

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ	6
1.1. Понятие о рефлекторных видах массажа	6
1.2. Классификация рефлекторных видов массажа	11
1.3. Нормативно-правовые акты и санитарно-эпидемиологические требования, регламентирующие применение рефлекторных видов массажа	15
1.4. Механизмы действия и физиологические эффекты рефлекторного массажного воздействия	18
1.4.1. Общие закономерности физиологического действия массажа	18
1.4.2. Местная, сегментарная и общая реакции организма на рефлекторное воздействие	21
1.5. Диагностика рефлекторных изменений в тканях	24
1.6. Принципы дозирования рефлекторного массажного воздействия	45
1.7. Показания и противопоказания к применению рефлекторных видов массажа	56
2. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ	58
2.1. Техники и методики рефлекторных видов массажа	58
2.1.1. Массаж локальных рефлекторных зон	58
2.1.2. Сегментарный массаж	65
2.1.3. Линейный массаж	81
2.1.4. Точечный массаж	87
2.1.5. Микрозональный массаж	104
2.1.6. Соединительнотканый массаж	107
2.1.7. Миофасциальный массаж	143
2.1.8. Периостальный массаж	186

4 Содержание

2.1.9. Висцеральный массаж.....	192
2.1.10. Инструментальные и аппаратные разновидности рефлекторного массажа.....	200
2.2. Правила сочетания и комбинирования рефлекторных видов массажа с физиотерапевтическими процедурами.....	230
Заключение.....	234
Приложение 1.....	236
Приложение 2.....	239
Приложение 3.....	276
Приложение 4.....	287
Список литературы.....	313
Предметный указатель.....	314

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. ПОНЯТИЕ О РЕФЛЕКТОРНЫХ ВИДАХ МАССАЖА

В отличие от классической техники массажа, основу которой составляет местное послойное воздействие на все ткани непосредственно заинтересованной области массажа, в мануальных разновидностях рефлексотерапевтического воздействия используется дифференцированное влияние на какую-либо отдельную ткань или специфическую зону, расположенную, как правило, в отдалении от места поражения. Иными словами, ускорение крово- и лимфообращения, улучшение трофики тканей больного органа в первом случае достигается чисто механическим путем (массирование по ходу лимфатических сосудов от периферии к центру), а во втором — посредством рефлексорных взаимосвязей нервной системы. Поэтому различные варианты мануальных способов рефлексотерапии (РТ) допустимо объединить единым термином — зональный (или, по основному механизму действия, — рефлексорный) массаж, представляющий собой механическое воздействие на ограниченные участки покровов тела, имеющих через нервную систему тесную взаимосвязь с различными внутренними органами и функциональными системами организма.

Совершенно справедливо доктор В.А. Вальдман (1976) заметил, что «если бы значение массажа заключалось в одном лишь механическом передвижении лимфы, то этот прием давно бы был заброшен как бесполезный». И как бы в продолжение развития этой мысли профессор И.М. Саркизов-Серазини (1963) писал: «Влияние массажа на нервную систему человека является весьма сложным и зависит от степени раздражения рецепторных приборов, заложенных в коже, мышцах, связочном аппарате. Используя всевозможные приемы массажа, можно по-разному влиять на возбудимость нервной системы, а через нее и на функцию важнейших органов и систем». Изучение рефлексорных взаимосвязей организма послужило мощным стимулом к внедрению рефлексорных методов терапии в массажную практику, что позволило значительно расширить показания к применению массажа и усилить его лечебную эффективность.

Термин «рефлексотерапия» был предложен в 1912 г. французским врачом Yavorski, а уже с 1924 г., по A. Lérinсе, понятие «рефлексотерапия» объединяло следующие методы: центротерапию, или носовую рефлексотерапию, Bonie, спондилотерапию Abrams, акупунктуру (иглоукалывание), метод остеопатов и херопрактиков, японский реанимационный массаж куа-цу, метод Denso — растяжение слизистой оболочки уретры специальными бужами для повышения мышечного тонуса нижних конечностей и лечения атактических расстройств при спинной сухотке, а также надавливание на глазные яблоки и область солнечного сплетения.

Тем не менее использование в медицине методов рефлекторной терапии было известно народам разных регионов земного шара еще с первобытных времен. В Британском музее в Лондоне хранится египетский папирус, датируемый 1500 г. до н.э., на котором изображены схема каналов тела человека, а также связи внутренних органов с определенными участками поверхности тела. Издавна в целях лечения радикулита арабы прижигали часть уха раскаленным железом, эскимосы применяли укалывание заостренным камнем, а некоторые племена Южной Америки для снятия боли вонзали через трубочки крохотные стрелы в определенные точки на теле больного. В книге «Медицина у первоселов русского Севера» Н.А. Богоявленский (1966) приводит следующие факты применения способов рефлексотерапии: *«В древности эта лечебная мера на Руси пользовалась большой популярностью. Точечные, полосчатые в виде царапин, “круговые”, в форме различных геометрических фигур, уколы делались, не вызывая крови, на различных участках тела. На Севере различные виды “жежения” не сходили со сцены потому, что в такой же мере, как и среди людей, они применялись и среди животных. Но чаще всего “жежению” подвергались люди. “Жежение” обычно производилось раскаленным железом, но также серебряными и золотыми “еднами” (иглами)...».*

Широко распространенный на Востоке китайский метод чжень-цзю-терапии (иглоукалывания и прижигания) в XIII в. попал в Европу под названием *акупунктура* (от лат. «сила» и «точка»), где он со временем получил общественное признание.

Предположение о рефлекторной природе действия некоторых физических факторов одним из первых высказал во второй половине XIX столетия доктор Winternitz. Основываясь на анализе разнообразных функциональных сдвигов в организме больных людей при водолечении, он сделал вывод, что их можно объяснить только с рефлекторных позиций.

На зональные изменения чувствительности кожи, представляющие проекцию раздражений, идущих от больного внутреннего органа, в частности на появление *гиперестезии* (повышенной болезненности) кожи в верхней части грудной клетки под левой ключицей при заболеваниях сердца, впервые обратил внимание в 1889 г. известный московский терапевт Г.А. Захарьин. Более детализированное описание закономерной связи различных внутренних органов с кожными метамерами представил в 1898 г. английский врач Н. Head. Позже эти чувствительные участки кожи получили название «зоны Геда». В отличие от точечных проекций, установленных китайскими специалистами по акупунктуре, «зоны Геда» занимают значительные площади и весьма расплывчаты по конфигурации. В 1909 г. русский врач Б.И. Вильямовский установил, что при некоторых видах патологии высокочувствительные участки на коже могут переходить в нечувствительные (зоны *гипостезии*).

Понятие «рефлексогенные зоны» в начале XX в. также изучали: Hyrata (1913), Mackenzie (1917), F. Castro (1926), E. Issberner-Haldan (1927), R. Sinder-Plagman (1933), М.Л. Оапинский (1926), Л.А. Орбели (1935), М.Б. Кроль (1935), Б.А. Долго-Сабуров (1949) и др. Особо следует отметить созданную на базе богатейшего клинического опыта и экспериментальных исследований талантливейшим русским ученым, профессором А.Е. Щербаком (1863–1934) и его школой (Е.А. Нильсен, В.Л. Товбин, Б.В. Лихтерман и др.) в 1930-е гг. оригинальную теорию о механизме терапевтического действия физических агентов, в основе которого лежат сенсорно-вегетативные рефлексы. Все эти теоретические концепции, выработанные учеными разных стран, дали основание для разработки ряда методов РТ, в том числе зонального массажа, широко использующихся и в наши дни в медицинской практике. В Приложении 1 приводится современная классификация рефлексотерапевтических методов воздействия.

На рубеже XIX–XX вв. американский врач W. Fitzgerald (1917) сделал сообщение об опыте индейских знахарей, применявших для излечения от внутренних болезней воздействия на определенные точечные зоны стоп. Поскольку доктору W. Fitzgerald довелось работать не только в США, но также в клиниках Лондона и Вены, именно от него Европа узнала о таком оригинальном методе лечения. Огромное значение в дальнейшем развитии этого направления имела научно-исследовательская деятельность работавшей с W. Fitzgerald в качестве массажистки физиотерапевта J. Inghem, супругов Rayli и массажистки Н. Marchardt (1965). Теме массажа рефлекторных зон

J. Inghem посвятила две научно-популярные книги: «О чем могут рассказать ноги» и «История, которую рассказали ноги». Впоследствии эта же тема была раскрыта в работах Н. Mazafrest (1975), А. Bierach (1979), F. Solder-Feichtenschlager, M. Weiglhofer (1991), А. Gillanders (1995).

В 1907–1918 гг. появилась еще одна система рефлекторного массажа — «спондилотерапия», разработанная американским медиком А. Abrams. Проанализировав метод остеопатов и херопрактов (мануальных терапевтов), он предложил для достижения лечебного эффекта при некоторых заболеваниях внутренних органов использовать механическое раздражение небольших участков диаметром 2 см, расположенных с обеих сторон от позвоночника. Основываясь на учении остеопатов, W. Saterland разработал метод краниосакральной терапии, заключающийся в воздействии на кости черепа. На технике мануальных терапевтов основан также метод наппатии (от лат. «скорректировать, устранить страдание»), созданный американским херопрактом О. Smit, основавшим в 1905 г. Чикагский национальный колледж наппатии. Существенное отличие последней от херопрактики заключалось прежде всего в воздействии с помощью специфических массажных приемов не столько на кости и суставы, сколько на соединительную ткань.

Непосредственно массаж рефлекторных зон соединительной ткани, обозначаемый традиционно как соединительнотканый массаж, был разработан эмпирически в 1929 г. Е. Dicke на самой себе в связи с ангиопатией; позднее эта массажная техника привлекла внимание докторов Н. Leube и W. Kohlrausch, Sperling, Klein, Mahoney, Kibler, Gross и др.

Некой разновидностью соединительнотканного массажа может считаться система «рольфинг», созданная в 30-е годы XX в. I. Rolf, но получившая распространение исключительно в Америке. Позже аналогичные техники зонального массажа предлагали J. Eston («эстон-паттернинг»), J. Heller («хеллерверк») и др. В 1928 г. немецкие врачи P. Vogler и G. Kraus, выявив взаимосвязь между нарушением трофических процессов во внутренних органах и определенных зонах надкостницы, предложили методику так называемого периостального массажа. Опыт применения такого вида массажа показал его высокую эффективность, и в последующие десятилетия эта методика стала использоваться при многих серьезных заболеваниях.

Широкая популярность в начале XX в. рефлекторных способов лечения, связанная с успехами экспериментальной медицины, способствовала появлению множества разработок новых разновидностей рефлектор-

ного массажа. Среди них: гелотрипсия — массаж кожи, глубоких мягких тканей и периоста по M. Lange (1931); тактильный массаж по Rumans (1933); нервно-точечный массаж по A. Cornelius (1909); глубокое трение по J. Сугах (1914); массаж рефлекторных зон по W. Kohlrausch (1937), воздействие на мышцы с повышенным тонусом, расположенные соответственно зонам Head (1937); массаж по системе В.А. Маклакова (1946); глубокий мышечный массаж Т. Pfimmer (1947); контактная психотерапия по W. Rayh (1948). Изучением этих расстройств и разработкой методик массажа для их устранения занимались В. Barczewsky (1911), A. Muller (1914), P. Hoffmann (1920), F. Hartman (1927–1928), V. Schade, F. Lange (1923, 1928, 1931, 1935), W. Ruhmann (1929), J. Puttkamer (1948), R. Rabe (1950), K. Gierlich (1961), E. Vodder (1966), а в России — В.К. Хорошко (1932), В.С. Марсова (1935), С.С. Налбандов (1938), А.Ф. Вербов (1948). Из других видов рефлекторного массажа особо следует отметить предложенный немецкими докторами О. Glaser и А. Dalicho в 1955 г. сегментарный массаж. Вобрав в себя несколько техник рефлекторного массажа, он к сегодняшнему дню стал наиболее методически совершенным, научно обоснованным и приоритетным в клинической практике.

С 1950-х гг. в научных медицинских кругах вновь пробудился интерес к технике китайского точечного массажа, названного в Европе акупрессурой. Особо следует отметить заслуги китайских специалистов: Chen Yicin (1955), Sun Insun (1956), Czan Czinpo (1957), Ma Litan (1959), Chjao Chengo (1960), Czin Ichen (1975), Lu Schouschan (1982), Chuan Czinsin (1986), Chan Janfa (1987), Sun Schuchun (1989), Wang Chuangui (1992), Hu Cewen (1995), а также вьетнамских врачей Hoang Bao Tyau (1978), Nguen Wan Ngi (1970).

В Японии технику традиционного массажа развивали Kawaichi (1972), Y. Manaka (1973). Объединив наиболее эффективные методики и ограничив воздействие только на часть «китайских точек», японский профессор К. Serizawa предложил метод цубо-терапии. В это же время японский массажист Т. Namikoshi на основе традиционного массажа «амма» разработал еще более упрощенный способ терапии надавливанием пальцем — шиацу.

С 1957 г. в странах Западной Европы благодаря заслугам французского врача P. Nogier стал применяться массаж болезненных точек уха, проекционно соответствующих пораженным участкам тела, для чего использовался грифельный или золотой стержень с тупым концом. Вслед за способом Nogier некоторую популярность приобрел массаж ушной раковины стеклянной палочкой по методу Pere, выполняемый непременно по ходу часовой стрелки.

Методики зонального массажа кистей разрабатывали и развивали преимущественно корейские врачи: Luy Tay Yu (1977), Ru The U (1982), Park Jae Woo (1984), а также E. McGarrigie, T. McGarrigie (1977), Ф. Кандаров (1975) и др.

Проблемами зонального массажа занимались:

- в России: А.Т. Качан (1977), Д.М. Табеева (1978), В.С. Ибрагимова (1984), Г. Лувсан (1986), С.А. Бортфельд (1986), Ю.В. Гольдблат (1989), Ю.А. Исаев (1993), У Вэй Синь (1994), Л.М. Клименко (1995);
- в Германии: J. v. Puttkamer (1947), R. Rabe (1950), S. Bernhardt (1952), W. Kohlrausch (1952–1953), H. Teririch-Leube (1957), H. Schliack, W. Wolff (1968), K. Gierlich (1961), E. Vodder (1966), а также E. Sedlacek (1978), E. Wood, P. Becker (1984), Ludke, Thomsen;
- в Чехословакии: F. Gaymans (1971–1982), K. Lewit (1980–1997);
- во Франции: A. Pecunia (1950), R. Morice (1963), J. Nyboyet (1973), H. Jarricot (1975), Ch. Regimbeau (1978), Boigey, Bonnier, Daniaud, Borsarello, Chamfrault, Lasserre, Philippe;
- в Италии: U. Lanza, R. Lanza (1979);
- в США: B. Prudden (1979), M. Treger (1982), J. Travell, D. Simons (1983), D. Finando, S. Finando (1999) и многие другие.

Многие научно-исследовательские работы последних лет посвящены проблемам изучения разновидностей зонального (рефлекторного) массажа. Большинство специалистов практической медицины в области массажа сейчас стали отказываться от использования какого-то одного вида массажа и все чаще стараются комбинировать классическую технику массажа со способами рефлекторного воздействия. Эта тенденция, по-видимому, сохранится еще долгое время, пока не будут сформулированы единые принципы применения массажа в контексте общей теории физиотерапии.

1.2. КЛАССИФИКАЦИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ ВИДОВ МАССАЖА

Рефлекторные виды массажа представляют собой зональные (на отдельных участках поверхности тела) разновидности массажного воздействия с использованием ограниченного набора приемов, основным физиологическим эффектом применения которых является рефлекторный принцип регуляции функциональных систем