

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ  
КЛАССИЧЕСКОГО И ИНТЕНСИВНОГО  
МАССАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

**Пособие для врачей**

**МОСКВА — 1996**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

**"УТВЕРЖАЮ"**

Председатель Секции  
по реабилитации и  
физиотерапии Ученого  
совета Минздрава РФ,  
директор РНЦРиФ,  
академик РАМН, профессор  
В. И. Давыдов



СОСТАВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОГО  
И ИНТЕРСЕНСОРНОГО МАССАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕССИДИМИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

*Листов для врачей*

Москва - 1998г.

## А Н Н О Т А Ц И Я.

Настоящее пособие для врачей посвящено применению массажа в реабилитации больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Новым в предложенном пособии является сочетание использования в лечении больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких двух видов массажа — классического и интенсивного, что значительно повышает эффективность лечения и удлиняет сроки ремиссии; подробно изложены методики классического и нового вида — интенсивного массажа асимметричных зон грудной клетки; определены показания и противопоказания к их назначению у данной категории больных.

Пособие предназначено для специалистов по лечебной физкультуре и массажу, физиотерапевтов, врачей-пульмонологов, терапевтов, курортологов.

### Разработчики:

Основное учреждение — Российский научный центр реабилитации и физиотерапии ИЗ РАЕ. Директор — академик РАМН, профессор В.М.Боголюбов.

### Авторский коллектив:

д.м.н. О.Ф.Кузнецов, к.м.н. С.А.Гусарова, к.м.н. Е.М.Степкина,  
Е.К.Зимина.

Председатель экспертной комиссии: к.м.н. В.Н.Семенов.

При хронических неспецифических заболеваниях легких (ХЗЛ) часто наблюдается дискоординация в работе дыхательных мышц, что приводит к несоответствию соотношения фаз акта вдоха и выдоха. При этом активное подтягивание вспомогательной дыхательной мускулатуры, особенно в условиях нередко наблюдаемой гипоксемии и тканевой гипоксии способствует тому, что большая часть получаемого при этом прироста внешнего газообмена приходится на обеспечение работы самих дыхательных мышц, и это неблагоприятно отражается на эффективности их работы.

Исходя из вышесказанного, для успешной реабилитации подобных больных наиболее целесообразно использовать в их комплексном лечении массаж, который улучшает крово- и лимфообращение тканей грудной клетки, укрепляет дыхательную мускулатуру, увеличивает эластичность тканей легких, расширяет бронхи и усиливает бронхиальную дренажную функцию, что приводит к восстановлению биомеханики дыхательного акта, способствует нормализации функции внешнего и внутреннего дыхания, ликвидации воспалительного процесса в укороченных сроках и сокращению длительности лечения.

#### Классический и интенсивный массаж при ХЗЛ.

При ХЗЛ используют различные виды массажа. При назначении массажа и выборе его вида учитывается стадия болезни, выраженность симптомов основного и сопутствующих заболеваний, состояние тренированности больного. Более эффективным является сочетанное применение разных видов массажа и, в частности, классического и нового вида — интенсивного массажа асимметричных зон грудной клетки. Интенсивный массаж используется в целях усиления положительного влияния, выявляемого при применении классического массажа у больных ХЗЛ. Усиления достигается не простым увеличением интенсивности и длительности классического массажа, что приводит к неблагоприят-

реакции у больных ХХИ, а несоблюдением интенсивного массажа асимметрично расположенных зон деформации торако-абдоминальной области.

Учитывая, что фрагментарная асимметричная деформация проявляется двояко: или в виде объемного локального увеличения поверхности грудной клетки, или ее объемного локального уменьшения, интенсивному массажу надлежит уделять только зоны кожно-мышечной гипертрофии, имеющие более высокую кожную температуру, повышенной илистой текучестью и соответствующие тем долям легких, в которых имеется воспалительное-структурное изменение. Чрезвычайно важно учитывать на эти зоны кожно-мышечных изменений, можно адекватно называть двусторонними параметрами массажа и локализационные рефлекторные пути влияния на материал субстрат бронхо-легочного воспаления и весь организм в целом при отсутствии неблагоприятных реакций после интенсивного раздражения.

Выделяем 2 варианта асимметричных, диагонально расположенных зон фрагментарной деформации грудной клетки, надлежит интенсивному массажу. Это и составляет основу дифференцированного несоблюдения интенсивного массажа в виде двух универсальных вариантов (рис. 1, 2). Для определения варианта методики интенсивного массажа доимею симметрично вальсационно-тканевую грудной клетки учитывается клинический диагноз и уточняется локализация бронхо-легочного воспаления.

У больных с ограниченным процессом в сегментах одной из долей, кожно-мышечные изменения по первому или второму варианту выявляются рельефно и четко. У больных с распространенной локализацией бронхо-легочного процесса указанные признаки кожно-мышечных изменений имеют менее выраженный, а иногда и смазанный характер. Больных с распространенным двусторонним процессом при преимущественной локализации в правой или левой средней или нижней долях доимею

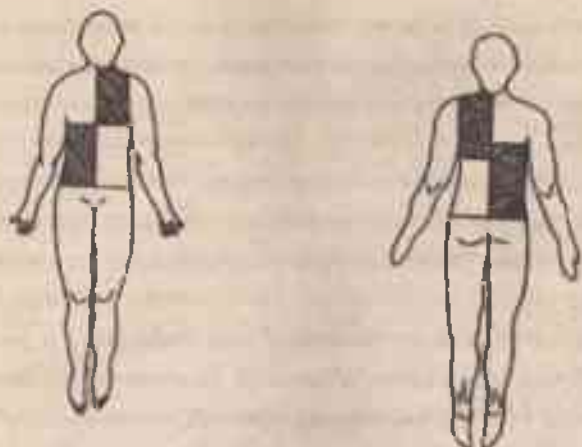


Рис.1. Первый вариант интенсивного массажа: зоны гипертрофии в области проекций верхней доли левого легкого, средней и нижней доли правого легкого.

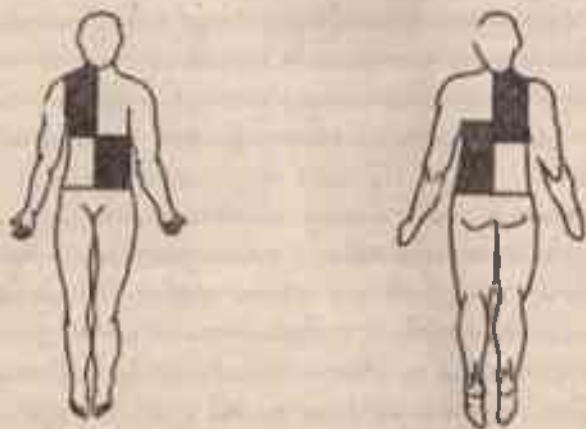


Рис.2. Второй вариант интенсивного массажа: зоны гипертрофии в области проекции верхней доли правого легкого, нижней доли и лямбового сегмента левого легкого.

массирует по первому варианту. Больных с распространенным двусторонним процессом с преимущественной локализацией в левой нижней доле, левом сегменте или правой верхней доле массирует по второму варианту.

Больных бронхиальной астмой массирует только по второму варианту, так как телесный массаж существенно уменьшает или купирует бронхоспазм, тогда как массаж по первому варианту усиливает или провоцирует его.

У больных хроническим бронхитом зоны гипертрофии и гипотрофии могут быть узко локализованы и мозаично расположены по всей грудной клетке. В этих случаях больным хроническим бронхитом с наличием астматического компонента целесообразнее массировать по второму варианту, а больных без явления бронхоспазма — по первому варианту.

Новым в предложенных рекомендациях является сочетание использования в лечении больных ХХЛ двух видов массажа (классического и интенсивного), применяемых дифференцированно следующим образом: а) процедуры интенсивного массажа в количестве трех применений во второй половине курса классического массажа вместо 8-й, 9-й и 12-й процедур; б) интенсивный массаж в количестве двух-трех процедур дополняет курс классического массажа в случае малой эффективности последнего.

Такой сочетанный массаж оказывал положительное влияние на клинические проявления заболевания, у больных значительно улучшалось выделение мокроты, появлялось чувство легкости при дыхании, уменьшались неприятные ощущения в области грудной клетки.

Вместе с тем, каждый из использованных видов массажа отличался своеобразным действием на организм больных ХХЛ. Так, процедура классического массажа, оказывая седативный эффект, вызывала кратковременно умеренные благоприятные изменения в виде увеличения

объема эффективной легочной вентиляции, бронхиальной проницаемости, накопления резервов дыхания, экономичного функционирования системы кровообращения, нормализации гипоксемии и повышения резервных возможностей симпато-адреналовой системы.

Интенсивный массаж асимметричных зон грудной клетки, наоборот, оказывал выраженное стимулирующее действие на организм больного в виде повышения ЧСС, ударного и минутного объема крови на фоне адекватного снижения сопротивлений периферических сосудов, существенное повышение в 2-3 раза легочной вентиляции и резервных возможностей респираторной системы, по сравнению с действием классического массажа. Интенсивный массаж оказывал нормализующее влияние на все звенья ишемичного гемостаза (кислотно-щелочное состояние и газы крови), а также существенно стимулировал тонус симпато-адреналовой системы и особенно ее резервы.

Таким образом, сочетание использования двух видов массажа, дополняя действие друг друга, приводило к устойчивым благоприятным изменениям в организме больных ХНЗВ, значит, тем повышало эффективность комплексного лечения и существенно удляняло сроки ремиссии. Оба вида массажа, причем интенсивный массаж в большей степени, потенцировали действие медикаментозной терапии.

#### Методика классического массажа.

При проведении массажа больной находится в положении лежа, как наиболее физиологичном, при котором легче достигается расслабление дыхательной мускулатуры и обеспечивается наибольшая подвижность диафрагмы — самой мощной дыхательной мышцы.

Массируют области: носогубного треугольника, передней и задней стенок грудной клетки. Общед продолжительность процедуры 10-13 минут, на курс лечения 10-12 процедур.

Начинают процедуру с массажа носа и носогубного треугольника



для улучшения носового дыхания и рефлекторного воздействия на все отделы дыхательной системы. Его проводят после предварительного туалета лица, в исходном положении больного лежа на спине. Массаж этой зоны занимает не более 1-1,5 минут.

Изменяя исходного положения больного далее приступают к массажу передней стенки грудной клетки, который продолжается 3-4 минуты. После этого больного поворачивают на живот и в течение 7-8 минут массируют спину. При этом руки больного, согнутые в локтях суставах, служат опорой для его головы.

Массаж рекомендуется проводить в утренние часы, спустя 1-1,5 часа после завтрака.

Классический массаж назначают в ранние сроки лечения при латентном подостром воспалительном процессе, наличие пробок крови в носоте больного в период стихания процесса не является противопоказанием к назначению массажа.

Массаж противопоказан при обострении воспалительного процесса с высокой температурой и при наличии абсцесса (противопоказан) для его назначения.

#### Техника массажа.

##### 1. Массаж носа и носогубного треугольника.

1. Сначала ладонное и подушечное поглаживание, затем линейное и полукруглое растирание, после этого направившая лабиальная вибрация спинки, боковых поверхностей и крыльев носа подушечкой концевой фаланги I или II пальцев в направлении от кончика носа к переносице и к дробным дугам. Каждый прием проводится 1-2 раза.

2. Линейное поглаживание и растирание области носогубного треугольника подушечками II-III пальцев в направлении от середины носогубной складки и обратно. Приемы растирания и вибрации осуществляются довольно энергично.

## II. Массаж передней стенки грудной клетки.

1. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание передней стенки грудной клетки ладонными поверхностями обеих кистей у мужчин и подушечками II-III-IV пальцев у женщин в продольном направлении, т.е. от нижнего края реберных дуг и ключицам, плечам и подмышечным впадинам с дугообразным обходом грудных желез у женщин и сосков — у мужчин. При этом кисть массирующей руки располагается параллельно грудной, концы пальцев обращены в сторону ключицы. Массаж начинается от средних отделов грудной клетки и заканчивается боковыми.
2. Сначала линейное, а затем подкружное растирание межреберных мышц подушечками расставленных II-V пальцев в направлении от грудины к подмышечной линии, т.е. поперечно, при этом кисть массирующей руки располагается параллельно ребрам, концы пальцев обращены к подмышечной линии. Массаж начинается от нижних отделов грудной клетки и заканчивается верхними, движения выполняются одной рукой на каждой половине грудной клетки поочередно.
3. Одно-, двукратное поглаживание передней стенки грудной клетки в продольном направлении. Такое поглаживание рекомендуется проводить после каждого последующего приема.
4. Спиралевидное растирание межреберных промежутков по парастернальной линии, выполняемое одной рукой поочередно на каждой половине грудной клетки в продольном направлении.
5. Поглаживание.
6. Непрерывное разминание (захватывание, оттягивание, стискивание грудной мышцы пальцами одной или двух кистей по направлению от места начала мышцы (грудина) к месту ее прикрепления (плечо).
7. Поглаживание.
8. Массаж передней стенки грудной клетки заканчивается чередованием двух приемов поглаживания, которые осуществляются в поперечном направлении (от грудины):

- а) поглаживание нижних отделов грудной клетки по межреберным промежуткам ладонной поверхностью обеих кистей, концы пальцев направлены в стороны подмышечной линии. Прием заканчивается мягким сжатием боковых отделов грудной клетки во время выдоха;
- б) поглаживание реберных дуг ладонными поверхностями I-IV пальцев обеих кистей. При этом II-IV пальцы скользят по верхнему краю реберной дуги, а большие пальцы - по нижнему. Концы пальцев при выполнении движения обращены к мечевидному отростку.

Все массажные движения повторяются по 2-3 раза.

### III. Массаж задней стенки грудной клетки (спины).

1. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание спины ладонными поверхностями обеих кистей в продольном направлении, то есть от нижнего края реберной дуги к затылку, плечам и подмышечным впадинам. Кисть массирующей руки располагается параллельно позвоночнику, концы пальцев обращены к затылку. Массаж начинается с отделов, прилежащих к позвоночнику и заканчивается боковыми отделами спины. Прием повторяют 4-5 раз.
2. Спиралевидное растирание каждой половины спины ладонью соответствующей руки в продольном направлении. Прием повторяют 2-3 раза.
3. Одно-, двукратное поглаживание спины ладонными поверхностями обеих кистей в продольном направлении. Такое поглаживание рекомендуется после каждого последующего приема.
4. Линейное растирание спины костяными выступами основных фаланг II-IV пальцев, скользящих по межреберным промежуткам от позвоночника к подмышечной линии. При повторении движения массаж проводится в обратном направлении.
5. Поглаживание.
6. Непрерывное растирание (пиление) спины в поперечном направлении. Сосуществляется локтевыми краями обеих кистей. Параллельно

близко поставленные ребром ладони движутся противоположно друг другу. Прием проводится энергично.

7. Поглаживание.

8. Непрерывистое разминание (сдвигание) мышц спины в поперечном направлении, при котором движение осуществляется от позвоночника по макреберным промежуткам и подмышечной линии и наоборот. При повторении движения массаж проводится в обратном направлении.

Кисть массирующей руки располагается параллельно ребрам, концы пальцев обращены к подмышечной линии. Движение начинается с нижних отделов грудной клетки и заканчивается верхними, осуществляется всеми пальцами обеих кистей. Подлежащие тчани приподнимают и, удерживая в складке, сдвигают с помощью больших пальцев, обращенных друг к другу концевыми фалангами.

9. Поглаживание.

10. Непрерывистое растирание (пленение) спины в продольном направлении, осуществляемое достаточно энергично.

11. Поглаживание.

12. Непрерывистое разминание (сдвигание) мышц спины в продольном направлении.

13. Поглаживание.

14. Непрерывистое S-образное разминание обеими кистями рук (захватывание, оттягивание, отщипывание) мышц спины в продольном направлении.

15. Поглаживание.

16. Непрерывистое S-образное разминание спины в поперечном направлении. Движение захватывается разминанием верхнего края трапецевидной мышцы. Каждый прием разминания вместе с повторением длится не более 40 секунд.

17. Поглаживание.

18. Прерывистая вибрация (рубление) тканей спины в поперечном направлении. Пальцы кистей разведены и подсогнуты, во время удара пальцы смыкаются.

19. Поглаживание.

20. Прерывистая вибрация тканей спины в поперечном и продольном направлении (поколачивание, похлопывание, стегание).

21. Поглаживание.

22. Личейное расправление межреберных мышц каждой половины грудной клетки "отделочной кистью". Кисти рук с разведенными пальцами накладывают друг на друга так, чтобы пальцы внешней кисти вошли в промежутки между пальцами внутренней кисти. Концевые фаланги всех пальцев слегка согнуть и обращены к подмышечной линии. Движение выполняется медленно от позвоночника по ходу межреберных промежутков. При повторном движении направление меняется на обратное.

23. Поглаживание.

24. Напрямую растирание (пизание) спины в продольном направлении, выполняется энергично.

25. Поглаживание.

26. Энергичное растирание (пизание) всей спины локтевыми краями кистей и предплечий в поперечном направлении.

27. Поглаживание нижних отделов грудной клетки ладонными поверхностями обеих кистей от позвоночника в поперечном направлении. Концы пальцев обращены к подмышечной линии. Движение заканчивается мягким сжатием боковых отделов грудной клетки во время выдоха.

28. Массаж заканчивается линейным плоскостным поглаживанием спины ладонями обеих кистей в продольном направлении сверху вниз.

Приемы растирания и разминания необходимо начинать со здоровой стороны при одностороннем поражении легких или с менее пораженной

стороны при двусторонней локализации патологического процесса.

Массаж в общей сложности продолжается 7-8 минут. После процедуры больному следует тепло одеться и отдохнуть не менее 15-20 минут.

Следует отметить, что в каждом конкретном случае в предлагаемую схему процедуры могут быть внесены коррективы и дополнения, связанные, в частности, с особенностями заболевания. Так, при преобладании в клинической картине продуктивного характера бронхолегочных изменений (пневмосклероз) в методику массажа следует вводить большее число приемов растираний (спиралевидное, кругообразное, лямбное), которое активно влияет на периферическое кровообращения и улучшает трофические процессы в соединительной ткани.

У больных с преобладающим деструктивным процессом (бронхоэктазы) процедуру массажа исполняют приемами вибрации, используя как непрерывную глубинную вибрацию, так и энергичные приемы поколачивания, похлопывания, применение которых способствует лучшему оттоку мокроты.

#### Методика интенсивного массажа асимметричной волн грудной клетки.

При первом варианте кожно-мышечных изменений интенсивный массаж начинают в исходном положении больного лежа на спине, с области правого подреберья с захватом косой мышцы, реберной дуги и нижних четырех-пяти ребер до VIII ребра с последующим переходом на левую верхнюю половину грудной клетки от VIII ребра и выше. Затем в положении больного лежа на животе интенсивно массируют правую половину поясничной области и спины до угла правой лопатки и левую лопаточную область (рис. 1). При втором варианте кожно-мышечных изменений интенсивно массируют противоположные области (рис. 2). Продолжительность каждой процедуры массажа составляет 30-35 минут, а при наличии навеса - 25-30 минут. Процедуры прово-

дятся с ингаляцией в 2-3 дня, как в стационаре, так и в поликлинике. При наличии астматического статуса интенсивный массаж назначается только после выведения больного из этого состояния. Указанный массаж особенно эффективен у больных с затяжным вытекательным воспалительным процессом, трудно поддающимся общепринятому лечению, и у больных с бронхоспазмом, торсионным и проводимой медикаментозной терапией. Наличие прожилков крови в мокроте у больных хроническим бронхитом и хронической пневмонией не является противопоказанием для данной методики массажа.

Противопоказанием к применению интенсивного массажа является: острый бронхолегочный процесс, астматический статус, III стадия заболевания, легочно-сердечная недостаточность II-III степени, гипертоническая болезнь IIB-III стадий, а также общеизвестные противопоказания к массажу.

Техника интенсивного массажа асимметричных зон грудной клетки.

Согласно первому или второму варианту кожно-мышечных изменений, массажу подлежат 4 зоны ( две со стороны груди и две со стороны спины). При этом процедуру всегда начинают с массажа двух зон передней поверхности грудной клетки и заканчивают массажем двух зон задней ее поверхности. И в том, и в другом случае сначала массируют нижележащие зоны, а затем вышерасположенные, каждую зону массируют дважды. Массаж нижней зоны начинают с растирания, проводимого со значительным усилием в среднем темпе и в различных направлениях: поперечном ( от средней линии тела и к ней), продольном ( в плечевому поясу и от него), круговом ( по ходу часовой стрелки и против). Каждая смена главных направлений растирания чередуется с приемами прерывистой вибрации ( дубление, стегание). Растирание и вибрация нижней зоны сменяются приемом сдвигания, который проводится в поперечном и продольном направлениях и, как

правило, сопровождается ярко выраженной гиперемией кожных покровов, а также положением у больных одуванца глубокого толчка. После этого массируют выделывающую зону, соблюдая ту же последовательность указанных приемов. Затем вновь возвращаются на нижнюю зону, где проводят более глубокое интенсивное растирание локально болезненных кожно-мышечных уплотнений, чередуя это растирание с приемами глубокого разминания и приемами прерывистой вибрации. Прием повторный массаж опять начинается с общих приемов растирания, с более детальной проработкой парастеральных или паравертебральных точек и межреберных промежутков той стороны, которая соответствует массируемой области. После приемов глубокого разминания и прерывистой вибрации вновь переходят на симметрично расположенную область, применяя такой же порядок воздействия на подлежащие ткани. На этом процедура массажа передней и задней стенки грудной клетки заканчивается. Ни где пропадуре интенсивного массажа, в частности, при деструктивном процессе целесообразно закончить приемом надавливания на грудную клетку в сочетании с глубоким выдохом, который сопровождается искусственно вызываемым кашлем в конце выдоха, способствующим увеличению отхождения мокроты. Этот прием не показан больным бронхиальной астмой, так как он может провоцировать бронхоспазм.

Курс рекомендуемого массажа, как было указано выше, состоит из 2-3 процедур. Прием первая две процедуры проводятся согласно варианту, который был определен перед началом массажа, третья же процедура проводится по противоположному варианту.

#### Методические указания.

1. Массаж проводится на кушетке, высота которой соответствует росту массажиста, с наличием свободного подхода к ней.
2. При положении больного лежа на спине необходим мягкий валик под колени, при положении лежа на животе — валик под живот и го-



леместопные суставы.

3. При проведении интенсивного массажа массажисту рекомендуется использовать марлеву маску для защиты от мокроты и зловония кожи больного.
4. Каждая процедура массажа, в том числе первая, проводится интенсивно, но с меньшим усилием у женщин и тучных людей и с большим — у мужчин и астеников.
5. Во время проведения массажа, независимо от окружающей температуры, нижняя половина тела больного обязательно укрывается тканью.
6. После каждой процедуры больному рекомендуется отдых длительностью 1,5–2 часа, в течение дня следует набегать охлажденюю.
7. Повторный курс интенсивного массажа при необходимости можно назначать через 3–4 недели.
8. Рекомендуемая техника исполнения интенсивного массажа предназначена для опытных массажистов.

#### Схема массажа торако-абдоминальной передней стенки.

Больной лежит на спине, голова располагается на подушке, а кисти рук, слегка согнутых в локтевых суставах — над ягодицами. Такое исходное положение создаст наиболее благоприятные условия для расслабления мышц плечевого пояса и торако-абдоминальной области. Массажист располагается лицом к больному слева при первом варианте массажа или справа — при втором варианте.

Массаж нижней зоны (области косой мышц, подреберья, реберной дуги и нижних четырех-пяти ребер).

1. Растирание (вымяние) в поперечном направлении. Осуществляется локтевыми краями обеих кистей, параллельно поставленным кисти движутся противоположно друг другу. Причем наибольшее усилие при проведении этого приема применяется в области подреберья и реберной дуги. При массировании этой области больные не должны задерживать дыхание.

2. **Прерывистая вибрация ( рубление или стегание).** Рубление проводится поочередно кистями обеих рук с разведёнными и слегка согнутыми пальцами, которые во время удара лопатками врезаются в кожу. Стегание проводится также поочередно ладонными поверхностями кончиков разведённых пальцев слегка наизуво и наоборот.
  3. **Круговое или полукруговое растирание ладонной поверхностью "отягощенной" кисти по ходу часовой стрелки,** правая кисть располагается снизу, левая накладывается сверху.
  4. **Стегание.**
  5. **Круговое или полукруговое растирание "отягощенной" кистью против часовой стрелки.** Левая кисть снизу, а правая сверху.
  6. **Стегание.**
  7. **Продольное растирание ладонной поверхностью "отягощенной" кисти снизу вверх и сверху вниз.**
  8. **Рубление.**
  9. **Непрерывистое разминание ( сдвигание) в поперечном направлении.** Движения осуществляются всеми пальцами обеих кистей. Подлежащие ткани поджимают и, удерживая в складке, сдвигают от срединной линии тела и при повторном движении обратно. Особенно интенсивно массируют область подреберья и реберной дуги.
  10. **Пауза,** необходимая для массажа верхней зоны грудной клетки в соответствии с выбранным вариантом. Для этого массажист меняет свое место на противоположное. Пауза, как правило, делается тогда, когда кожные покровы массируемой области становятся слегка увлажненными и продолжение массажа при таком состоянии может вызвать ее скарификацию. Поэтому пауза может быть рывком или несколько позднее, чем это указано в схеме. Затем проводится первоначальный массаж верхней зоны грудной клетки, расположенной диагонально, согласно выбранному варианту.
- После массажа вышерасположенной зоны массажист вновь меняет место на первоначальное и повторно массирует нижнюю зону.

11. Пиление в поперечном направлении.
12. Рубление.
13. Разминание ( парасемание и накатывание) области косой мышцы.
14. Стегание.
15. Глубокое линейное и круговое растирание концевыми фалангами пальцев ( граблеобразный прием) нижних 4-5 межреберных промежутков
16. Стегание.

**Массаж верхней зоны грудной клетки.**

1. Пиление в поперечном направлении от VIII ребра до подмышечной и надплечичной областей, с обходом грудной железы. Подмышечная область, как правило, растирается кистью одной руки, другая рука придерживает кожу от сильного смещения.
2. Рубление. Проводится так же одной кистью в связи с малой площадью, подлежащей массажу.
3. Продольное растирание грудины и грудной клетки концевыми фалангами пальцев или локтевой стороной кисти в направлении от мечевидного отростка до шеи и плечевого сустава. У женщин прием проводится в обход молочной железы.
4. Рубление.
5. Сдвигание в поперечном направлении.
6. Пауза, необходимая для повторного массажа низерасположенным доны. Затем повторный массаж верхней зоны.
7. Пиление.
8. Рубление.
9. Глубокое полукруговое растирание парастернальных точек в продольном направлении концевыми фалангами II-III пальцев кисти.
10. Глубокое линейное и полукруговое растирание межреберных промежутков.
11. S-образное разминание ( захватывание, оттягивание и отжимание) большой грудной мышц.
12. Рубление.

Схема массажа задней нижней зоны в области спины.

Больной лежит на животе, руки согнуты в локтевых суставах, служат опорой для головы. Такое исходное положение несколько тонизирует мышцы плечевого пояса и спины, обуславливая большую эффективность интенсивного массажа.

Массаж нижней зоны спины.

1. Поглаживание в поперечном направлении.
2. Рубление.
3. Поглаживание в продольном и поперечном направлениях.
4. Рубление и стегание.
5. Круговое или поперечное растирание ладонной поверхностью "отягощенной" кисти по ходу часовой стрелки.
6. Рубление.
7. Круговое или поперечное растирание "отягощенной" кистью против хода часовой стрелки.
8. Стегание.
9. Сдвигание в поперечном направлении от позвоночника и к нему.
10. Рубление.
11. Сдвигание в продольном направлении снизу вверх.
12. Стегание.
13. Пауза, необходимая для завершения массажа верхней зоны спины. После паузы повторить массаж нижней зоны.
14. Поглаживание в поперечном и продольном направлениях.
15. Рубление.
16. Глубокое растирание паравертебральных точек и межреберных промежутков.
17. Разгибание длинного разгибателя спины путем прижатия кисти к позвоночнику и сдвигания от него.
18. Стегание.

19. S-образное разминание в поперечном направлении.
20. Рубление.
21. S-образное разминание в продольном направлении.
22. Рубление.
23. Глубокое растирание, разминание и вибрация локально болезненных точек массируемой области.
24. Стегание.
25. Продольное прерывистое растирание сверху вниз "отточенной" кистью.

#### Массаж верхней зоны спины.

1. Поглаживание в поперечном, продольном и косом направлениях.
  2. Рубление.
  3. Круговое и полукруговое растирание "отточенной" кистью по ходу часовой стрелки и против.
  4. Рубление.
  5. Сдвигание в поперечном и продольном направлениях.
  6. Рубление.
  7. Пауза, необходимая для повторного массажа нижней зоны спины.
- Повторный массаж верхней зоны.
8. Поглаживание в различных направлениях.
  9. Глубокое линейное и полукруговое растирание паравертебральных точек и межреберных промежутков.
  10. Стегание.
  11. Разминание мышц межлопаточной области путем прижатия в позвоночнику и отодвигания от него.
  12. Глубокое круговое растирание — давление межлопаточной области и угла лопатки подушечками сомкнутых II-IV пальцев обеих рук.
  13. Рубление.
  14. S-образное разминание в поперечном и продольном направлениях

о глубоким мышечным транцевидной мышцы.

Процедура интензивного массажа заканчивается легким растиранием зон от сатыма до ялец и нехлостыванием зон с ними.

Следует отметить, что каждая зона спереди массируется не более 5-7 минут, каждая зона со стороны спины - не более 8-10 минут, прием рублемия или отагавия занимает 7-10 секунд, а прием рлотурапия, раликхатия - 40-60 секунд.

Приведенная схема является основной, от которой могут быть отклонения, обусловленные индивидуальностью как больного, так и массажиста.