

МЕТОДИКА РУЧНОГО МАССАЖА РЕЛАКСИРУЮЩЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В статье представлена методика ручного массажа детей первого года жизни, оптимизирующая функциональное состояние нервной системы. Методика построена на основании проведенных автором исследований, отражающих особенности психомоторного развития и вегетативного обеспечения формирования основных движений у детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы.

Ключевые слова: ранний возраст, возрастная физиология, физическая реабилитация, массаж.

Введение. Физические факторы в лечении различных заболеваний, как возможный и важный резерв повышения эффективности терапевтического воздействия, давно привлекают внимание клиницистов различного профиля, включая педиатров и неонатологов [1, 2]. Это связано с тем, что борьба с гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС, которые наблюдаются у 80–90 % новорожденных детей и могут приводить к стойким нарушениям в состоянии здоровья, является одной из главных проблем современного здравоохранения [3]. Эффективность массажа при перинатальном поражении ЦНС признается не всеми врачами, и его практическое применение остается до сих пор недостаточным. Причин такого положения в педиатрии несколько.

Во-первых, в современной медицине существует устойчивая тенденция противопоставления физических факторов фармакологическим, как более эффективным [4]. Вместе с тем следует отметить, что правильно выполненный массаж не дает побочных эффектов, не вызывает аллергических реакций и лекарственной болезни.

Во-вторых, исследования, посвященные изучению физиологических механизмов действия массажа, традиционно отстают от его практического применения, которое, несмотря на рост числа методических рекомендаций, в значительной мере остается эмпирическим. В имеющихся публикациях весьма скромно представлен анализ биофизических и физиологических закономерностей воздействия массажа на центральную нервную систему и организм в целом [5, 6, 7, 8].

Наконец, в-третьих, внедрение массажа в педиатрическую клинику затруднено вследствие плохой осведомленности врачей и специалистов по реабилитации об особенностях его действия, отсутствия стратегии и критериев грамотного подхода к лече-

нию. Следствием такого положения является шаблон и потеря индивидуальности назначений массажа, а в некоторых случаях выбирается случайная, необоснованная и влекущая за собой негативные последствия методика массажа.

В настоящее время доказано, что кислородная недостаточность приводит к метаболическим нарушениям и, как следствие, — к гибели нейронов. Головной мозг новорожденных принципиально отличается от мозга взрослых как по активности реакции на гипоксию, так и по потенциалу компенсаторных возможностей [9]. Это связано с незрелостью его структур. Согласно экспериментальным исследованиям, мозг новорожденных в ответ на повреждение способен образовывать новые нейроны и восстанавливать нервные связи. Поэтому чем раньше начато лечение, тем лучше восстанавливается нервная ткань. Исход заболевания зависит не только от локализации и тяжести патологического процесса, но и от индивидуальных особенностей ЦНС, а также от сроков начала реабилитационных мероприятий. Использование лечебных средств во время фазы обратимых нарушений позволяет сохранить возможно большее количество функционирующих нервных клеток. Поэтому с первых дней жизни терапия должна быть направлена на улучшение кровообращения головного и спинного мозга с целью коррекции метаболических процессов при гипоксически-ишемической энцефалопатии. В этом аспекте применение массажа, как эффективного корректирующего средства, а при грамотном использовании не имеющего побочных эффектов, представляется нам не только целесообразным, но и необходимым элементом в лечении и реабилитации детей с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Нами предложена методика ручного массажа релаксирующей

Последовательность, направленность и основные приемы массажа

Порядок воздействия	Направленность массажа	Релаксирующая	
	Основные массажные приемы	Разминание (преимущественно в области соединительно-тканых структур)	Поглаживание, выжимание, вибрация
	Рабочие сегменты	Время воздействия, мин	
1	Шейный отдел позвоночника	4	1
2	Область головы	4	1
3	Со стороны груди	2	1
4	Грудной отдел позвоночника	3	1
5	Пояснично-крестцовый отдел позвоночника	3	1
Общее время массажа 21 мин			

направленности. Этот выбор основан на том, что нашими исследованиями установлено нормализующее действие ручного массажа релаксирующей направленности проводимого в области соединительно-тканых структур на проявления гипоксии головного мозга, функциональное состояние регуляторных систем в организме и на показатели комплексной оценки детей первого года жизни, предложенные Т. М. Журба и Е. М. Мастюковой [10]. Предлагаемую методику целесообразно использовать для коррекции последствий перинатального поражения центральной нервной системы у детей.

В течение пяти лет работы в БУЗОО «Центр восстановительной медицины и реабилитации» г. Омска мы применяли методику ручного массажа в реабилитации более чем 1000 детей первого года жизни, перенесших острую гипоксию. Массаж выполнялся начиная с 3–4 недели жизни ребенка. Курс состоял из 15–20 процедур по 20–25 минут каждая, пять раз в неделю. Все дети хорошо переносили массаж. Объективно у них появлялась адекватная реакция на окружающую среду, отмечалась положительная динамика в неврологической симптоматике, значительно снижались проявления гипоксии головного мозга, снижался индекс напряжения систем адаптации, нормализовалось взаимоотношение сон – бодрствование, отмечалась прибавка в весе. Эти результаты позволили нам разработать методику ручного массажа релаксирующей направленности, проводимого в области соединительно-тканых структур для детей первого года жизни в условиях восстановительного центра.

Методика ручного массажа релаксирующей направленности, проводимого в области соединительно-тканых структур отличается тем, что основное внимание уделяется разминанию соединительно-тканых структур верхнего плечевого пояса, шеи, головы. Особое внимание уделяется местам крепления мышц шеи к подзатылочной области. Используются основные приемы массажа (поглаживание, выжимание, вибрация) 1,5–2 минуты и разминание 3–4 минуты на один рабочий сегмент. Прием разминание проводится финским стилем (массируемая ткань «придавливается» к костному ложу). При массаже головы особое внимание уделяется массажу затылочной области.

Результаты исследования. Выбор рабочих сегментов при проведении массажа в первую очередь обусловлен локализацией патологии и концентрацией

рефлекторных изменений со стороны поверхностных тканей. Характеристика мест обработки в целом не отличается от общепринятых методик. Но при посегментном дифференцировании приложения массажа учитывались разработки А. В. Полуструева, С. Н. Якименко, Е. П. Артеменко [11, 12], которые полагают, что массажные рабочие сегменты должны иметь четкие анатомические ориентиры. При выполнении сеанса массажа у пациентов с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы необходимо придерживаться определенной последовательности работы на сегментах (табл. 1).

Технология массажа

Прием разминание в области соединительно-тканых структур проводился финским стилем, максимальное давление, при спиралевидном характере движения, осуществлялось на костное образование. Общее время массажа – от 11 до 21 минуты. Первые несколько процедур проводятся по минимальному времени, затем время воздействия постепенно доводится до максимального, последние процедуры проводятся по средней продолжительности. Данная схема проведения курса рекомендуется для мягкой адаптации к мощному влиянию массажа, достижению максимального эффекта и плавного выхода из курса лечения с прочным закреплением достигнутого эффекта.

Особенности техники проведения процедуры массажа

Массаж начинают с поглаживания, выжимания и вибрации (общий пасс) по оттоку венозной крови и лимфы (к ближайшим крупным лимфоузлам), захватывая мышечные группы и область соединительно-тканых структур. После общего пасса проводится разминание подушечками пальцев преимущественно в зоне соединительно-тканых структур (места крепления мышц, места перехода мышц в сухожилия).

Разминание проводится финским стилем, придавливание подлежащих тканей к костным образованиям. Последовательно обрабатываются шейный, грудной отделы позвоночника, область головы, со стороны груди (над и подключичные области, места крепления ребер к грудине), пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Прием разминание проводится

спиралевидным характером движения, на уровне порога болевой чувствительности (с такой силой, чтобы ребёнок не напрягался). Длительность процедуры от 10 минут (первые 2–3 сеанса) до 20 минут ежедневно. Курс 15–20 процедур.

Восстановительное лечение ручным массажем в релаксирующей направленности (с акцентом на соединительно-тканые структуры) проводится под контролем методов функциональной диагностики (компьютерная термография, оценка вариабельности ритма сердца). Рекомендуется повторение курса лечения через 2 месяца.

Методические указания

Наиболее удобное исходное положение ребенка, при обработке шейного отдела позвоночника, области головы и со стороны груди (над- и подключичные области, места крепления ребер к грудине) лежа на спине. Время проведения приема разминание на одном рабочем сегменте от 2 до 4 минут.

При массаже грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника ребенка укладываем на живот либо на бок.

Особенностью проведения приема разминание в зоне соединительно-тканых образований является спиралевидный характер движения, с максимальным давлением на костное образование, при этом происходит акцентированное воздействие на область соединительно-тканых структур.

При массаже шейного отдела позвоночника делают акцент на места прикрепления мышц шеи к затылочной кости. При массаже области головы делается акцент на затылочную область, лоб, надбровные дуги, носогубный треугольник.

Заключение. Разработанная методика ручного массажа релаксирующей направленности с акцентом на соединительно-тканые структуры показала высокую эффективность при отсутствии побочных эффектов (ухудшение кровоснабжения головного мозга) и может быть воспроизведена в условиях восстановительного центра, кабинета здорового ребенка, отделения восстановительного лечения. Учитывая особую значимость раннего начала реабилитационных мероприятий у детей первого года жизни преимущественно немедикаментозными средствами, данная технология массажа внедрена приказом МЗОО №15 от 16.04.2007 г. на территории Омской области.

Библиографический список

1. Барашнев, Ю. Ш. Компенсация нарушенных функций ЦНС и значение стимулирующей терапии при перинатальных

поражениях головного мозга / Ю. Ш. Барашнев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — М. : Перинатология, 1997. — С. 32–35

2. Пальчик, А. Б. Современные представления о ППЦНС / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов, А. П. Шумилина // Санкт-Петербург. росс. педиатр. журнал. — 2001. — № 2. — С. 25–27

3. Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных / А. Ю. Ратнер. — М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. — 368 с.

4. Ефимова, А. А. К вопросу о диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы и связанных с ними лекарственных нагрузках / А. А. Ефимова, В. М. Студеникин, М. Д. Бакрадзе // Вопросы современной педиатрии. — 2002. — № 1. — С. 9–12.

5. Вербов, А. Ф. Лечебный массаж / А. Ф. Вербов. — М. : Селена, Яуза, 1993. — 288 с.

6. Белая, Н. А. Руководство по лечебному массажу / Н. А. Белая. — М. : Медицина, 1983. — 288 с.

7. Бирюков, А. А. Массаж / А. А. Бирюков. — М. : Физическая культура и спорт, 1988. — 252 с.

8. Дубровский, В. И. Все виды массажа / В. И. Дубровский. — М. : Молодая гвардия, 1992. — 428 с.

9. Скворцов, И. А. Неврология развития / И. А. Скворцов. — М. : Литтерра, 2008. — 544 с.

10. Журба, Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. — М. : Медицина, 1981. — 268 с.

11. Полуструев, А. В. Теоретико-методические основы восстановления физической работоспособности в посттравматическом и постоперационном периодах реабилитации : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / А. В. Полуструев. — Омск, 2001. — 51 с.

12. Полуструев, А. В. Теоретические и методические основы восстановления физической работоспособности травматологических больных с переломами длинных и трубчатых костей верхних и нижних конечностей / А. В. Полуструев, Е. П. Артеменко, С. Н. Якименко. — Омск : СибГАФК, 1999. — 152 с.

ТИХОНОВ Сергей Владимирович, аспирант кафедры медико-биологических основ ФКиС Сибирского государственного университета физической культуры и спорта (СибГУФК).

КАЛИНИНА Ирина Николаевна, доктор биологических наук, профессор (Россия), профессор кафедры медико-биологических основ ФКиС СибГУФК.

ПОЛУСТРУЕВ Алексей Васильевич, доктор педагогических наук, профессор (Россия), заслуженный работник здравоохранения РФ, директор Центра восстановительной медицины и реабилитации.

Адрес для переписки: e-mail: tihonov_sv@list.ru

Статья поступила в редакцию 25.07.2011 г.

© С. В. Тихонов, И. Н. Калинина, А. В. Полуструев

Книжная полка

Гогун, Е. Н. Психология физической культуры и спорта : учебник для студентов вузов / Е. Н. Гогун, Г. Д. Горбунов. — М. : Academia, 2009. — 256 с. — Гриф УМО вузов России. — ISBN 978-5-7695-5736-1.

В учебнике представлены данные о влиянии физических нагрузок на психическую сферу человека. Рассмотрены общие вопросы психологии физической культуры в школе и массового спорта. Особое внимание уделено психологии спорта высших достижений. Приведены многочисленные рекомендации к учебному процессу, тренировкам и соревнованиям. Описаны способы саморегуляции психических состояний в спорте и пути воспитания спортивного характера. Для студентов высших учебных заведений. Может быть полезен преподавателям высших и средних учебных заведений, учителям физической культуры, тренерам.