоку від пацієнта. В усіх випадках піддається шийнокомірова зона, за необхідності також проводиться масаж спини, верхніх кінцівок, волосистої частини голови. У процедурі масажу особлива увага приділяється масажу м'язів, трапецеподібних, найширших м'язів спини, м'язів плечового пояса, грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, а також масажу больових зон і точок.

При шийногрудному остеохондрозі застосовуються основні і ряд допоміжних прийомів масажу, які треба диференціювати залежно від стану і ступеню тяжкості захворювання, віку пацієнта, наявності або відсутності супутніх захворювань та ускладнень.

При легкому ступені тяжкості захворювання в початковій стадії у пацієнтів молодого і середнього віку за відсутністю супутньої патології використовуються всі основні і більшість допоміжних прийомів масажу з достатньо великою інтенсивністю. При добрій витривалості акцент в масажі робиться на інтенсивне розминання м'язів, особливо паравертебральних зон шийного і верхньогрудного відділу хребта. За відсутності протипоказань застосовується н інтенсивна безперервна вібрація, а також обережні активні рухи в уражених сегментах хребта.

При другій (середній) стадії, особливо у людей похилого і старечого віку, треба значно обмежити або виключити вібрацію, а прийоми розминання проводити легко, м'яко, ніжно.

При третій (важкій) стадії захворювання за наявності супутньої патології, найчастіше захворювань серцево-судинної системи, необхідна більша обережність при проведенні масажу. Із масажних прийомів використовуються поглажування та інтенсивне розтирання, за відсутності протипоказань і добрій витривалості допустимо легке розминання.

На початку курсу масажу на 1/3 масажних процедур проводиться недиференційований вплив в основному прийомами поглажування на вибрану для масажу зону, на наступних же процедурах здійснюється цілеспрямований масаж даної зони з використанням всіх можливих прийомів. Ціленаправлений масаж починається із диференційованого масажу м'язів прийомами розтирання, розминання, вібрації. Починаючи з четвертої - шостої процедури здійснюється також спеціальний вплив на больові зони, точки і нервові стовбури. Проводиться послідовний масаж болючих точок, зон, нервових стовбурів спочатку прийомами поглажування, а потім розтирання і безперервної вібрації. Під час зменшення болей і поліпшення стану пацієнта збільшується набір масажних прийомів, зростає інтенсивність і тривалість процедур масажу. Тривалість процедур масажу залежить від характеру і тяжкості хвороби, віку і стану пацієнта, а також від площі поверхні: від 5-10 хв. до 25-30 хв. щоденно. На курс від 8-10 до 12-15 процедур.

За наявністю виражених болей, пов'язаних із вторинним ураженням різних відділів симпатичної нервової системи, необхідна методика масажу, що передбачає вибір щадних масажних прийомів, слабку інтенсивність використання їх, скорочену тривалість процедури, сувору послідовність і поступовість в поширенні методики масажу.

При стійких виражених болях і відсутності протипоказань до застосування масажу для підвищення його ефективності і посилення знеболюючої дії допустимо використання мазей, гелів, рідин, що мають знеболюючу дію.

Масаж при поперековому остеохондрозі

Масаж призначається у підгострому періоді захворювання після значного зменшення гострих явищ, стихання болей, зменшення вираженості симптомів натягіння нервових стовбурів, зниження пальпаторної болючості больових зон і точок, ослаблення рефлекторного напруження м'язів.

Масаж повинен широко використовуватися в хронічному періоді остеохондрозу при залишкових явищах захворювання, що проявляється наявністю окремих, нерізко виражених симптомів (незначних болей, пошкодження чутливості, помірних парезів тощо).

Масаж проводиться у положенні пацієнта лежачи на животі (з підкладеною під нього подушкою, злегка зігнутими колінами, з валиком підкладеним під гомілковостопні суглоби).

В більшості випадків масажу піддається попереково-крижова ділянка і уражена нижня кінцівка (при двохсторонньому ураженні - обидві нижні кінцівки).

Методика масажу будується з урахуванням клінічних даних: характеру, стадії, локалізації і ступеня вираженості патологічного процесу, стану м'язів; уражених нервових стовбурів, супутніх порушень чутливості, трофіки тканин, вегетативних функцій, віку і загального стану пацієнта.

Масаж повинен зменшувати, а по можливості і усувати клінічні прояви остеохондрозу, знижувати підвищений тонус м'язів, відновлювати їх силу, усувати порушення кровообігу і поліпшувати трофіку тканин, відновлювати чутливість, зменшувати біль, поліпшувати стан і самопочуття пацієнтів. Неприпустимо посилення болю та інших проявів захворювання під час використання масажу у пацієнтів з остеохондрозом хребта.

Методика масажу при попереково-крижовому остеохондрозі така сама, як і при шийногрудному.

Враховуючи можливість спеціального впливу на нервові стовбури, больові зони, точки - це вплив прийомами масажу на стовбур сідничного нерва та його гілок, а також на стегновий нерв. На стовбур сідничного нерва діють на задній поверхні стегна за лінією від середини підколінної ямки до середини сідничної складки прийомами площинного поверхневого і глибокого поглажування, глибокого розтирання, розминання (в тому числі натискання), вібрації безперервної і уривчастої, а також пунктування, постукування, рубання підвищують силу натискання в напрямку до сідничної

ділянки. Аналогічному впливу піддається малогомілковий нерв у ділянці головки малогомілкової кістки, кінцеві розгалуження великогомілкового нерва в ділянці медіальної і латеральної борозен підошви. На стегновий нерв діють в зоні стегового трикутника (верхня частина передньовнутрішньої поверхні стегна). При дії на стегновий нерв обмежуються прийомами поглажування і легкого розтирання. За наявності показань вплив на нервові стовбури завершуються їх обережним витягуванням.

Описана методика масажу застосовується також для впливу на болючі точки в паравертебральних ділянках, міжкостистих проміжках, в ділянці крижово-хребтових сполучень, великих вертлюгів стегових кісток.

Проводячи масаж нервових стовбурів, больових зон і точок, враховують переносимість пацієнтом цих впливів, і за наявності вираженої болючості спочатку здійснюють масаж навколо зон і точок і лише при зменшенні болючості переходять до безпосереднього впливу на нервові стовбури, больові зони і точки.

Тривалість процедури масажу залежить від різних причин: від характеру, локалізації, стадії і ступеню тяжкості захворювання, наявності і відсутності ускладнень і супутніх захворювань, зони масажу, віку і стану пацієнта.

На початку курсу тривалість процедур становить всього 5-10хв., наприкінці може сягати 35-40хв., в середньому 25-30хв. На курс лікування від 8-10 до 15-20 процедур, в середньому 12-15 процедур, які проводяться щоденно або через день. Ефективність масажу підвищується, якщо сполучати його з тепловими процедурами (солюкс, парафіно-озокеритові аплікації, сауна) та іншими фізіотерапевтичними методами, з лікувальною фізкультурою, відповідним ортопедичним режимом, звичайно за відсутністю протипоказань до їх застосування.

Протипоказання до масажу.

Крім загальних протипоказань до масажу - це сильні болі у хребті, кінцівках, та інших ділянках, що потребують використання наркотиків та

інших сильнодіючих ліків; наявність пухлин або підозру на пухлини спинного мозку або периферійних нервів, супутні ураження відділів (стовбурів, вузлів) симпатичної нервової системи.

Масаж при невралгії і невриті сідничного нерва

Захворювання може розвинутися як ускладнення при грипі, ангіні, бруцельозі, а також при остеохандрозі, травмах хребта, при запальних процесах в малому тазі.

План масажу: вплив на паравертибральні зони крижових, поперекових і нижньогрудинних спинно-мозкових сегментів; масаж сідничних м'язів, крижів, гребенів клубових кісток, реберних дуг, нижніх кінцівок. Положення пацієнта лежачи на животі в середньофізіологічному положенні з максимально розслабленими м'язами тулуба і кінцівок.

Методика.

Масаж паравертибральних зон від нижчерозташованих сегментів до вищерозташованих. В ділянці таза, виконується погладжування, розтирання, розминання, вібрації сідничних м'язів. Розтирання і вібрації ділянки сідничних бугрів і суглобів.

В гострій стадії при різкому больовому синдромі починають масаж на здоровій кінцівці. Широкими штрихами роблять погладжування, розтирання, розминання, вібрацію, безперервну вібрацію м'язів гомілки і тегна, потрушування м'язів стегна, струшування здорової кінцівки.

При масажі хворої ноги в гострій стадії уражений нерв потрібно щадити, через що застосовують тільки такі прийоми: погладжування поверхневе площинне і обхоплююче, розтирання суглобів і м'язів передньої групи стегна і гомілки, ніжне валяння м'язів; вібраційне поверхневе погладжування і безперервна з малою амплітудою вібрація м'язів гомілки і стегна.

В підгострій стадії, при стиханні різко-болючих явищ робиться масаж ураженого сідничного нерва; площинне глибоке погладжування подушечкою

великого пальця за ходом нерва від середини підколінної западини до сідничної складки і до нижнього краю сідничного горба.

Розтирання за ходом нерва обома великими пальцями, які рухаються один за одним в напівколових напрямках. Пунктування кінцями другого і третього пальців.

Масаж больових точок на задній поверхні стегна в ділянці сідничної складки, на межі верхньої і середньої третини стегна і на межі середньої і нижньої третини стегна. Робиться погладження і розтирання циркулярно, безперервна вюрacja кінцями пальців, пунктування.

Активні і пасивні рухи у суглобах ураженої кінцівки. Рухи на витягування задньої групи м'язів стегна. Тривалість процедури 10-20 хвилин щоденно або через день. На курс лікування 12-15 процедур.

Масаж при травмах периферичних нервів

Ураження периферичних нервів спостерігається у вигляді повного або часткового розриву, забою або стискування (крововилив, стороннє тіло, пухлини, рубці). Ураження нервового стовбура приводить до параліча або парезу м'язів (млявий параліч), порушення чутливості, трофіки; зникнення м'язових і сухожилкових рефлексів.

При легких формах ураження без анатомічних порушень (розривів нервового стовбура) проводять консервативне лікування: застосування фізіотерапії, масажу, ЛФК та інших методів забезпечує загоєння травмованих тканин і відновлення функції.

Потерпілі з неповним або повним розривом потребують спочатку спеціалізованої нейрохірургічної допомоги.

Показання.

Масаж починають в період анатомічного відновлення, коли гострі явища зменшуються, небезпека кровотечі і інфекції минула. Задачею масажу є прискорення процесів відновлення нерва, зменшення атрофії м'язів і больових відчуттів.

Ще до загоєння рани призначають сегментарно-рефлекторний масаж. Після загоєння, коли на перший план виступають параліч або парез м'язів з ознаками атрофії, переходять до місцевого масажу.

Масаж поєднують з фізіотерапією. Якщо консервативне лікування проводиться протягом 2-3-х місяців і не дає позитивних результатів, при цьому збільшуються різкі болі і розлади трофіки тканин, показано зшивання нерва.

На 2-3^й день після операції, як тільки мине небезпека кровотечі і інфекції, слід приступати до масажу. Ніжними обережними маніпуляціями впливають на паралізовані м'язи і стимулюють кровообіг; добиваються м'язових скорочень.

Методика

При ураженні променевого, серединного і ліктьового нервів масажують спочатку верхньогрудні і шийні паравертибральні зони. При ураженні сідничного, великогомілкового і малогомілкового нервів масажують попереково-крижові і нижньогрудні паравертибральні зони спинно-мозкових сегментів.

В післяопераційний період всі прийоми масажу проводять ніжно, без зусиль, в повільному темпі, виконують поверхнєве площинне і охоплююче погладжування, напівколове кінцями пальців розтирання, натискування, стискання.

Тривалість процедури 3-5 хвилин. Лікування положенням (гіпсова лонгета, мішечки з піском), лікувальна гімнастика. Коли післяопераційний рубець достатньо зміцніє, застосовують глибоке погладжування, розтирання, розминання, зсування, валяння, розтягування, пунктування, постукування, лабільну вібрацію за ходом нервового стовбура, потрушування. Тривалість процедури 15-20 хвилин щоденно або через день. На курс лікування 15-20 процедур.