

М.П. Вавилов

**Самостоятельный
лимфодренаж:
профилактика и
лечение**

Москва 2019

Издание при поддержке ЛокоБанка

Рецензенты:

Егоров Ю.С. , доктор медицинских наук, профессор кафедры микрососудистой хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

Кохан Е.П., доктор медицинских наук, профессор, хирург-консультант 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского.

Научно-популярная монография посвящена самостоятельному лимфатическому дренажу, как профилактическому и лечебному способу оздоровления организма. В работе обобщены научные данные литературы о мануальном лимфодренаже по Э. Фоддеру, а также результаты собственных исследований. Кратко изложены сведения о строении и функциях лимфатической системы. Представлены оригинальные материалы самого Э.Фоддера (в переводе). Подробно описаны классические приёмы лимфодренажа и специально разработанные – для самостоятельного использования. Предназначена как самоучитель для здоровых и пациентов, которые перенесли хирургические операции на молочной железе и малом тазу. Монография может оказаться полезной для врачей-реабилитологов, маммологов и массажистов.

В книге использованы рисунки и схемы из Интернета.

СОДЕРЖАНИЕ

Принятые сокращения	4
Предисловие	5
Часть I. Введение	7
Здоровый образ жизни и только?	7
Лимфатическая система	9
Лимфодренаж : главные составляющие	13
Часть II. Самостоятельный лимфодренаж	14
Брюшное дыхание	14
Приёмы ручного лимфодренажа	16
Условия сеанса лимфодренажа	18
Постоянные круги на месте: секреты	19
Вопросы самоконтроля	24
Часть III. Само-лимфодренаж: профилактика	25
Само-лимфодренаж нижних конечностей	25
Само-лимфодренаж верхних конечностей	29
Само-лимфодренаж головы	33
Часть IV. Само-лимфодренаж после операции	35
Предупреждение отёка после мастэктомии	35
Предупреждение рецидива рака молочной железы	37
Памятка (пациентам после мастэктомии)	40
Часть V. Лечебный само-лимфодренаж	42
Само-лимфодренаж после мастэктомии	42
Само-лимфодренаж нижних конечностей	45
Часть VI. История лимфологии (по E. Vodder-y)	50
Часть VII. Лимфодренаж – новый терапевтический метод на службе красоты (E. Vodder)	69
Литература	75
Об авторе	76
Научные работы автора по реабилитации	77
Школа само-лимфодренажа	84

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ИП – исходное положение

КС – коленный сустав

ЛД – лимфатический дренаж

ЛС – лимфатическая система

МЛД – мануальный лимфодренаж

МЖ – молочная железа

НОЛ – направление оттока лимфы

ПК – постоянные круги на месте

РЛД – ручной лимфатический дренаж

РМЖ – рак молочной железы

СРЛД – самостоятельный ручной лимфодренаж

ТБС – тазобедренный сустав

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга написана на закате 65-летней врачебной деятельности автора. Последние 18 лет он имел честь работать на кафедре радиотерапии и радиологии РМАНПО (зав.- академик РАН Павлов А.С.), где в содружестве с профессором Е.В. Кижяевым занимался реабилитацией больных после хирургического лечения рака молочной железы. Результаты этой работы отражены в монографии [1], защищены двумя патентами РФ {5, 27}, изложены в 50-ти научных статьях и тезисах докладов {1-51}, в Методических рекомендациях Минздрава РФ {10} и Медицинской технологии {32}.

Собственный опыт мануальной терапии и различных видов массажа, из которых самым эффективным оказался **мануальный лимфодренаж по Dr. Vodder** [8], показал, что чем раньше начата мануальная терапия [1], а также **лечение лимфатических отёков**, тем раньше исчезают боли и отёк верхних конечностей, быстрее восстанавливается объем движений в плечевом суставе, тем меньше возникает осложнений и последствий комплексного лечения.

На практике оказалось, что ручной лимфодренаж - весьма трудоёмкое дело, требующее не только физических сил и умения, но и больших затрат рабочего времени. Стало ясно, что одному специалисту-массажисту с большим потоком пациентов не справиться. Так родилась **идея школы обучения пациентов самостоятельному расслаблению мышц и самостоятельному ручному лимфодренажу**. Потребовалось научно-теоретическое обоснование такого подхода. Практическая проверка приёмов лимфодренажа проводилась на пациентах и на самом себе. Разработка учебно-методических материалов потребовала написать и издавать инструкции, памятки, буклеты для больных, которые частично использованы в тексте книги.

Мы стремились писать доходчивым и понятным языком. Однако это не исключает, а, наоборот, предполагает практическое освоение приёмов само-лимфодренажа под руководством специалиста.

Мы последовательно добились важных позиций: 1) лечить отёки не только верхних, но и других областей тела, в т.ч., и нижних конечностей (после операций на органах малого таза); 2) обучать больных само-лимфодренажу для профилактики или стабилизации отёков; 3) обучать пациентов самостоятельно пользоваться этой процедурой для укрепления здоровья.

Стало ясно, что само-лимфодренаж должен использоваться не только в лечебных целях, но и в качестве *профилактического метода очищения* организма и укрепления здоровья, как это было сначала задумано в 1936 году Е. Vodder- ом: чтобы сохранить кожу и красоту лица.

Образно говоря, настало время подумать и о ногах, которые несут всю жизнь нагрузку вертикальной осанки. Может быть правильнее: «поставить метод с головы на ноги». Книга, которую Вы держите в руках, - об этом.

профессор М.П. Вавилов, июнь 2019 года

·
«Будущее принадлежит медицине профилактической».

(Н.И. Пирогов)

«Нам нельзя ждать милостей от природы. Взять их у неё – наша задача». *(И.В. Мичурин)*

«Своя рука – владыка» (пословица)

Лимфодренаж самостоятельный = собственноручный

ЧАСТЬ I. ВВЕДЕНИЕ

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ТОЛЬКО?

«Дано мне тело, что мне делать с ним?

Таким единым и таким моим».

(О.Э. Мандельштам)

Этот самоучитель предназначен, в **первую** очередь, для тех, кто заботится о своём здоровье. Для тех, кто понял его значение для собственной жизни, бережет и укрепляет его. Каждый, кто задумывался или отвечал себе на вопрос в эпиграфе, найдет здесь много полезного и интересного.

Чем больше ваш возраст, тем нужнее Вам эта книга. Почему? Потому что с годами тяжелее становится груз прожитых лет, нарастает избыточный вес, слабеет зрение, слух и память. Снижается эластичность межпозвонковых дисков. Повышается артериальное давление и частота пульса. Расширяются варикозные вены нижних конечностей, в том числе, как результат вертикальной осанки человека. С годами сказывается недостаток выработки ферментов и гормонов (инсулина, тестостерона и др.), удаления органов (желчного пузыря, червеобразного отростка – аппендикса, небных миндалин и др.), последствия травм, преждевременное старение мозга, которое связывают с холин-, дофамин-, серотонин-эргической недостаточностью.

Здоровье не менее 50% зависит от образа жизни: от веры в Бога или атеизма, от психической и физической активности, питания, качества сна, полезных и вредных привычек, умения распределять свои силы на работе и отдыхе, умения управлять своими эмоциями, заботиться о себе, о своём здоровье. В науке о старости (геронтология) существуют расчеты,

показывающие, что профилактикой преждевременного старения необходимо заниматься в 35-60 лет [9].

Здоровый образ жизни. Это - режим без вредных привычек, рациональное питание, физкультура и спорт, туризм, рыбалка, закаливание, садоводство, занятия йогой, гимнастика ци гун, аутогенные тренировки, увлечения музыкой, театром и т.п.

И всё? И только? Конечно не всё. И не только!

Есть ещё мало известные и недостаточно востребованные пути оздоровления организма человека. К ним относится **ручной лимфатический дренаж (РЛД)**. Этот метод использует естественные природные пути и механизмы самоочищения от конечных продуктов обмена веществ (отходов, шлаков) и болезнетворных микроорганизмов, возбудителей инфекций (бактерий, паразитов, грибков и др.). Речь идет о **лимфатической системе (ЛС)**, об улучшении её функций для оздоровления организма человека.

Вторая категория пациентов, которым предназначен самоучитель – больные, которые перенесли хирургическую операцию на молочной железе. Они должны самостоятельно научиться РЛД-у для **профилактики** поздних лимфатических отёков руки, которые возникают после операции через полгода, год, а иногда и спустя десятилетие.

Третья категория пациентов – это больные после операций, у которых уже развился лимфатический отёк верхней или нижней конечности. Тогда РЛД является лечебной процедурой, как главной составной частью комплексной физической противоотёчной терапии (КФПТ).

Что же собой представляет ручной лимфодренаж по E. Vodder?

Ручной лимфодренаж по Dr.Vodder – это особый вид самого легкого (наилегчайшего) **массажа кожи**, который позволяет продвигать и «перемещать» жидкость лимфатической сети кожи по ходу оттока лимфы (от периферии к центру кровообращения – к сердцу). Такой массаж оказывает

физиологическое воздействие на дренирование и очищение тканей, а также успокаивающее и обезболивающее действие через нервную систему.

РЛД отличается нежностью приемов (захватов), медленным, последовательно **двухфазным** и ритмичным исполнением, а также постоянным вниманием и самоконтролем.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Перед Вами (рис. 1) упрощенная схема крово-лимфообращения. Красным обозначена артериальная, синим – венозная, зеленым – ЛС. В центре – сердце, мотор кровообращения. По артериям кровь идет в капилляры, затем передав кислород тканям и, забрав углекислоту, по венам возвращается обратно в сердце [6]. Анатомическое строение ЛС можно сравнить с подземной рекой. Только русло такой реки с её ручейками, ручь-

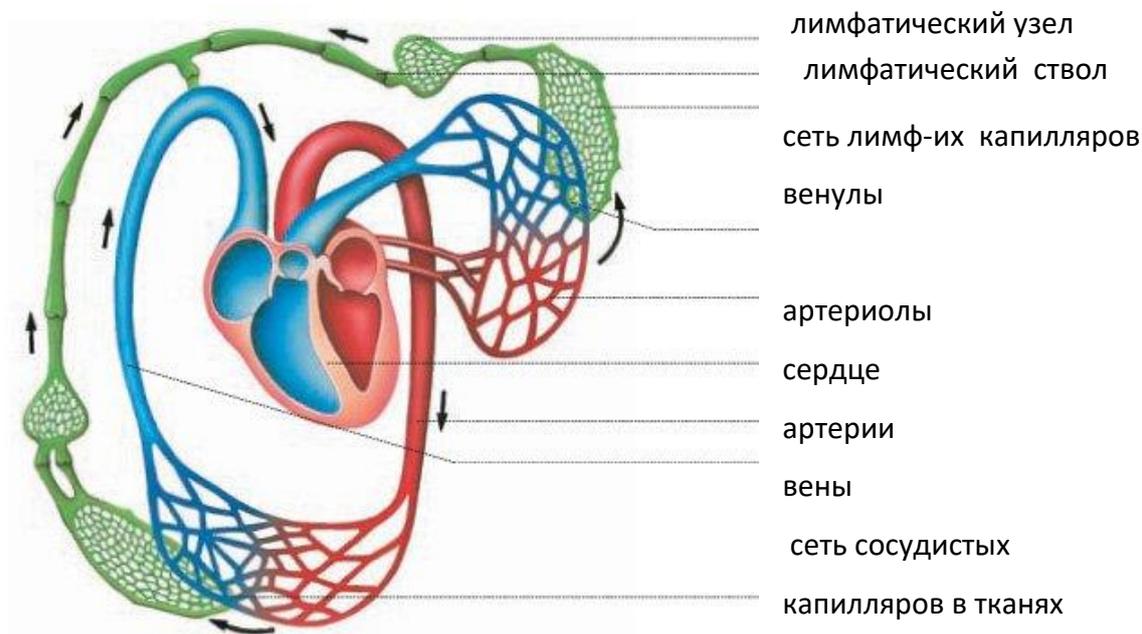


Рис. 1. Схема крово- и лимфообращения.: Myslide.ru

ями, речками, притоками и заводами располагается не под землей, а в организме. И можно сказать, что истоки её начинаются в тканях, а устья впадают в венозные углы сердца.

Различают поверхностную и глубокую ЛС. *Поверхностная* ЛС содержит межклеточную жидкость **кожи**, *глубокая* содержит её в мышцах, суставах, костях, внутренних органах и сосудах (артериях и венах). Обе системы связаны сообщающимися («прободающими») лимфатическими сосудами. Глубокая ЛС образует большие лимфатические стволы (рис. 2), которые располагаются рядом с кровеносными сосудами. Сеть начальных лимфатических сосудов (капилляров) располагается в собственном слое кожи

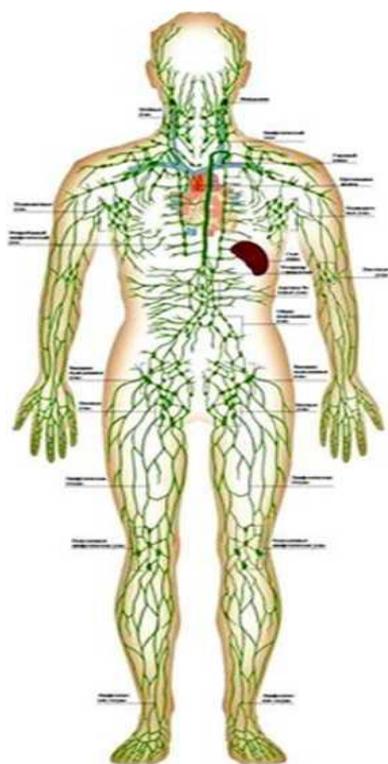


Рис. 2. Глубокая лимфатическая система: Presents5.com

(*corium, лат.*). Они собирают межклеточную жидкость, принимая вещества, которые необходимо удалять из тканей. Это вода, белки, жиры, клетки и чужеродные частицы.

Из **начального лимфатического сосуда** лимфа протекает в **преколлекторы**, которые проходят в подкожном слое перпендикулярно, вглубь. Несколько рядом расположенных участков кожи образуют зоны, преколлекторы которых связаны друг с другом и впадают в общий лимфатический **коллектор**. Таким образом, коллекторы содержат лимфу и из соседних зон кожи. Некоторые соседние зоны кожи могут иметь перемычки (анастомозы). Так называют пустующие лимфатические сосуды-перемычки, которые используются как резерв, в случае необходимости (застой лимфы и т.п.).

Если преколлекторы выполняют частично функции лимфатического капилляра и транспортного сосуда, то коллектор – это транспортный сосуд, который обеспечивает отток лимфы в нужном направлении (от периферии к центру кровообращения - сердцу). Коллектор состоит из последовательно расположенных отрезков (звеньев) - **лимфангионов**, которые устроены по типу микроскопических шлюзов и имеют клапаны, открывающиеся только в одном направлении - к центру. Так как в ЛС - нет такого мотора, как сердце, сокращения мышечных клеток лимфангионов обеспечивают отток лимфы вперед. При этом передние клапаны «шлюза» открываются, а задние закрываются (см. рис. 3).

Лимфангионы имеют собственный ритм сокращений в покое частотой от 1 до 30 в мин.

Оттоку лимфы, кроме того, способствуют:

- сокращения скелетной мускулатуры,
- пульсация больших кровеносных сосудов,
- сокращения петель кишечника (перистальтика),
- «присасывающее» действие дыхания, которое усиливает сокращения больших лимфатических стволов в грудной полости.

Между симметричными участками тела справа и слева в коже существуют переходные зоны, в которых имеются пустые недействующие лимфатические сосуды. Это сосудистые перемычки (анастомозы), которые соединяют лимфатическую сеть кожи в единую систему. Это – запасные резервные сосуды, которые заполняются из-за повышенного давления лимфы при её застое. Ценность их в том, что они успешно используются при лимфодренаже. Укажем эти переходные зоны: грудина, межлопаточная, надлобковая, пояснично-крестцовая, околопупочная область и др.

По ходу лимфатических сосудов располагаются лимфатические узлы. Их в организме – около 600-700, в области шеи около 160, в подмышечной области – до 70. Каждая область тела имеет собственную группу регионарных (местных) лимфоузлов. Лимфоузлы выполняют биологическую фильтрацию лимфы, сгущая её, задерживают неусвоенные в тканях вещества, в т. ч., вредные отходы и отбросы. При попадании в лимфоузел вирусов, бактерий, грибков он перестраивается и активируется.

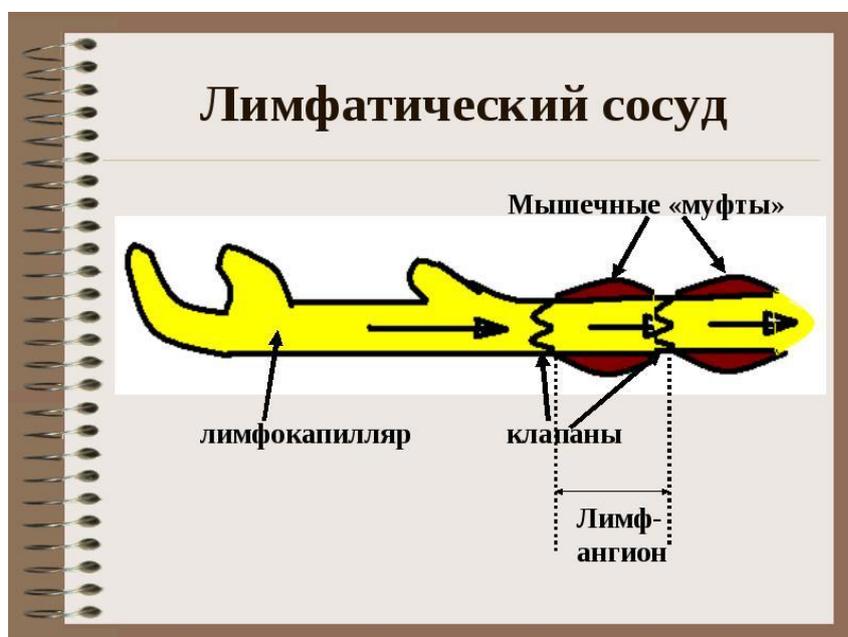


Рис. 3. Схема строения лимфатического сосуда: zazdoc.ru .

Активный лимфоузел, таким образом, очищает лимфу от возбудителей инфекций. Лимфоузлы имеют капсулу с круговыми гладкомышечными волокнами, которые способствуют течению лимфы в лимфоузле. ЛС включает не только лимфатические сосуды и лимфоузлы. **Органы** этой системы: нёбные миндалины, селезёнка, вилочковая железа (тим-ус, лат.), лимфоидная слизистая оболочка и ткань червеобразного отростка толстой кишки (аппендикс, лат.).

ЛИМФОДРЕНАЖ: ГЛАВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Кто из нас случайно не царапал кожу? Помните, как над царапиной появляется капелька прозрачной желтоватой жидкости? Это –лимфа, вот она –под рукой! Отсюда – первое соображение: **течением лимфы можно управлять, контактируя с кожей.**

Лимфатические сосуды, пронизывая всё тело, представляют собой не беспорядочную бесформенную сеть, без начала и конца, а действительно совершенную двухэтажную (поверхностную и глубокую) **систему**. ЛС представляет собой единое биологическое русло разнокалиберных сосудов, начиная от начальных лимфатических - в тканях, до крупных лимфатических стволов брюшной и грудной полости, которые впадают в **венные углы** около сердца (рис. 2).

Кровообращение обеспечивает ток крови от сердца к тканям и органам и обратно. А лимфообращение параллельно обеспечивает ток лимфы от тканей и органов, **только в одном направлении:** от периферии к центру. Каждая часть лимфатической системы имеет собственное анатомическое строение и выполняет свои особые функции. Отсюда – второе соображение: **воздействие на отток лимфы должно соответствовать строению и функциям лимфатических сосудов и закономерностям лимфообращения.**

Кроме транспортной («канализационной») функции, система лимфатических органов, сосудов и лимфоузлов выполняет **наиважнейшую функцию иммунной защиты организма**. Она выполняется клетками иммунной системы (иммуноцитами), среди них центральное место занимают **лимфоциты**, которые активируются в лимфоузлах. Посмотрите, где расположены скопления лимфоузлов (черные точки на рис. 2)? Шея, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные области, брюшная полость! Сама природа разместила их в самых подвижных зонах, чтобы воздействовать на них при движениях! Нам это - настоящая подсказка! Отсюда – третье соображение: **улучшение оттока лимфы через лимфоузлы должно способствовать их активации и предупреждать её застой**.

ЧАСТЬ II

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ЛИМФОДРЕНАЖ

Приступаем к изучению и освоению самостоятельного ручного лимфодренажа (СРЛД), первым элементом которого является брюшное дыхание (дыхание животом, диафрагмальное дыхание).

БРЮШНОЕ ДЫХАНИЕ

Брюшное дыхание – один из важных элементов лимфатического дренажа. Им начинается и заканчивается каждый сеанс этой процедуры. Легче заниматься брюшным дыханием лежа на спине. Устройтесь удобнее, под голову положите небольшую подушечку. Ладони – на животе.

Три фазы дыхания: вдох – выдох – пауза.

Вдох делают через нос, быстро, энергично. Живот надувают как футбольный мяч. Передняя брюшная стенка поднимается вверх, спина прижимается к поверхности, на которой вы лежите. Следите за этими движениями, пока они не будут происходить автоматически.

Выдох делают медленно, через сжатые губы. Передняя брюшная стенка втягивается и следует вниз. Выдыхают как можно больше, продолжительнее. В конце выдоха сжать задний проход.

Пауза – расслабить задний проход и переднюю стенку живота, не дышать, зажав дыхание, чем длительнее, тем лучше.

При систематическом выполнении упражнения - укрепляется брюшной пресс и **диафрагма** – грудобрюшная мышца, которая разделяет грудную и брюшную полость. Эта мышца – самая мощная, это - венозное сердце. Её дыхательные экскурсии способствуют микроциркуляции легких и надпочечников. Она содержит большое количество лимфоузлов, а также в брюшине, что обеспечивает выраженное всасывание лимфы.

Диафрагму считают пограничным лимфатическим коллектором, который обеспечивает связь между пристеночными и висцеральными (в брюшной полости) лимфатическими сосудами. Эти отдельные сосуды, которые идут из диафрагмы, впадают в грудной лимфатический проток.

Брюшное дыхание стимулирует лимфатические узлы брюшной полости. На выдохе в грудной полости создается отрицательное давление, этим оказывается «присасывающее» действие на лимфатические сосуды брюшной полости, как и сокращения правой ножки диафрагмы, которая сращена с цистерной грудного лимфатического протока. В дыхательном цикле цистерна опорожняется на выдохе и наполняется на вдохе.

Брюшное дыхание можно выполнять и сидя, когда это необходимо, - на отдыхе, в транспорте, самолете.

Запомним каждый сеанс лимфатического дренажа начинается и заканчивается брюшным дыханием в течение 5 мин.

Противопоказания: грыжи – диафрагмальная, пупочная, паховая, белой линии живота.

ПРАВИЛА РУЧНОГО ЛИМФОДРЕНАЖА

Время: 1. СРЛД проводится в любое время суток **после** брюшного дыхания (см.) в течение 50-60 мин., 2-3 раза в неделю и заканчивается процедурой брюшного дыхания. 2. Частота повторов каждого приема СРЛД на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

Противопоказания: рожа, гнойнички, ссадины, лимфангит, острый тромбофлебит, трофические язвы, лучевая эритема, раковый лимфаденит, сердечные и почечные отеки.

Требования: 1. Руки без ссадин, чистые, без масла, без крема и талька. 2. СРЛД не должен вызывать боли и покраснения кожи. 3. Направление сдвигающего натяжения кожи (**вектор**) – по направлению оттока лимфы (**НОЛ**).

Характеристика: Каждый приём СРЛД состоит из 2-х частей. 1-я: **фаза сдвига**; 2-я: **фаза расслабления**. Контакт с кожей (**захват**) осуществляют ладонью и сомкнутыми пальцами (**«жесткая кисть»**). Она и кожа в зоне захвата составляют **единое целое**, а усилие на неё, как правило, передаётся через запястье и локоть - движением предплечья и плеча.

Приёмы СРЛД: *Эффлораж* – продольные легкие скользящие прикосновения к коже выбранной области, 6 -12 раз.

1. «Постоянные круги на месте» (ПК) кистью, прижатой к коже. Кожа, вместе с кистью, движется по первой ½ круга и слегка сдвигается по плоскости («натягивается») по **НОЛ** (1 фаза). Это напряжение по плоскости и глубине постепенно ослабляют, а круговое движение второй ½ круга плавно возвращают в исходную (нулевую) точку (2 фаза).

2. «Вычерпывание» выполняют вращательным движением в лучезапястном суставе. Ось этого вращения проходит через основание 2-го пальца. В исходном положении (ИП) ладонь рабочей кисти располагают поперек, например, на внутренней поверхности левого предплечья, у лок-

тя. Большой палец расположен на боковой и задней поверхности предплечья, а другие - на внутренней (передней). Приём (1 фаза) начинают с поворота правого локтя и движения запястья вперед. Этот «**локтевой поворот запястья вперед**» напоминает поворот ручки черпака в начале зачерпывания. Его передают на край мизинца рабочей кисти, усиливая контакт с кожей. Затем сгибанием ладони движение переходит в сдвигающее поперечное смещение кожи к локтю по **НОЛ**. 2-ую фазу начинают с разворота локтем назад и тыльного разгибания кисти, спирально идущего ко 2-му пальцу, пока кисть не вернётся в ИП.

«Насос» (Н): в ИП пядь рабочей кисти располагают, например, у локтя на внутренней поверхности левого предплечья так, чтобы растопыренные большой и указательный пальцы находились перпендикулярно к коже. Лучезапястный сустав максимально разогнут. В начале 1-ой фазы ладонь приводят в контакт с кожей, **вектор** – к локтевой ямке. Продолжают ладонное сгибание запястья так, чтобы вперед шла лучевая кость. Таким образом., сдвиг кожи проводят основным суставом большого пальца и, «перекатываясь» - такими же суставами других пальцев. Затем (2 фаза) при широком контакте рабочей ладони, давление ослабляется до 0, а кожа в месте захвата в силу её эластичности проскальзывает под рабочей кистью в ИП.

4. «Вращение»: в ИП подушечки выпрямленных пальцев рабочей кисти с отведенным большим пальцем располагают по **НОЛ**, перпендикулярно к коже, ладонь приподнята над кожей. В начале 1-ой фазы ладонь, начиная с мизинца, приводят в плотный контакт с кожей, а большой палец, скользя, - к указательному. Далее ладонь небольшим вращением сдвигает кожу по **НОЛ**. Во 2-ой фазе (расслабления) кисть возвращается в ИП.

5. «Сдвигающая муфта». Так мы назвали дополнительно разработанный автором этой книги приём **СРЛД**. Приём напоминает «плотное

скольжение с подметанием» некоторых авторов [51]. Он предполагает использование двух рабочих кистей, сложенных вместе соприкосновением больших и средних пальцев. При этом большие пальцы максимально разогнуты (в положении - пядь), а другие пальцы прижаты боковыми поверхностями друг к другу. Ладони максимально отстоят друг от друга, образуя внутреннюю поверхность «муфты». В ИП лежа на спине бедро и голень сгибают под углом, опираясь на пятку. Охватываем бедро, которое подлежит СРЛД, ниже коленного сустава двумя ладонями. Они плотно прижаты к коже. Большие пальцы расположены поперек на передней поверхности бедра и соприкасаются друг с другом, другие пальцы расположены на задней поверхности, а средние пальцы соприкасаются друг с другом, образуя «муфту». Прием в 1 фазе начинается медленным сплошным сдвигающим движением плотной «муфты» вниз к паховой области, где (2 фаза) большие пальцы расходятся, а ладони, постепенно теряя контакт с кожей, совершают «подметающее» движение. После этого кисти возвращаются в ИП.

Если прием проводят на голени, то она должна быть приподнята, а пятка должна располагаться на другом колене или находиться на весу.

УСЛОВИЯ СЕАНСА ЛИМФОДРЕНАЖА

Условия для СРЛД должны быть комфортными. Комнатная температура 18 - 20°C. Режим тишины. Ничто не должно отвлекать ваше внимание. Поверхность, на которой вы лежите, должна быть плоской, ровной и неподвижной. Если это не кровать, а пол, необходим коврик или поролоновое полотно. Стена не должна мешать движениям рук. Тело обнажено; поверх него – простынь, часть которой при необходимости может быть сдвинута, чтобы не мешать рабочей руке. Заниматься можно и ночью, если вам не спиться. Если вы во время сеанса устали, сделайте перерыв, запомнив

элемент **СРЛД**, на котором остановились. Время перерыва не входит в общую продолжительность сеанса.

Перед выполнением каждого приёма **СРЛД** проверьте жесткость рабочей кисти (пальцы сомкнуты), местоположение захвата. Спросите себя: для чего и какой прием Вы собираетесь выполнить, каково **НОЛ**, соответствует ли ему запланированный Вами **вектор**? Проверьте степень давления рабочей кисти по вертикали, которое Вы оказываете на кожу. Ослабьте давление до минимального, которое обеспечивает горизонтальное смещение (натяжение) кожи в нужном направлении. Будьте внимательны!

ПОСТОЯННЫЕ КРУГИ НА МЕСТЕ: СЕКРЕТЫ

Об этом методическом приёме **СРЛД** следует поговорить особо. Надо, во-первых, понять, что **СРЛД** – это «**кожный**» массаж. Это массаж **кожи**, потому что лимфатическая сосудистая сеть пронизывает всю кожу и массажист, работая с кожей, собственно работает с лимфой в коже.

Внимательно посмотрите на рис. 4 (стр. 20) .

Внизу рисунка стрелка указывает на лимфатический сосуд. Это коллектор, находящийся в подкожной клетчатке. От него вверх вертикально к поверхности кожи идет преколлектор к сети начальных лимфатических сосудов, которые не видны в обычный микроскоп и поэтому не обозначены на рисунке. Эту архитектуру лимфатических путей кожи следует всегда иметь в виду, когда вы дозируете давление на кожу своей ладонью.

Если все виды лечебного массажа, а их насчитывается около 2-х десятков, по степени физических усилий массажиста, обозначить как **максимассаж, то лимфодренаж по Dr. E. Vodder** – это **минимассаж**.

Постоянные круги на месте (ПК) совершаются (при одном захвате) **постоянно** с одним и тем же участком кожи, при **постоянном** неменяющемся давлении на кожу, с **постоянным** направлением сдвига кожи по **НОЛ**. Давление («сцепление» с кожей, «прилипание» массирующей ладо-

ни к коже) должно быть минимальным при выполнении круга и дозированным при направленном сдвиге в конце 2-ой фазы приёма. При неправильном, некорректном, «тяжёлом» выполнении приёма ПЖ можно «пережать» лимфатические сосуды и тогда массажисту придётся работать только с кожей, а не с лимфой в коже. Ведь лимфу в коже нужно, так сказать, «размешать» круговыми вращательными движениями! Равномерно! Не соскальзывая на соседние участки! Это, если хотите, - «массажный бег» на месте.

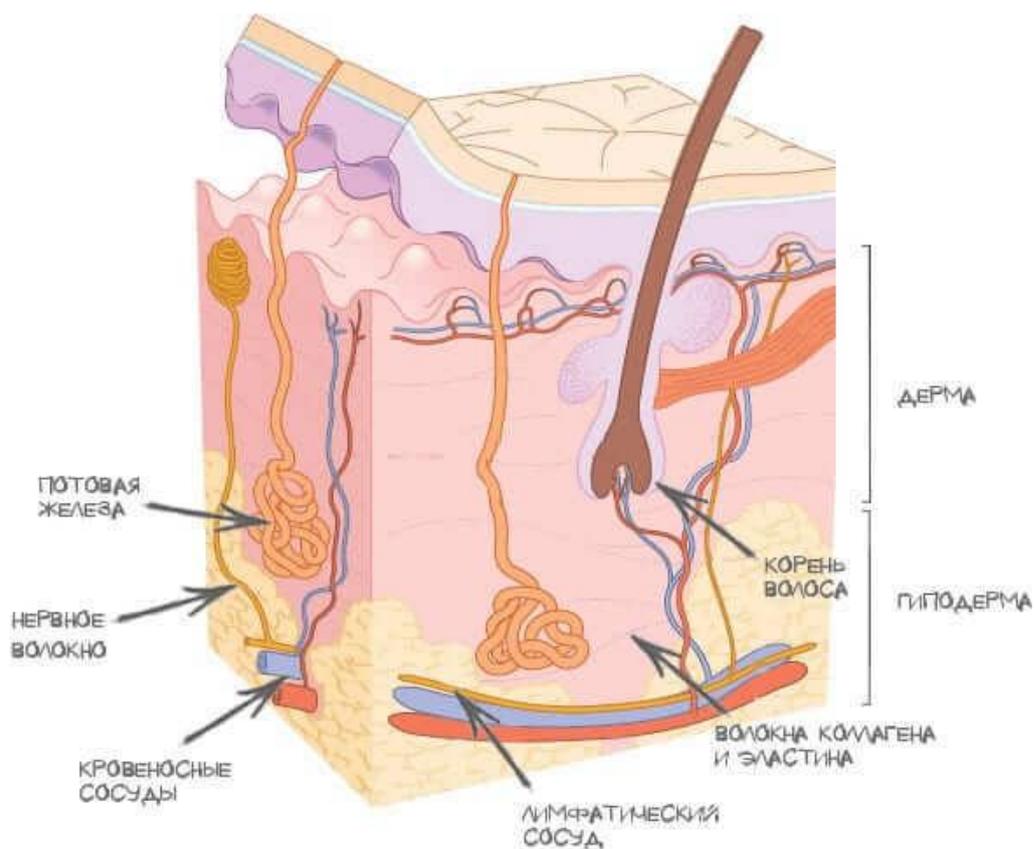


Рис. 4. Строение кожи: zazdoc.ru

Ученики и последователи Е. Vodder-а, автора МЛД, - G. и Н. Wittlinger [8] говорили, что прикосновение к коже пациента должно быть «легким как у мухи и тяжёлым как у осы»! Ещё лучше вспомнить А.С. Пушкина: «Перстами, легкими, как сон, моих зениц коснулся он».

Вращательные круги на месте нужно выполнять **медленно-медленно** и **ритмично**, плавно и грациозно, со вкусом, **постоянно** с одинаковой скоростью, с **постоянной** частотой в 1 мин. По нашему мнению, частота кругов на месте, должна соответствовать средней частоте сокращений лимфангионов (1-30 в 1 мин), т. е., - **одной четверти индивидуального пульса** пациента. При пульсе 60 в 1 мин – 15; при 72 – 18, при 84 – 21.

Следующее требование правильного выполнения этого массажного приёма – **постоянный** контроль над всеми параметрами ПЖ. Минимальное давление на кожу, стандартный участок захвата кожи, медленность и ритмичность, двухфазность приёма, направленность сдвига кожи **НОЛ**, положение массирующей кисти, локтя и плеча. Ладонь и кожа в месте захвата составляют единое целое, а усилие на неё, как правило, передаётся через запястье и локоть – движением предплечья и плеча.

Допустимо на некоторых участках тела проводить ПЖ не плоской ладонью («плашмя»), а «неполной пригоршней». К таким участкам тела относятся, например, область переднего края гребня подвздошной кости, вертел ТБС, область надколенника и др. Но и в этих случаях ещё раз повторим: ладонь массажиста и кожа в месте захвата должны составлять единое целое, а усилие на кожу передаваться через запястье и локоть движением предплечья и плеча.

Можно только гадать, интуитивно или обдуманно, Е. Vodder, автор МЛД, выбрал в качестве первого и главного приёма лимфодренажа самое распространенное в природе движение - по кругу.

Вращение колеса, винта, пропеллера, земного шара, круговые орбиты планет Солнечной системы и электронов в атоме!? Рациональность этого приёма в методике МЛД, с точки зрения биомеханики, кажется очевидным и необходимым.

Вот что об этом писал сам автор МЛД- Е. Vodder :

«В 1933 году, интуитивно и, благодаря бесчисленным практическим опытам, нам удалось разработать систематизированный метод работы.

Была необходима полностью новая техника захвата. Это должен был быть способ откачивающих, опорожняющих круговых движений, с давлением менее 30 мм рт. ст., чтобы не вызвать переполнение кровью. Над лимфоузлами, где никто никогда ранее не отваживался массировать, мы выполняли *легкие постоянные круги, каждый раз исследуя, пальпируя, оценивая ощущение кончиками пальцев, а также всю их поверхность.*

Направление: наша цель всегда была понятна – к надключичной ямке, конечной станции всех лимфатических путей в теле».

Автор несомненно имел ввиду обе надключичные ямки и справа (над венозным углом сердца) и слева (над местом впадения грудного лимфатического протока в подключичную вену). Дальнейшая практика МЛД показала, что необходимо использовать ещё одну «станцию» лимфатических путей, особенно лимфатических путей нижних конечностей – около-пупочную область живота (пупок). Данная область в период внутриутробного развития человека имеет первостепенное значение. Известны так называемые вены Саппея М.Ф. – околопупочные вены, которые вливаются в вену Булова и воротную вену, они собирают кровь от околопупочной области передней стенки живота.

Некоторые исследователи считают пупочную область сакральным местом тела. Существует учение, которое утверждает, что в пупке соединяются все 72 000 энергетических каналов тела человека. Пупок меняет цвет при заболеваниях печени: при циррозе – синюшный, при желтухе – желтый. По форме и высоте расположения пупка относительно роста человека, пытаются делать прогнозы о карьере в спорте, сексуальности и т.п.

Известные авторы систем МЛД М. Foeldi, G. и H. Wittlinger, например, используют воображаемые линии «водораздела» человеческого тела, проходящие через пупок.

С точки зрения СРЛД, пупочную область целесообразно использовать, как древнюю «перевалочную станцию» лимфатических путей.

Хочется ещё раз обратить внимание читателя на то, как расположены лимфатические узлы человеческого тела (рис.2). Как видно на рисунке, они расположены, главным образом, в области головы (подчелюстные, затылочные; шея). Подмышкой и в области локтя, в грудной и брюшной полости, в паховой и подколенной области. Т., е., в наиболее подвижных частях тела, там, где совершаются **движения**. Грудная клетка совершает дыхательные экскурсии, в брюшной полости идет непрерывная перистальтика кишечника. Иными словами говоря, сама природа подсказывает нам, - лимфатические узлы нуждаются в двигательных воздействиях на области их местонахождения. И самым подходящим, самым удобным приёмом СРЛД в отмеченных областях, без сомнения, являются постоянные круги на месте.

Читателю может показаться, что он не справится с освоением такого числа приёмов СРЛД. Однако смею уверить Вас, что это возможно. «Глаза боятся, а руки – делают», - гласит пословица. Нет ничего невозможного, когда это касается здоровья и желания помочь самому себе. Наш опыт обучения пациентов приёмам СРЛД говорит о том, что это вполне возможно

После чтения теоретических разделов самоучителя при практическом показе того или иного приёма СРЛД на собственной коже обучающегося мы переходили к «обратному» процессу. Тогда сам пациент демонстрировал приемы на коже специалиста - руководителя. Затем следовала корректировка и уточнение элементов захвата в различных участках тела и конечностей.

Опыт показал, что в начале достаточно освоить главный приём – **постоянные круги** на месте, затем приём «скользящая муфта» и следовать инструкции по СРЛД для выбранной области тела.

Отдельно следует сказать, что указанные в «Правилах» направления круговых движений относительно хода часовой стрелки выбраны на основании данных об асимметрии кровеносной системы. Считается, что кровеносная система левой половины тела – «артериальная», а правой – «венозная» [2]. Мы сочли возможным отразить в методике СРЛД элементы такой асимметрии. Они заключаются в разных направлениях **ПК**: против и по часовой стрелке на правой и левой конечностях, а также на разных половинах тела.

Вопросы для самоконтроля

1. Где начинается лимфатическая сеть? Где истоки и устья ЛС?
2. В чем заключаются функции начальных лимфатических сосудов, преколлекторов и коллекторов?
3. Какими анатомическими структурами обеспечивается продвижение лимфы от периферии к центру?
4. Что собой представляют анастомозы?
5. Зачем перед процедурой лимфодренажа нужно дышать животом?
6. Почему главным объектом лимфодренажа является кожа?
7. Что такое постоянные круги на месте? Почему их называют постоянными?
8. Что такое «жесткая кисть»?
9. Каким образом последовательно проводят ПК?
10. Что такое направление оттока лимфы?
11. Что такое вектор?
12. Почему сначала дренируют лежащие ближе к центру участки кожи?
13. Что такое «черепица»?

14. Что такое «сдвигающая муфта»?
15. Какие фазы ПК следует выполнять от начала этого приёма?
16. Что такое сдвиг кожи?
17. Какие переходные зоны анастомозов в коже Вы знаете?
18. Какие санитарные требования предъявляются к коже рабочей кисти?
19. Что такое эффлораж?
20. На каких частях тела выполняется приём «вычерпывание»?
21. Чему должна соответствовать частота ПК в 1 мин.?

ЧАСТЬ III

САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ: ПРОФИЛАКТИКА (1)

САМО- ЛИМФОДРЕНАЖ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Показания: состояния после хирургических операций на органах малого таза, на поверхностных венах бедра и голеней; при начальных дистрофических и дегенеративных кожных проявлениях (на голенях) варикозной болезни и других заболеваниях сосудов, синдром «беспокойных ног».

Время: 1. СРЛД проводится в любое время суток после брюшного дыхания, 2-3 раза в неделю в течение 50-60 мин и заканчивается процедурой брюшного дыхания. 2. Частота повторов каждого приема на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

ИП: лежа на спине, затем на боку. Брюшное дыхание - 5 мин.

Поверхностные лимфатические сосуды нижних конечностей принимают до 80% текущей лимфы, остаток приходится на глубоко лежащие. В области голени имеется много связей между поверхностными и глубокими лимфатическими сосудами. [8]

Порядок СРЛД.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Живот: 1. *Эффлораж* – от лобка к пупку 6 раз, затем от грудины – к пупку 6 раз. 2-3. ПК подушечками средних пальцев обеих кистей на пупке. **Вектор** – сначала (первая позиция) снаружи в глубину *по часовой стрелке*; затем (вторая позиция) из глубины наружу *против часовой стрелки*. 4. ПК обеими кистями, расположенными параллельно лобковой кости, в нижних квадрантах живота встречными движениями, левой рукой - *по часовой стрелке*, правой - *против часовой стрелки*; затем 5. ПК – в правом и левом подреберье (левой рукой – против часовой стрелки, правой – по часовой стрелке). Для 4 и 5 приемов ПК **вектор** – пупок.

Таз (правая половина). ИП лежа на левом боку, с согнутым левым коленом. Правая нога сверху, выпрямлена или полусогнута. 1. ПК правой кистью, *против часовой стрелки*, один захват, на боку, между гребнем подвздошной кости и нижними ребрами, **вектор** – к пупку. 2. ПК на гребне подвздошной кости, *так же*, один захват, **вектор** – к пупку. 3. ПК на вертеле ТБС, *так же*, **вектор** – к пупку. 4. ПК на области седалищной кости, *так же*, **вектор** – к пупку.

Таз (левая половина). ИП: лежа на правом боку, с согнутым коленом. Левая нога сверху, выпрямлена или полусогнута. 1. ПК левой кистью, *по часовой стрелке*, один захват, между гребнем подвздошной кости и нижними ребрами, **вектор** – к пупку. 2. ПК на гребне подвздошной кости, *так же*, один захват, **вектор** – к пупку. 3. ПК на вертеле ТБС, *так же*, **вектор** – к пупку. 4. ПК на области седалищной кости, *так же*, **вектор** – к пупку.

Бедра. ИП: лежа на спине, с вытянутыми и слегка раздвинутыми ногами. 1-2. ПК кистями в паховых областях, (ладони - над пульсом бедренной артерии), одновременно, слева *по часовой стрелке*, справа *против ча-*

совой стрелки. Вектор – к пупку. **3-4. ПК** на передней поверхности бедер, выше паха, кистями, расположенными поперек бедер; 4-5 захватов (от паха до колена). Справа *против часовой стрелки*, слева *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **5-6.** В ИП ноги полусогнуты в коленном (КС) и ТБС, с упор на пятку. **ПК** на наружной поверхности правого бедра – правой кистью *против часовой стрелки*, на наружной поверхности левого бедра – левой кистью *по часовой стрелке*; 4-5 захватов, «черепицей» от паха до КС.. **Вектор** – к ТБС. **7-8. ПК** на внутренней поверхности бедер, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева - левой кистью *по часовой стрелке*; 4-5 захватов, «черепицей» от паха до колена. **Вектор** – к паху. **8-9.** «Сдвигающая муфта» для правого, затем для левого бедра. **Вектор** – к паху.

Колени: ИП: (см. бедра). **1-2. ПК** на внутренней поверхности справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **3-4. ПК** на передней поверхности КС, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **5-6. ПК** на наружной поверхности КС, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к ТБС. **7-8.** В ИП сомкнутые пальцы кистей располагают в подколенных областях поперек так, чтобы ладони находились с наружной поверхности КС. **ПК** в подколенной области, справа – правой кистью - *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к ТБС.

Голень (правая): ИП лежа на спине, правая нога согнута в ТБС и КС с упором на пятку, левая нога выпрямлена. **1. ПК** *по часовой стрелке* левой кистью, ладонь которой расположена на *внутренней* поверхности правой голени, а пальцы - на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к внутренней лодыжке. **Вектор** –КС. **2. ПК** *против часовой стрелки* правой кистью, ладонь которой расположена на *наружной*

поверхности правой голени, а пальцы – на передней. 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к наружной лодыжке. **Вектор** – КС.

Голень (левая): ИП лежа на спине, левая нога согнута в ТБС и КС с упором на пятку, правая нога выпрямлена. **1. ПК против часовой стрелки** правой кистью, ладонь которой расположена на *внутренней* поверхности КС, а пальцы - на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к внутренней лодыжке. **Вектор** – КС. **2. ПК по часовой стрелке** левой кистью, ладонь которой расположена на *наружной* поверхности КС, а пальцы – на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к наружной лодыжке. **Вектор** – КС.

Голени (вариант). ИП: ноги согнуты в ТБС и КС, но одна голень остается на весу или пяткой упирается в другое колено. **1-2.« Сдвигающая муфта»** по коже правой, затем левой голени. **Вектор** – КС.

Допустимо выполнять этот прием разгибанием КС, тогда «сдвигающая муфта» остается неподвижной. При этом может слышаться щелчок, что свидетельствует о полном объеме движений в КС.

Стопы: в ИП ахиллово сухожилие голени лежит на другом колене. **1-2. ПК** на пятке. На правой пятке – левой кистью *по часовой стрелке*, на левой пятке правой кистью - *против часовой стрелки*. **Вектор** – ахиллово сухожилие. **3-4. ПК** на подошвенной поверхности стопы. Справа – левой кистью, расположенной ладонью поперек свода стопы, *по часовой стрелке*. Слева – правой кистью, расположенной ладонью поперек свода стопы, *против часовой стрелки*. Один захват. **Вектор** – пятка. **5-6. ПК** на коже подошвенного основания пальцев правой стопы - левой кистью *по часовой стрелке*, слева - правой кистью - *против часовой стрелки*. Один захват. **Вектор** – пятка. **7-8. ПК** на тыльной поверхности стопы. Слева – правой кистью *против часовой стрелки*, Справа – левой кистью *по часовой стрелке*. Один захват. **Вектор** - голеностопный сустав.

Пальцы. ИП: то же (см. стопы). **Большие** пальцы дренируют «кольцом», образованным ногтем указательного пальца, который прижат к основной фаланге большого пальца рабочей кисти. **1-2.** Такое «кольцо» последовательно, начиная с кончика большого пальца стопы, «надевают» до его основания с частотой, указанной в первом абзаце Правил. Правой кистью дренируют большой палец левой стопы, левой кистью – большой палец правой стопы.

Другие пальцы массируют приёмом «змейка». Приём справа начинают левым указательным пальцем, ногтевая фаланга которого расположена своей передней поверхностью на подошвенной поверхности большого пальца правой стопы и упирается в первый межпальцевый промежуток. **3-4.** Скользящим подъёмом 3-ей и 2-ой фаланги указательного пальца вверх, огибают большой палец сверху, а затем опускают их, продвигая кончик указательного пальца по подошвенной поверхности 2-го пальца стопы - во 2-ой межпальцевый промежуток. Далее, таким же образом, поочередно огибают другие пальцы стопы. Приём аналогично повторяют на другой стопе.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Примечание. Обозначения в тексте правил 1-2; 3-4; 5-6, говорят о том, что прием выполняют поочередно справа и слева.

САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Время: 1. СРЛД проводится в течение 35-45 мин., в любое время суток **после** брюшного дыхания 2-3 раза в неделю и заканчивается процедурой брюшного дыхания. **2.** Частота повторов каждого приема на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

ИП: лежа на спине. Массируемую руку поднимают вертикально вверх, как только начинается СРЛД подмышечной области.

Поверхностные лимфатические сосуды, которые проходят по внутренней поверхности руки, принимают до 80% протекающей лимфы и вместе с тем являются более важными, чем глубокие [8].

Порядок СРЛД.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Живот: **1. Эффлораж** – от лобка к пупку 6 раз, затем от грудины – к пупку 6 раз. **2. ПК** подушечками ногтевых фаланг средних пальцев обеих кистей на пупке. **Вектор** (в первой позиции) – снаружи в глубину *по часовой стрелке*; (во второй позиции) - из глубины наружу *против часовой стрелки*. **3. ПК** обеими кистями, расположенными параллельно лобковой кости, в нижних квадрантах живота встречными движениями, левой рукой - *по часовой стрелке*, правой - *против часовой стрелки*; затем (**4**) – в правом и левом подреберье (левой рукой – *против часовой стрелки*, правой – *по часовой стрелке*). Для **3-4** приемов **ПК** – **вектор** к пупку.

Передняя грудная стенка: **Эффлораж** – от МЖ или рубца к реберной дуге 6 раз.

Область реберной дуги ниже МЖ или рубца. ИП: пядь рабочей кисти, расположена над реберной дугой, вытянутыми пальцами к боковой стороне туловища. Большой палец - вдоль внутреннего края МЖ или рубца, кончик его направлен к голове. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** - к пупку.

Область МЖ или рубец. ИП: пядь кисти фиксирует одноимённую **МЖ или рубец** с наружной стороны. Большой палец расположен сверху **МЖ или рубца** параллельно ключице, другие пальцы кончиками – к животу, поперек ребер. Рабочая кисть, расположена на соске и около сосковой области (или рубца). **3-4. ПК** совершают слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*.

Вектор к пупку. Если **МЖ (с рубцом)** большая: **ПК** предварительно проводят на её наружно-боковой, а затем на передней поверхности.

Подключичная область. ИП: рабочая кисть, расположена параллельно ключице, кончиками пальцев – в подмышку. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** – плечо.

Надключичная область. ИП: кончики пальцев скрещенных рук, расположены в надключичных ямках. **1-2. ПК** справа – *по часовой стрелке*, слева – *против часовой стрелки*. **Вектор** – основание грудины.

Шея: ИП – сидя. **Эффлораж:** – кончиками пальцев от угла нижней челюсти по боковым поверхностям шеи, вниз – в надключичные ямки, 6 раз.

Переднебоковые области шеи. ИП: пальцы правой рабочей кисти расположены на коже под левой нижней челюстью, параллельно ей, и направлены к углу нижней челюсти. **1-2. ПК** правой рукой слева *против часовой стрелки*, справа левой ладонью *по часовой стрелке*. **Вектор** – надключичные ямки.

Рука: Эффлораж – от кончиков пальцев к подмышке, 6 раз.

Подмышечная ямка. ИП: лёжа, согнутая в локте рука, которая подлежит лимфодренажу, максимально отведена. Рабочая кисть пядью и ладонью расположена в подмышечной ямке, большой палец спереди, другие – охватывают плечо по наружной его поверхности. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** к **МЖ** или рубцу.

Плечо. ИП: лёжа на спине, рука поднята вертикально, рабочая кисть расположена на внутренней поверхности плеча. **1. ПК** последовательно, чередуя захваты (3-4), от плечевого сустава к локтю - «черепицей». **Вектор** – подмышечная ямка. **2. ПК** рабочей кистью, располо-

женной на наружной поверхности плеча, последовательно чередуя захваты (4-5), от плечевого сустава к локтю - «черепицей».. **Вектор** – подмышка.

Предплечье. ИП: сидя за столом, положите локоть, согнутый под углом 90°, на полотенце. **1.** Далее рабочей кистью проводятся приемы **ПК** на *внутренней* поверхности предплечья, последовательно чередуя захваты от локтя к запястью - «черепицей». 5-6 захватов, включая запястье. **Вектор** – локоть. (Как **вариант**, по желанию, таким же образом, **ПК** могут быть заменены приемом «*вычерпывания*»). **2.** Приемы **ПК** проводятся на *наружной* поверхности предплечья, последовательно чередуя захваты от локтя к запястью - «черепицей». 5-6 захватов, включая запястье. **Вектор** – локоть. (Как **вариант**, по желанию, таким же образом, **ПК** могут быть заменены приемом «*вычерпывания*»).

Кисть. ИП такое же (см. предплечье), но суставы запястья массируемой кисти находятся в «0» положении: пальцы разогнуты. Складывают кисти в «замок», «ладонь в ладонь». Концевые и вторые фаланги сомкнутых II-V-ых пальцев *рабочей кисти* складываются поперёк – на тыле другой. Большой палец *рабочей кисти* находится сверху и поперёк своего собрата. **1-2. ПК** ладонью правой кисти – *против часовой стрелки*, ладонью левой кисти - *по часовой стрелке*. **Вектор** – запястье. **3-4. ПК** пальцами рабочей кисти, которые располагаются поперёк на **тыльной поверхности** другой. Правой кистью – *против часовой стрелки*, левой кистью – *по часовой стрелке*. **Вектор** – запястье.

Пальцы. ИП: такое же (см. предплечье, угол в локте 45°). Соединить кончики большого и указательного пальцев рабочей кисти, образовав «кольцо». Скользя ногтем указательного пальца рабочей кисти по внутренней поверхности большого пальца, уменьшить размеры «кольца». **1-5.** Такое «кольцо», как «скользящую муфту», с необходимой частотой «надевают» последовательно на каждый палец, начиная с кончика пальца до его основания. **Вектор** – запястье.

Брюшное дыхание – 5 мин.

САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ ГОЛОВЫ

Время: 1. Профилактический СРЛД проводится 2-3 раза в неделю в течение 35-45 мин, в любое время суток после брюшного дыхания и заканчивается процедурой брюшного дыхания. 2. Частота повторов каждого приема на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

ШЕЯ. ИП: сидя.

Порядок СРЛД.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Эффлораж: 6 веерообразных штриховых прикосновений растопыренными пальцами двух рук, от угла нижней челюсти по боковым участкам шеи, к груди. Последний штрих – вдоль ключицы, от грудины к плечам («подметание»).

Надключичные области. ИП: подушечки ногтевых фаланг пальцев рук - в надключичных ямках. **ПК** - слева *против часовой стрелки*, справа *по часовой стрелке*. Одна позиция одним захватом. **Вектор** – грудь.

Задняя область шеи. ИП: ладони, расположены на задней поверхности шеи так, что указательные пальцы находятся внизу, мизинцы сверху, а большие пальцы **над** передней поверхностью шеи и соприкасаются друг с другом. Указательные пальцы направлены к средней линии позвоночника, не касаясь друг друга. **ПК** левой ладонью *по часовой стрелке*, правой *против часовой стрелки*. Два захвата – «черепицей». **Вектор** – от затылка вниз.

Переднебоковые области шеи. ИП: пальцы правой рабочей кисти располагают на коже под левой нижней челюстью, параллельно ей, и направлены к углу нижней челюсти. **ПК** правой рукой слева *против*

часовой стрелки, справа левой ладонью по часовой стрелке. Вектор – надключичные ямки.

Область подбородка. ИП: слева пядь правой кисти, расположена от угла и вдоль края левой нижней челюсти так, что отведенный большой палец находится за кончиком подбородка справа. **ПК** - *против часовой стрелки. Справа –* пядью левой кисти, расположенной также (как слева), - *по часовой стрелке. Вектор –* надключичные ямки.

ЛИЦО. ИП: сидя.

Нос. ИП: указательные и средние пальцы обеих кистей, располагают последовательно - на корне носа, затем на крыльях и кончике носа (три захвата). **1-3. ПК** одновременно слева - *по часовой стрелке, справа – против часовой стрелки. Вектор –* переносье.

Область орбиты глаз.

Область слёзных мешочков. ИП: средние и указательные пальцы обеих кистей расположены непосредственно сбоку от крыльев носа (область слезных мешочков), ниже нижнего века. **ПК** одновременно справа *по часовой стрелке, слева - против часовой стрелки. Вектор –* переносье.

Нижние веки. ИП: указательные пальцы расположены на нижних веках кнаружи от области слёзных мешочков. Остальные пальцы полусогнуты и не касаются кожи. Несколько позиций («захватов»), от внутреннего угла глаза - кнаружи. **ПК** одновременно справа *по часовой стрелке, слева - против часовой стрелки. Вектор –* переносье. Глаза по желанию могут быть закрыты или открыты.

Верхние веки. ИП: указательные пальцы (в первом «захвате» - позиции) расположены на верхних веках кнаружи от корня носа параллельно бровям. Остальные пальцы полусогнуты. Глаза закрыты. Несколько позиций («захватов»), при смене которых (кнаружи) указательные пальцы разворачиваются так, чтобы их кончики были направлены вниз. **ПК** одно-

временно справа *по часовой стрелке*, слева - *против часовой стрелки*.

Вектор –переносье.

ЛОБ. ИП пальцы обеих кистей расположены параллельно передней линии волосистой части головы, кончики их направлены к средней линии. Один захват. **ПК** одновременно справа *по часовой стрелке*, слева - *против часовой стрелки*. **Вектор** – переносица.

УШИ: 1. Мочки. ИП: взять мочки ушей большими (снутри) и указательными (снаружи) пальцами. **ПК** одновременно подушечками указательных пальцев, справа *по часовой стрелке*. Слева - *против часовой стрелки*. **Вектор** –наружный слуховой проход. **2. Верхняя часть ушной раковины. ИП:** в этой области разместить концевые фаланги указательных и средних пальцев обеих кистей снаружи, а концевые фаланги больших пальцев снутри. **ПК** одновременно с обеих сторон снаружи, справа *по часовой стрелке*, слева - *против часовой стрелки*. Три захвата. **Вектор** – наружный слуховой проход.

Брюшное дыхание – 5 мин.

ЧАСТЬ IV

САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ: ПРОФИЛАКТИКА (2)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТЁКА ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

«Предупрежден, значит – вооружен!»

Риск развития лимфатического отека у больных раком молочной железы после радикального лечения, включая удаление лимфоузлов, в той или иной степени сохраняется всегда. Поздние лимфатические отеки верхних конечностей могут появляться через 6 и более месяцев после операции. Поэтому приведенные ниже правила необходимо соблюдать не только в первые полгода после операции, но и в течение всей жизни.

1. Проводите ежедневный самоконтроль. Обращайте внимание на переднюю грудную стенку, над- и подключичную область, послеоперационный рубец: появление припухлости, красноты на коже и в области рубца, зуда, сыпи, изменения симметричности грудной клетки, рук, кистей, пальцев. При появлении даже незначительных изменений немедленно проконсультируйтесь с врачом.

2. Для инъекций; взятия крови используйте здоровую руку (не на стороне операции).

3. Измеряйте артериальное давление только на здоровой руке, либо на голени.

4. Избегайте подъема руками тяжелых предметов (более 7 кг). Не носите сумок через плечо или в руке на стороне операции.

5. Старайтесь избегать травм верхних конечностей (царапины, ссадины, порезы, солнечные или другие ожоги, укусы насекомых, ушибы). При укусах насекомых не расчесывайте место укуса. Пользуйтесь антисептиками. Избегайте срезания кутикулы при маникюре. Следите за возможным появлением признаков инфекции и грибкового поражения ногтей, в т. ч. стоп.

6. При выполнении работы по дому, в саду или на даче, при которой возможны даже минимальные повреждения, используйте перчатки.

7. Соблюдайте гигиену: после купания используйте увлажняющие лось-оны, не допускайте появления опрелости, вытирайте руку осторожно, промокающим, но тщательно. Убедитесь, чтобы были сухими все складки и кожа между пальцами.

8. Избегайте перепада температур при купании, мытье посуды. Не рекомендуется посещать сауны и принимать горячие ванны (по крайней мере, руку держите вне ванны). Защищайте руку от солнца.

9. Для подбора протеза молочной железы необходимо обратиться в специализированные фирмы, специалисты которых смогут подобрать

наиболее оптимальный вариант в зависимости от размера, веса и формы груди.

10. При авиаперелётах необходимо носить компрессионный рукав соответствующего размера и увеличивать количество потребляемой жидкости.

11. Не носите тесную одежду, украшения на заинтересованной руке и пальцах.

12. Регулярно выполняйте физические упражнения, рекомендованные врачом, для улучшения оттока лимфы. При отдыхе держите руку (на стороне операции) выше горизонтальной плоскости. Рекомендуются циклические нагрузки (ходьба, плавание, лечебная физкультура) от 30 минут минимум 5 раз в неделю. Не работайте в наклон, с опущенными руками.

13. Старайтесь поддерживать нормальный вес. Низко солевая (ежедневное содержание натрия в пище не более 5 гр.), обогащенная клетчаткой, диета должна быть хорошо сбалансирована и содержать легкоусвояемый белок (рыба, курица, фасоль, соя).

14. Соблюдайте режим труда и отдыха. Помните, что первые общие признаки появления отеков могут проявляться сменой настроения, повышенной утомляемостью, снижением активности, раздражительностью, нарушением качества сна.

15. Не курите и не употребляйте алкогольные напитки.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

«Жить, а не выживать!»

Д. Сервен-Шрайбер

Предупреждение рецидива после комплексного лечения РМЖ должно начинаться сразу по его окончании в стационаре. Все реко-

мендации и назначения лечащих врачей по гормональной терапии и химиолучевого лечения, должны выполняться неукоснительно. При этом существуют 4 условия быстрого восстановления и повышения качества полнокровной продолжительной жизни.

Условие 1. Полноценный психологический настрой (статус).

Ваша болезнь не любит твердого характера, целеустремленности, собранности, уверенности в своих силах, трезвого, взвешенного, холодного рассудка, возвышенных чувств. Ей по нраву безвольные, слабые духом люди, подверженные панике, люди, опустившие руки и сложившие крылья.

Психологический стресс, эмоциональные вспышки, страх или злоба могут провоцировать выброс адреналина, известного как гормон «сражайся или беги», и кортизола. Эти гормоны готовят организм к встрече с возможной травмой. Эти гормоны в то же время являются стимуляторами злокачественных опухолей, в т. ч., скрытых и латентных {7}. А врачам нужны пациенты – бойцы! Пациенты психологически уравновешенные и устойчивые.

Если Вы верите в Бога, выберите свою дорогу к храму. Учитесь быть ближе к Богу, учитесь молиться, верить, надеяться, прощать и любить! Верующему – по плечу любые испытания.

«По вере вашей да будет вам...».

Антистрессовую устойчивость повышают аутогенные тренировки, упражнения и позы йога, дыхательная гимнастика, ментальное воображение с глубоким мышечным расслаблением и др.

Условие 2. Физическая активность. Скандинавская ходьба, прогулки, приносящие радость и удовольствие, (по 30 минут, 6 дней в неделю).

Условие 3. Контроль за воспалением. Раковая болезнь использует, как троянского коня, любой острый или хронический процесс воспаления в организме, в т. ч., повреждение (травма, рана, ожог). При этом она потребляет продукты воспаления (цитокины, лейкотриены, тромбоксаны)

для стимуляции роста раковых клеток [7]. Это значит, что все хронические заболевания вашего организма (например, гастрит, гепатит, язвенная болезнь желудка, бронхит, гайморит и др.) должны быть тщательно вылечены и находиться под контролем, в стадии стойкой ремиссии. То же касается любых острых заболеваний.

Условие 4. Противораковая диета по D.Serven-Schreiber [7]

«В своих поисках я обнаружил много противоопухолевых продуктов питания. Некоторые продукты *блокируют естественные процессы воспаления, которые питают рост злокачественной опухоли*. Другие *усиливают гибель раковых клеток путём апоптоза*, так его называют специалисты. Другие продукты питания *помогают организму в обезвреживании раковых токсинов и защищают от свободных радикалов*. Большинство продуктов действует на болезнь различными путями. Но они делают это ежедневно 3 раза в день, не вызывая никаких побочных явлений. *Чтобы избежать раковой болезни, необходимо использовать эту естественную защиту организма и развивать её.*» [7].

В основе такой диеты лежит полный отказ от сахара, ограничение углеводов, средиземноморское питание с рыбой, овощами и фруктами, сдобренными специями.

Стандарт тарелки с пищей состоит из овощей (и бобовых) с оливковым, конопляным или льняным маслом, чеснока, трав и специй. Рекомендуется не более 500 г красного мяса в неделю. Рекомендуются все виды капусты, морковь, тыква, томаты, свекла. А также - все ярко окрашенные фрукты; соя, грибы, куркума с черным перцем, имбирь, травы: розмарин, тимьян, орегано, базилик и мята. Ягоды, чистые кефиры и йогурты, содержащие пре- и пробиотики. Зеленый чай. Бокал красного вина в день. Тёмный шоколад, содержащий 70% какао.

ПАМЯТКА

(пациентам после мастэктомии)

Вы открыли раздел, который предназначен, в первую очередь, для пациентов с лимфатическим отеком верхней конечности после операции на молочной железе.

Этот лимфатический отек может быть разным по времени возникновения после операции (ранние и поздние), по своим клиническим проявлениям, по динамике развития и течения. Отеки бывают разной плотности (мягкие и плотные). Иногда отек развивается скрытно и незаметно, иногда – остро и сопровождается рожистым воспалением кожи с лихорадкой.

Лимфатические отеки различают по степени тяжести в зависимости от разницы измерений (в см) по сравнению со здоровой рукой. Нередко отекает только плечо, а затем предплечье, иногда и кисть, т.е. вся рука. Лимфатический отек после операции на молочной железе может быть не постоянным, например, появляется к вечеру, а утром уменьшается или исчезает полностью. В запущенных случаях отек становится постоянным.

Одним из методов лечения этого довольно частого осложнения или последствия операции является СРЛД, который в сочетании с другими способами лечения дает возможность стабилизировать, уменьшить или купировать, контролировать и предупреждать появление или увеличения отека.

Чем раньше больная обращается к специалистам по лечению лимфатических отеков, тем больше шансов на успех лечения.

Сердечные отеки лечат терапевты и кардиологи, венозные отеки лечат флебологи или сосудистые хирурги (ангиологи).

Обычный классический массаж (с растиранием, разминанием, вибрацией и т.п.) **противопоказан** для лечения лимфатических отеков, т.к. вызывает обострение и ухудшение состояния.

СРЛД – это особый, отличающийся от других видов ручного массажа - метод, который был разработан немецкими учеными E. Vodder (1936, 1985), M. Foeldi (1948, 1976) и др., и с успехом применяется во многих специализированных клиниках как за рубежом, так и в России.

В последнее время предложен лимфатический дренаж, который проводится самостоятельно самим пациентом или его близкими родственниками. Дело в том, что лечение в специализированных клиниках стоит дорого, связано с переездом, с получением квоты, ожиданием очереди и т.п. Поэтому обучение **СРЛД** приобретает важное практическое значение.

В литературе имеются описания **СРЛД** [4], инструкции и памятки с кратким изложением этого вида дренажа {37, 45}. Однако опыт показывает, что помимо теоретического освоения метода, требуются практические навыки и умение осуществлять полученные знания в процессе самостоятельного массажа. Это возможно только под руководством и наблюдением опытного учителя и наставника. Вот почему в клинике РМАНПО была создана школа для подготовки самих пациентов оказывать себе самому грамотное, научно обоснованное лечение (стр. 83).

Содержание рекламного сайта {6} раскрывает научный, методический и практический потенциал школы, материальные и технические возможности обучения.

Важное значение в лечении лимфатического отека автор методики обучения, придает использованию лечебного расслабления мышц не только передней грудной стенки в области удаленной молочной железы, но и мышц плеча и лопатки на оперированной стороне. Это так называемая постизометрическая релаксация (ПИР) спазмированных мышц {5,6, 13, 31, 33}. **ПИР** – это расслабление спазмированных (укороченных) мышц, которое происходит самопроизвольно после предварительно подготовленного намеренного напряжения этих мышц на вдохе, когда мышцы напряжены, а движения не происходит.

Какие мышцы спазмированы (т.е. укорочены) определяет врач во время первой консультации и мануального (ручного) обследования больного пациента. У каждой больной выявляется свой собственный "набор" укороченных мышц, а поэтому по разному приходится их лечить, составляя для каждой больной - свой "рецепт" специальных упражнений. Такие специальные упражнения проводятся сначала под контролем врача, а после обучения самостоятельно самими пациентами.

ЧАСТЬ V

ЛЕЧЕБНЫЙ САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ

САМО-ЛИМФОДРЕНАЖ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Время: 1. Лечебный СРЛД проводится ежедневно в течение 50-60 мин, утром и вечером **после** упражнений ПИР и брюшного дыхания и заканчивается процедурой брюшного дыхания. 2. Частота повторов каждого приема на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

ИП: лежа на спине. Массируемую руку поднимают вертикально вверх, как только начинается СРЛД подмышечной области.

Поверхностные лимфатические сосуды, которые проходят по внутренней поверхности руки, принимают до 80% протекающей лимфы и вместе с тем являются более важными, чем глубокие [8].

Порядок СРЛД.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Живот: 1. *Эффлораж* – от лобка к пупку 6 раз, затем от грудины – к пупку 6 раз. 2. **ПК** подушечками (кончиками) средних пальцев обеих

кистей на пупке. **Вектор** – снаружи в глубину по часовой стрелке; затем из глубины наружу против часовой стрелки. **3. ПК** обеими кистями, расположенными параллельно лобковой кости, в нижних квадрантах живота встречными движениями, левой рукой - по часовой стрелке, правой - против часовой стрелки; затем **(4)** – в правом и левом подреберье (левой рукой – против часовой стрелки, правой – по часовой стрелке). Для **3-4** приемов **ПК** – **вектор** к пупку.

Передняя грудная стенка: Эффлораж – от МЖ или рубца к реберной дуге 6 раз.

Область реберной дуги ниже МЖ или рубца. ИП: пядь рабочей кисти, расположена над реберной дугой, вытянутыми пальцами к боковой стороне туловища. Большой палец - вдоль внутреннего края МЖ или рубца, кончик его направлен к голове. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** - к пупку.

Область МЖ или рубец. ИП: пядь кисти фиксирует одноимённую **МЖ или рубец** с наружной стороны. Большой палец расположен сверху **МЖ или рубца** параллельно ключице, другие пальцы кончиками – к животу, поперек ребер. Рабочая кисть, расположена на соске и около сосковой области (или рубца). **1-2 . ПК** совершают слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** к пупку. Если **МЖ (с рубцом)** большая: **ПК** предварительно проводят на её наружно-боковой, а затем на передней поверхности.

Подключичная область. ИП: рабочая кисть, расположена параллельно ключице, кончиками пальцев – в подмышку. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** – плечо.

Надключичная область. ИП: кончики пальцев рук, расположены в надключичных ямках. **1-2. ПК** справа – *по часовой стрелке*, слева – *против часовой стрелки*. **Вектор** – основание грудины.

Шея: ИП – сидя. **Эффлораж:** – кончиками пальцев от угла нижней челюсти по боковым поверхностям шеи, вниз – в надключичные ямки, 6 раз.

Переднебоковые области шеи. ИП: пальцы правой рабочей кисти расположены на коже под левой нижней челюстью, параллельно ей, и направлены к углу нижней челюсти. **1-2. ПК** правой рукой слева *против часовой стрелки*, справа левой ладонью *по часовой стрелке*. **Вектор** – надключичные ямки.

Рука: Эффлораж – от кончиков пальцев к подмышке, 6 раз.

Подмышечная ямка. ИП: лёжа, согнутая в локте рука, которая подлежит лимфодренажу, максимально отведена. Рабочая кисть пятью и ладонью расположена в подмышечной ямке, большой палец спереди, другие – охватывают плечо по наружной его поверхности. **1-2. ПК** слева правой кистью – *по часовой стрелке*; справа левой кистью – *против часовой стрелки*. **Вектор** к **МЖ** или рубцу.

Плечо. ИП: лёжа на спине, рука поднята вертикально, рабочая кисть расположена на внутренней поверхности плеча. **1. ПК** последовательно, чередуя захваты (3-4), от плечевого сустава к локтю - «черепицей». **Вектор** – подмышечная ямка. **2. ПК** рабочей кистью, расположенной на наружной поверхности плеча, последовательно чередуя захваты (4-5), от плечевого сустава к локтю - «черепицей». **Вектор** – подмышка.

Предплечье. ИП: сидя за столом, положите локоть, согнутый под углом 90°, на полотенце. **1.** Далее рабочей кистью проводятся приемы **ПК** на *внутренней* поверхности предплечья, последовательно чередуя захваты от локтя к запястью - «черепицей». 5-6 захватов, включая запястье. **Вектор** – локоть. (Как вариант, по желанию, таким же образом, **ПК** могут быть

заменены приемом «*вычерпывания*»). **2.** Приемы **ПК** проводятся на *наружной* поверхности предплечья, последовательно чередуя захваты от локтя к запястью - «черепицей». 5-6 захватов, включая запястье. **Вектор** – локоть. (Как **вариант**, по желанию, таким же образом, **ПК** могут быть заменены или дополнены выполнением приема «*вычерпывание*»).

Кисть. ИП такое же (см. предплечье), но суставы запястья массируемой кисти находятся в «0» положении: пальцы разогнуты. Складывают кисти в «замок», «ладонь в ладонь». Концевые и вторые фаланги сомкнутых II-V-ых пальцев *рабочей кисти* складываются поперёк – на тыле другой. Большой палец *рабочей кисти* находится сверху и поперёк своего собрата. **1-2. ПК** ладонью правой кисти – *против часовой стрелки*, ладонью левой кисти - *по часовой стрелке*. **Вектор** – запястье. **3-4. ПК** пальцами рабочей кисти, которые располагаются на **ТЫЛЬНОЙ поверхности** другой. Правой кистью – *против часовой стрелки*, левой кистью – *по часовой стрелке*. **Вектор** – запястье.

Пальцы. ИП: такое же (см. предплечье, угол в локте 45°). Соединить кончики большого и указательного пальцев рабочей кисти, образовав «кольцо». Скользя ногтем указательного пальца рабочей кисти по внутренней поверхности большого пальца, уменьшить размеры «кольца». **1-5.** Такое «кольцо», как «скользящую муфту», с необходимой частотой «надевают» последовательно на каждый палец, начиная с кончика пальца до его основания. **Вектор** – запястье.

Брюшное дыхание – 5 мин.

САМО- ЛИМФОДРЕНАЖ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Показания: состояния после хирургических операций на органах малого таза, на поверхностных венах бедра и голеней; при начальных дистрофических и дегенеративных кожных проявлениях (на голенях) варикозной болезни и других заболеваниях сосудов.

Время: 1. СРЛД проводится после брюшного дыхания, 2 раза в день ежедневно в течение 50-60 мин и заканчивается процедурой брюшного дыхания. 2. Частота повторов каждого приема на одном месте (захвата) должна составлять 1/4 от частоты вашего пульса в 1 мин.

ИП: лежа на спине или на боку

Поверхностные лимфатические сосуды нижних конечностей принимают до 80% текущей лимфы, остаток приходится на глубоко лежащие. В области голени имеется много связей между поверхностными и глубокими лимфатическими сосудами. [8]

Порядок СРЛД.

Брюшное дыхание- 5 мин.

Живот: 1. *Эффлораж* – от лобка к пупку 6 раз, затем от грудины – к пупку 6 раз. 2. **ПК** подушечками средних пальцев обеих кистей на пупке. **Вектор** –(1-я позиция) снаружи в глубину по часовой стрелке; (2-я позиция) из глубины наружу против часовой стрелки. 3. **ПК** обеими кистями, расположенными параллельно лобковой кости, в нижних квадрантах живота встречными движениями, левой рукой - по часовой стрелке, правой - против часовой стрелки; затем (4) – в правом и левом подреберье (левой рукой – против часовой стрелки, правой – по часовой стрелке). Для 3-4 приемов **ПК** – **вектор** к пупку.

Таз (правая половина). **ИП** лежа на левом боку, с согнутым левым коленом. Правая нога сверху, выпрямлена или полусогнута. 1. **ПК** между гребнем подвздошной кости и нижними ребрами, правой кистью, *против часовой стрелки*, один захват, **вектор** – к пупку. 2. **ПК** на гребне подвздошной кости, *так же*, один захват, **вектор** – к пупку. 3. **ПК** на

вертеле ТБС, *так же*, **вектор** – к пупку. **4. ПК** на области седалищной кости, *так же*, **вектор** – к пупку.

Таз (левая половина). ИП: лежа на правом боку, с согнутым правым коленом. Левая нога сверху, выпрямлена или полусогнута. **1. ПК** между гребнем подвздошной кости и нижними ребрами, между гребнем подвздошной кости и нижними ребрами, левой кистью, *по часовой стрелке*, один захват, **вектор** – к пупку. **2. ПК** на гребне подвздошной кости, *так же*, один захват, **вектор** – к пупку. **3. ПК** на вертеле ТБС, *так же*, **вектор** – к пупку. **4. ПК** на области седалищной кости, *так же*, **вектор** – к пупку.

Бедра. ИП: лежа на спине, с вытянутыми и слегка раздвинутыми ногами. **1-2. ПК** в паховых областях, кистями (ладони - над пульсом бедренной артерии), одновременно, слева *по часовой стрелке*, справа *против часовой стрелки*. **Вектор** – к пупку. **3-4. ПК** на передней поверхности бедер, выше паха, кистями, расположенными поперек бедер; 4-5 захватов (от паха до колена). Справа *против часовой стрелки*, слева *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **5-6.** В ИП ноги полусогнуты в коленном (КС) и ТБС, с упор на пятку. **ПК** на *наружной* поверхности правого бедра – правой кистью *против часовой стрелки*, на *наружной* поверхности левого бедра – левой кистью *по часовой стрелке*; 4-5 захватов, «черепицей» от паха до КС.. **Вектор** – к ТБС. **7-8. ПК** на *внутренней* поверхности бедер, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева - левой кистью *по часовой стрелке*; 4-5 захватов, «черепицей» от паха до колена. **Вектор** – к паху. **8-9.** «Сдвигающая муфта» для правого, затем для левого бедра. **Вектор** – к паху.

Колени: ИП: (см. бедра). **1-2. ПК** на *внутренней* поверхности справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **3-4. ПК** на *передней* поверхности КС, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к паху. **5-6. ПК** на *наружной* поверхности

КС, справа – правой кистью *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к ТБС. **7-8.** В ИП сомкнутые пальцы кистей располагают в подколенных областях поперек так, чтобы ладони находились с наружной поверхности КС. **ПК** в подколенной области, справа – правой кистью - *против часовой стрелки*, слева – левой кистью - *по часовой стрелке*. **Вектор** – к ТБС.

Голень (правая): ИП лежа на спине, правая нога согнута в ТБС и КС с упором на пятку, левая нога выпрямлена. **1. ПК** *по часовой стрелке* левой кистью, ладонь которой расположена на *внутренней* поверхности правой голени, а пальцы - на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к внутренней лодыжке. **Вектор** – КС. **2. ПК** *против часовой стрелки* правой кистью, ладонь которой расположена на *наружной* поверхности правой голени, а пальцы – на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к наружной лодыжке. **Вектор** – КС.

Голень (левая): ИП лежа на спине, левая нога согнута в ТБС и КС с упором на пятку, правая нога выпрямлена. **1. ПК** *против часовой стрелки* правой кистью, ладонь которой расположена на *внутренней* поверхности КС, а пальцы - на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к внутренней лодыжке. **Вектор** – КС. **2. ПК** *по часовой стрелке* левой кистью, ладонь которой расположена на *наружной* поверхности КС, а пальцы – на передней; 4-5 захватов, последовательно, «черепицей», от КС к наружной лодыжке. **Вектор** – КС.

Голени (обязательный вариант). ИП: ноги согнуты в ТБС и КС, но одна голень остается на весу или пяткой упирается в другое колено. **1-2.** «Сдвигающая муфта» по коже правой, затем левой голени. **Вектор** – КС. Допустимо выполнять этот прием разгибанием КС, тогда «сдвигающая муфта» остается неподвижной. При этом может слышаться щелчок, что свидетельствует о полном объеме движений в КС.

Стопы: в ИП ахиллово сухожилие голени лежит на другом колене. **1-2. ПК** на пятке. На правой пятке – левой кистью *по часовой стрелке*, на левой пятке правой кистью - *против часовой стрелки*. **Вектор** – ахиллово сухожилие. **3-4. ПК** на подошвенной поверхности стопы. Справа – левой кистью, расположенной ладонью поперек свода стопы, *по часовой стрелке*. Слева – правой кистью, расположенной ладонью поперек свода стопы, *против часовой стрелки*. Один захват. **Вектор** – пятка. **5-6. ПК** на подошвенном основании пальцев правой стопы - левой кистью *по часовой стрелке*, слева - правой кистью - *против часовой стрелки*. Один захват. **Вектор** – пятка. **7-8. ПК** на тыльной поверхности стопы. Слева – правой кистью *против часовой стрелки*, Справа – левой кистью *по часовой стрелке*. Один захват. **Вектор** - голеностопный сустав.

Пальцы. ИП: то же (см. стопы). **Большие** пальцы дренируют «кольцом», образованным ногтем указательного пальца, который прижат к основной фаланге большого пальца рабочей кисти. **1-2.** Такое «кольцо» последовательно, начиная с кончика большого пальца стопы, «надевают» до его основания с частотой, указанной в первом абзаце Правил. Правой кистью дренируют большой палец левой стопы, левой кистью – большой палец правой стопы.

Другие пальцы массируют приёмом «змейка». Приём справа начинают левым указательным пальцем, ногтевая фаланга которого расположена своей передней поверхностью на подошвенной поверхности большого пальца правой стопы и упирается в первый межпальцевый промежуток. **3-4.** Скользящим подъёмом 3-ей и 2-ой фаланги указательного пальца вверх, огибают большой палец сверху, а затем опускают их, продвигая кончик указательного пальца по подошвенной поверхности 2-го пальца стопы - во 2-ой межпальцевый промежуток. Далее, таким же образом, поочередно огибают другие пальцы стопы. Приём аналогично повторяют на другой стопе.

Брюшное дыхание – 5 мин.

Примечание. Обозначения в тексте правил 1-2; 3-4; 5-6, говорят о том, что прием выполняют поочередно справа и слева.

Следует отметить, что каждый сеанс СРЛД желательно заканчивать отдыхом в положении лежа или сидя. Вы наверняка устали, ведь каждый сеанс требует физических усилий. Расслабьтесь, постарайтесь уловить ощущения в только что дренированных областях вашего тела. Будьте внимательными. Они обязательно есть, эти ощущения. Каждый воспринимает их по-разному. Опыт показывает, что одни чувствуют потепление, другие отмечают подобие покалываний, третьи «булькание» и т. п. Важно не пропустить это послевкусие, наладить внутренний диалог со своим телом, так называемую обратную связь.

Захотелось потянуться? Отлично! Расслабьтесь, потянитесь.

ЧАСТЬ VI

ИСТОРИЯ ЛИМФОЛОГИИ

(по Е. Vodder -у)

Этот раздел включен в текст самоучителя для того, чтобы читателю было понятно на какой научной базе построен метод МЛД по Е. Vodder. Каковы его истоки и корни, какие этапы развития прошла лимфология, как наука?

В 1978 году Е. Vodder написал предисловие к книге « Учебник мануального лимфодренажа по Dr.Vodder», авторы G. und H.Wittlinger.В этом предисловии по сути дела изложено видение истории начала, развития и перспективы науки о лимфе, о лимфатической системе, о ее анатомии и физиологии. Это история лимфологии глазами Е. Vodder!

Е. Vodder (1896-1986)

Доктор философии (1928). Автор оригинального метода профилактики и лечения - мануального лимфодренажа – VODDER MODUM (1936). Основоположник медицинской специальности - лимфология. Основатель Ассоциации лимфодренажа доктора VODDER (1967). Лауреат премии Rohrbach - медаль (1985).



Рис. 5 Emil Vodder и его жена Естрид

Е. Vodder (1896-1986), выдающийся лимфолог, основатель оригинального метода мануального лимфатического дренажа. Его видение истории лимфологии представляет несомненный интерес.

После короткой справки о научных заслугах Э. Фоддера следует текст предисловия с небольшими сокращениями, добавлениями, иллюстрациями и краткими справками к ним:

«Уже древне-греческие врачи знали часть лимфатической системы, а именно, *хилёзные сосуды* кишечника. **Герофил** (Herophilos) писал «О берущих начало от кишок сосудах, которые поступают не в ворота печени, а в известные - железистые тельца». Это были наши сегодняшние лимфатические узлы». [8]

Герофил (около 300 лет до н.э.) – основоположник александрийской медицинской школы. Первым вскрывал трупы человека. Врач и анатом.



Рис.6. Герофил (Herophilos)

«В средневековье анатомические исследования воспринимались как греховные; поэтому научные биологические открытия были невозможны. Напротив, Ренессанс принес богатый урожай больших открытий. Открывались многие анатомические школы. Например, - в Салерно, Болонье, Падуе, Монпелье, Париже, Лейдене, Копенгагене, Упсале. В 1662 году итальянец **Aselli** демонстрировал лимфатические сосуды кишки собаки. Он назвал их «Chyliferi» - блестящими молочными венами». [8]

«Транспорт лимфы активируется на периферии благодаря сокращениям лимфангионов, а в области главного лимфатического ствола прежде всего посредством изменений давления в брюшной и грудной полости». [8]

Gaspare Aselli (1581-1626)



Рис.7. Гаспаре Азелли

Профессор анатомии и хирургии университета в Падуе.. В 1622 году в брыжейке тонкой кишки собаки открыл млечные сосуды (lacteal) лимфатической системы. Открытие изложил в сочинении « De lactibus sive lacteis veni», опубликованном посмертно в 1627 году в Милане. «Шестью годами позже William Harvey в Лондоне опубликовал труд о своём выдающемся открытии: кровь находится в постоянном круговороте». [8]

«Кровеносные сосуды и лимфангионы располагают слоем гладкомышечных клеток, который имеет симпатическую иннервацию. МЛД с его симпатолитическим действием оказывает на эти сосуды детонирующий эффект, т. е. снимает сосудистые спазмы». [8]

Уильям Гарвей (1578-1657)

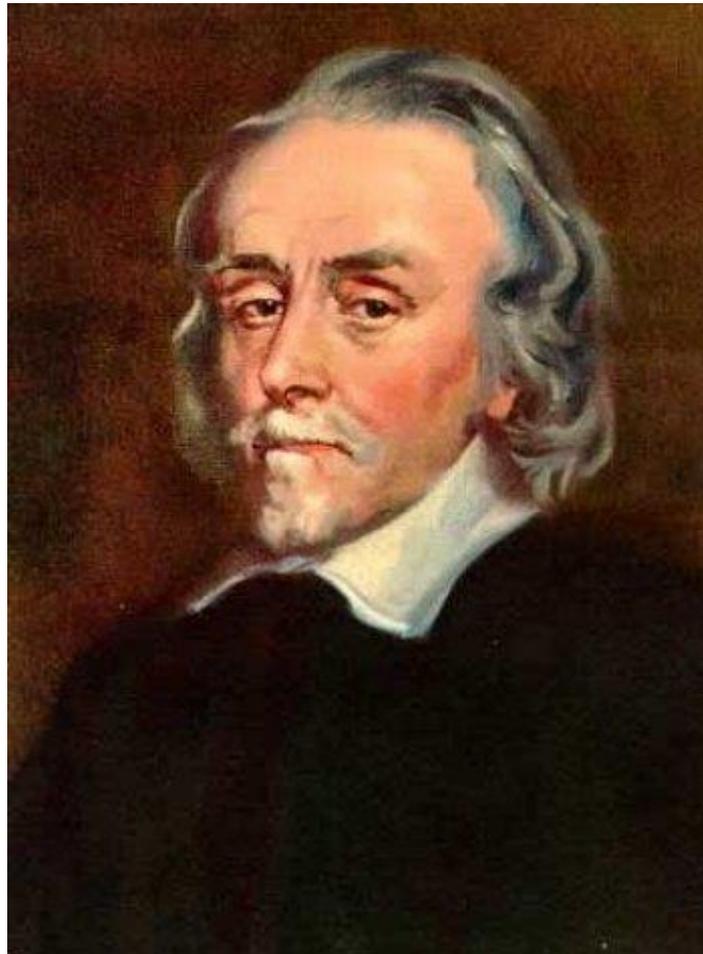


Рис. 8. Уильям Гарвей

Выдающийся врач, основатель современной физиологии и эмбриологии. В труде «Анатомическое исследование о движении сердца и крови у животных» (1628) описал большой и малый круг кровообращения. Измерив величину систолического объёма, частоты сердечных сокращений и общее количество крови в теле овцы, доказал, что за 2 минуты вся кровь проходит через сердце, а за 30 мин через него – количество крови, равное весу животного. Кровь, вопреки утверждениям Галена, возвращается по замкнутому циклу. Замкнутость обеспечивают капилляры, соединяющие

артерии и вены. Кредо: «**Кровь – зеркало организма**», «**Всё живое – из яйца**».

«Jean Pecquet (1647), а в Швеции Olof Rudbeck, универсальный гений, будучи студентами, нашли у собак «Ductus thoracicus» -грудной проток».
[8]

Пеке, Жан (1628-1674)



Рис.9. Жан Пеке

Врач-практик, анатом, ученый, педагог. Исследовал анатомию легких, природу зрения. В Монпелье открыл «ductus thoracicus» у собаки (1647) – «резервуар Пеке». Подтвердил теорию У. Гарвея о кровообращении. За инакомыслие был заключен в Бастилию. Находясь там, был избран членом Французской академии. Известен его труд «De Circulatione Sanguinis et Chyli Motu».

« В «Nova exercitatio anatomica » (1653) Olof Rudbeck назвал новые сосуды «vasa serosa» и описал как «Glandulae aquose» лимфатические узлы». [8]

«...под транспортом лимфы понимают её дальнейший транспорт по лимфатическим коллекторам через главные лимфатические стволы (например, Ductus thoracicus, Truncus intercostalis dexter et sinister). [8]

Улоф Рудбек (1630-1702)



Рис.10. Улоф Рудбек

Ученый, анатом, ботаник, атлантолог. Один из первооткрывателей лимфатической системы, «универсальный гений» (E.Vodder). Основал Theatrum anatomicum» в Упсале. В «Nova exercitatio anatomica» назвал новые сосуды – «vasa serosa» , а лимфоузлы – «glandulae aquosae». Систематик

живой природы (ботаника). Преподавал математику, физику, музыку. Думал, что Швеция – это Атлантида Платона.

«В июле 1637 года в университете Лейдена появился датчанин Thomas Bartholin. В Голландии сложились четыре благоприятных условия для естественно-научно-медицинской науки: именно здесь находились анатомический театр, библиотека, ботанический сад и больница. Тогда на Севере строились дома только для больных чумой и сумасшедших». [8]

Томас Бартолин - младший (1616-1680)



Рис.11. Томас Бартолин - младший

В Лейдене Бартолин изучал лимфатические сосуды «Asellis Lymphgefase», инъецированные «гуммиарабиком» и индиго, чтобы сделать их более наглядными и отчетливыми. В четырех статьях на латыни для своего короля Фридриха III, он, утверждал, что лимфатическая система явля-

ется системой очищения и дренажа (Uberrieselung). В работе «Vasa Lymphatica» он опубликовал своё открытие лимфатических сосудов в человеческом теле, как систему в целом (1652-1654).. Бартолин первым назвал эти сосуды «Vasa Lymphatica», а содержимое в них – лимфой (Lympha), светлой водой; по латыни - «limpidus», что значит светло, прозрачно». [8]

« Двадцатью годами позднее Johan Conrad Peyer из Шлафхаузена описал «пейеровы бляшки» в тонком кишечнике». [8]

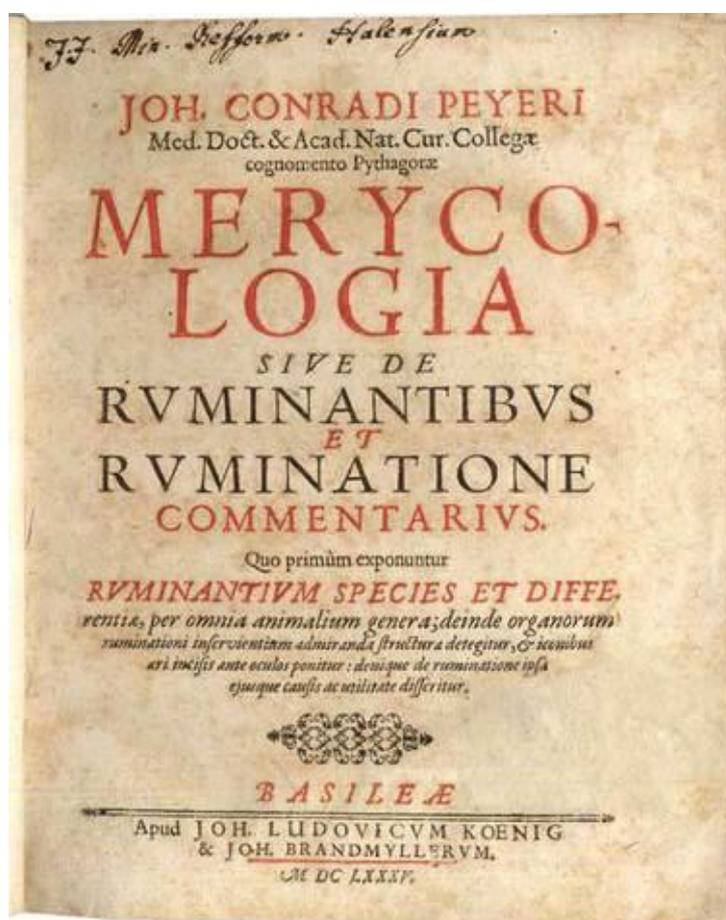


Рис.12. Титульный лист трактата И. Пейера

Иоганн Конрад Пейер (1653-1712)

Известный швейцарский анатом и врач. Изучал медицину в Париже у Гишара Д. Даверни (1648-1730), в Монпелье у Раймона Фиссена (1635-

1713). Получил степень доктора медицины в Базеле (1681). Затем практиковал в родном Шаффхаузене. В труде «Exercitatio anatomica medica de glandulis et affectionibus» первым описал анатомические структуры - лимфофолликулы в тонкой кишке - «Пейеровы бляшки» (1677). Автор работы по ветеринарии *Merucologia sive de Ruminantibus et Ruminati-one Commentariae*.

« Благодаря изучению выдающихся трудов Claude Bernard, Alexis Carrel и Cecil Drinker, лимфа как среда жизни воспринималась нами подобно непереходящей вездесущности». [8].

Клод Бернар (1813-1878)

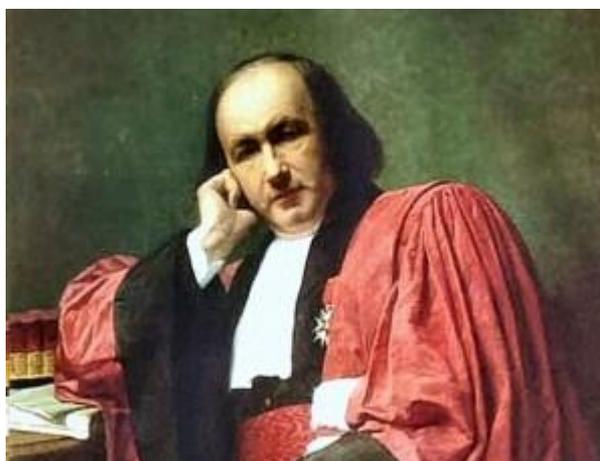


Рис.13. Клод Бернар

Клод Бернар – основоположник экспериментальной патологии, концепции гомеостаза, эндокринологии. **Альма-матер:** университет в Париже. Будучи интерном больницы Отель-Дьё, работал в *лаборатории* Колледж де Франс. Изучил механизмы выделения сока и переваривающие свойства слюны, роль желудочного и кишечного сока, а также – поджелудочной железы в переваривании жиров. **Создал** теорию сахарного диабета (**премия** академии наук Франции, 1853). Исследовал нервную регуляцию кровообращения, токсикологию *кураре и углекислоты*. В Парижской академии впервые зачитал труд П. В. Рудановского (в переводе) о методе

замораживания гистологических препаратов. Избранная библиография насчитывает **14** фундаментальных трудов К.Бернара (1854-1879), **4** из которых изданы в России (1866-1878)

Научный метод К. Бернара изложен во «Введении в изучение экспериментальной медицины» (СПб., 1878). Член-корреспондент Санкт-Петербургской академии наук (1860). Метод **Claude Bernard**, всё его творчество, во многом повлияло на *формирование кредо Е. Vodder: человек, как целое, представляет собой биологическое единство.*

Алексис Каррел (1873-1944)

французский хирург, биолог и патофизиолог



Рис.14. Алексис Каррел

Значение лимфатической системы как жизненной необходимости подтвердил **Alexis Carrel**, когда он в январе 1912 года получал Нобелевскую премию за исследование культур живых клеток. Он был основателем новейшей трансплантации органов. Тогда Е. Vodder был неизменно воодушевлен, он смог заглянуть в будущее! На своем классическом опыте с клетками куриного сердца **Alexis Carrel** показал, что эти

клетки могли жить вечно, если лимфатическая жидкость постоянно обновлялась. На основе этого открытия E.Vodder-у позднее удалось обособить **метод регенерации кожи**.

Создатель сосудистого шва. Основоположник трансплантологии (Нобелевская премия 1912). Успешно проводил аутотрансплантацию сосудов. Метод культивирования ткани из сердца куриного эмбриона переносами в свежую питательную среду. Линия клеток поддерживалась 24 года, пережив ученого. Почетный член АН СССР (1924-1927).

«Тем не менее, лишь в наше время возникла новая область, лимфология, как учение о лимфе и тканевой жидкости. Водная среда тела при этом должна рассматриваться как целое, в котором все части, органы, неразрывно связаны, как система органов. Эта «основная жидкость» будучи принципиально всюду, как нечто отличное от «условий окружающей среды», описана профессором **Hugo Grau** в инструктивном издании dr. Zilchs «Lymphsystem и Lymphatismus». Эта книга для всех, кто интересуется исследованиями лимфы и иммунологией, является настоящей сокровищницей (Мюнхен, 1963)». [8]

Hugo Grau (1899-1984)

Ученик Hermann Baum в институте ветеринарной анатомии Лейпцига. В 1933-1938 гг. помогал становлению высшего ветеринарного образования в Иране. В 1953-1964 гг. профессор анатомии, гистологии и естествознания в университете Мюнхена. Основатель Всемирной и Европейской Ассоциаций ветеринарной анатомии. Награжден Баварским орденом «За службу» (1965). Почетный доктор наук университета в Турине (1969).

«В 1933 биологические исследования были продолжены. Особое внимание мы уделили изучению анатомии и физиологии лимфатической

системы. Профессор **Rouviere** только что издал свой учебник «Анатомия лимфатической системы человека». Алексис Каррел так описал эту чудесную книгу»: «Человек – неизвестное существо» (Man the Unkown). И самое важное: в огромном атласе большого анатома **Phil. Sappey** мы нашли собрание прекрасных гравюр на меди, которое мы много раз использовали в наших курсах по лимфодренажу. (Phil. Sappey: Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques concideres chez l homme et de les vertebres. Paris 1885)». [8]

Paolo Mascagni (1752-1815)



Рис. 15. Паоло Масканьи

Яркий представитель классической морфологической школы лимфологии и выдающийся мастер-художник медных гравюр с анатомических препаратов лимфатических сосудов. Одна из первых научных работ П. Масканьи «Введение в исследование лимфатической системы, содержащее 24 таблицы инфолио» была опубликована в **1784** г. Для следующей публикации «*Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et ichonographia*» (**1787**) анатомические препараты готовил

сам П. Масканьи, а 41-ну медную гравюру художник-гравёр **Siro Santi**. Эта работа значительно опередила своё время. Она была высоко оценена научной общественностью. Автор был избран иностранным членом Шведской королевской Академии Наук. Монография хранится в Болонском университете и является самым дорогим анатомическим атласом.

M.Phil.C. Sappey (1810-1896)



Рис. 16. М.Ф.К. Саппе

Выдающийся французский анатом. Профессор кафедры анатомии Парижского университета (1868-1886). В 1862 году избран членом Национальной академии медицины, а затем Президентом в 1887 г. Ф. Саппе известен своими фундаментальными исследованиями лимфатической системы в сочетании описательной анатомии с гистологией.. Им издан анатомический атлас, который включал, в частности, детальное описание лимфатической дренажной системы кожи. Ему принадлежит метод определения и разграничения кожных лимфатических сосудов путём введения ртути в кожу трупа. Известны лимфатическое сплетение ареолы соска МЖ и вены вокруг пупка, названные его именем.

Работы Ф. Саппе по анатомии лимфатической системы человека продолжил А. Rouviere.

«В 1933 году мы переехали в Париж. Там мы продолжили изучение биологии. Профессор Rouviere только что издал свой учебник «Анатомия лимфатической системы человека». А. Карелл так назвал эту выдающуюся книгу: Человек – неизвестное существо (Незнакомец)». [8]

A. Rouviere (1876-1952)

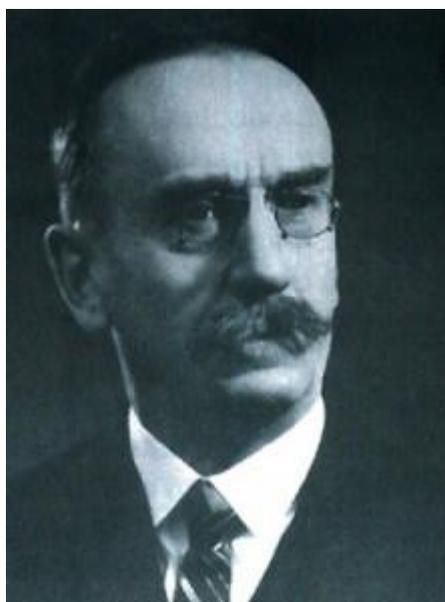


Рис. 17. Анри Рувьер

Известный французский ученый-анатом. Учился в Монпелье, получив докторскую степень в 1903 году. Позднее стал профессором анатомии и эмбриологии в Парижском университете. В 1932 году опубликовал учебник «Anatomie des Lymphatiques de l'Homme». Это исчерпывающая научная работа по систематизации лимфатических сосудов включает и классификацию лимфатических узлов и связанных с ними регионов оттока лимфы. Монография в 1938 году была переведена на английский язык. Широко известны его анатомические атласы. Его «Анатомия

лимфатической системы», как учебник был принят во многих медицинских школах. Многие анатомические экспонаты А. Рувьера хранятся в анатомическом музее Дельмас-Орфил-Рувьер (Париж). Один из лимфоузлов латеральной ретрофарингеальной группы у основания черепа носит имя А. Рувьера. В его честь назван медицинский колледж в городе Ле Блеймарн, родине ученого.

Max Josef Zilch

Известный немецкий ученый-лимфолог, доктор медицины, работал в Регенсбурге. Куратор и редактор уникального научно-практического сборника работ по лимфологии «Lymphsystem und Lymphatismus», изданного в Мюнхене (1963). В сборнике опубликовано семь его статей, в т.ч., предисловие и заключительная статья.

J.A.G. Fibiger (1867-1928)



Рис. 18. Я.А.Г. Фибигер

Известный датский ученый-онколог, микробиолог и патологоанатом. Ученик Р. Коха и Э. фон Беринга. В 1900-1905 г. г. – директор Института клинической бактериологии; с 1900 года – профессор патологии Копенгагенского университета. Научные работы Й. Фибигера прославили его имя в области экспериментальной онкологии. В 1912 году он при скармливании тараканов, зараженных личинками спироцеры (паразитического червя) обнаружил у подопытных крыс опухоли желудка (Нобелевская премия, 1926). E. Vodder работал в лаборатории Й. Фибигера в 1822-1924 г. г., где проводил свои биологические эксперименты. Именно там, у него впервые возникло понимание «значения окружающей среды в лимфообращении для жизни, болезни и смерти клеток». [8]

«Мы были весьма и твердо убеждены, что чудодейственные жизненные силы заключены в лимфатической жидкости. Несмотря на стремительные успехи биологических наук лимфатические тельца (лимфоциты) держали в тайне свои свойства до тех пор, когда в середине XX века наконец было открыто, что в большом ядре лимфоцитов совмещается жизнеспособное вещество, дезоксирибонуклеиновая кислота = ДНК, как принципиальная основа жизни всех клеток и во всяком случае, как носитель наследственных свойств» [8].

Модель пространственной структуры ДНК (двойная спираль) была открыта Д. Уотсон, Ф. Крик и М. Уилкинс в 1953 году.

«Когда иммунология снова смогла подтвердить, что лимфоциты отвечают за образование антител, как и за защиту против вирусов и инфекций, значение лимфатической системы достигло своей высшей точки. Интересно вспомнить о том, что один из первых исследователей лимфы в Америке, профессор **Cecil Drinker** 30 лет до этого, пророчески

сказал: «Лимфатическая система является наиважнейшей системой организма для жизни человека и животных». [8]

Cecil Drinker (1887-1956)

С. К. Дринкер - один из первых лимфологов Америки. Доктор MD (1913, университет в Пенсильвании). Исследования лимфатической системы в лаборатории Zoophysiology университета в Копенгагене (1926-1927) Профессор физиологии и декан медицинской школы в Гарварде (1923-1948). Пионер прикладной физиологии в промышленной гигиене и токсикологии, профилактической медицине. В 1939-1945 гг. проводил физиологические исследования для ВВС США (высотные очки и кислородные маски). Консультант многих фирм и ВМС США (1951-1953). Им опубликовано 250 статей, учебников и отчетов, в т.ч., учебник «Клиническая физиология легких». Основал журнал «Гигиена труда и Токсикология». Одним из главных направлений его научной деятельности до конца оставалась лимфология.

J.L Gowans

Известный британский врач-иммунолог сэр Д.Л. Гоуэнс родился в 1924 году. Окончил Королевский медицинский колледж в Лондоне 1947 году. Докторская степень присуждена в Оксфорде за работы по циркуляции лимфоцитов в крово-, лимфообращении. После чего стал профессором экспериментальной патологии в Оксфордском университете. Сделал важные открытия о роли лимфоцитов в иммунологических реакциях. Экспериментально доказал, что лимфоциты играют важную роль в реакциях «хозяин – трансплантат». Член Королевского общества (1963). Имеет несколько почетных докторских степеней. Удостоен междуна-

ной премии Gairdner Foundation (1968), премии П. Эрлиха и Л. Дармштедтера (1974), Королевской медали (1976), первой премии Medwar (1990).

Ему принадлежат слова: «Безусловно, что наша способность жить в окружающем мире, который полон враждебных микроорганизмов, зависит от силы большой армии лимфоцитов». [8]

D.R. Casley-Smith

Джон Ройл Кэсли-Смит, австралийский ученый-медик, родился в 1935 году. Доктор наук (1970). До 1959 года работал хирургом в Королевской больнице г. Аделаиды. Основные научные работы по электронной микроскопии лимфатических сосудов. Почетный доктор медицины (Collegium sanctus Spiritus, Vatican 1991). Член Международного общества по лимфологии (президент 1983-1985).

«Научными исследованиями Кэсли-Смит (Австралия) было показано, что обычные массажные приемы являются весьма сильными для дренажного воздействия в интерстиции и могут препятствовать эвакуации (застой лимфы)». Цитата E. Vodder [8].

Таковы основные вехи истории развития лимфологии в понимании E. Vodder-а. Излагая факты и этапы достижений лимфологии в историческом аспекте, учёный передает личное отношение к ним, дыхание истории. Кратко или пространно описывая новые поступы лимфологии, E. Vodder связывает их с конкретным временем, социальной и политической жизнью общества и уровнем научно-технической мысли. Становится понятным, что лимфология, как часть естествознания, как биологическая наука, выросла из начал анатомии и физиологии, в том числе кровообращения. Полновесная оценка физиологической значимо-

сти лимфатической системы не только как «мусоропровода», а как важнейшей системы в организме, основано на научных успехах биологии, анатомии, физиологии, биохимии и иммунологии.

ЧАСТЬ VII

ЛИМФОДРЕНАЖ – НОВЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ МЕТОД НА СЛУЖБЕ КРАСОТЫ

Публикация о мануальном дренаже по E. Vodder, оригинальная работа доктора E. Vodder, 1936, Париж. [8] Перевод Вавилова М.П.

«Красота лица

Поэт назвал глаза зеркалом души – в новейшей гигиене тела можно было бы назвать лицо зеркалом здоровья. Именно лицо отражает не только наши чувства, наше хорошее настроение (или наши страдания), наш характер; оно раскрывает так же состояние нашего здоровья, наше душевное и телесное равновесие или дисбаланс.

Лицо больше, чем тело подвержено воздействию погоды, ветра, дождя и колебаниям температуры.

Лицо «живёт» больше, чем тело, оно «не защищено». Так если прекрасным утром в вашем лице появляются первые признаки быстротечности бытия – пройдёт еще много времени, пока постареет само тело. И с этим шоком начинается бесконечная попытка желания сохранить красоту и блеск молодости.

Вместе с тем, не удивительно, что издавна заботятся об улучшении и приукрашивании лица – это так же не удивительно, что женщина, которая видит ускользание своей молодости, затрачивает своё время и свои деньги,

чтобы остановить уходящие годы. Удастся ли ей это? Это зависит от того, во что она инвестирует свои деньги и время.

К сожалению, имеется бесчисленное множество шарлатанов, чьи карманы бездонно глубоки. Ежедневно расходуются немыслимые суммы на бесполезные продукты ухода и украшения.

И этого также недостаточно – для этого нужно пояснить, как скрывать недостатки лица – как у больного, которого думают вылечить от его болезни, в которой он устраняет боль таблетками. Этого также достаточно мало, как и наносить на увядшее лицо омолаживающий крем. Ведь сейчас большинство средств для ухода за красотой только косметика для фасада. Это значит, что лицо нельзя изменить поверхностным лечением. Пилинг, «очищение кожи» химическими продуктами, как и известные косметические попытки разглаживания морщин и уплотнений кожи, только трюк, их действие продолжается недолго, потому что недуг не схвачен в корне.

Неизбежна ли старость?

Если мир постоянно развивается, почему и мы не можем использовать достижения прогресса? Отчего мы не можем сохранить вечную молодость? Ведь быть таким красивым, юным, гибким, сиять красотой и жизнелюбием – молодым и здоровым людям удается просто всё! Отчего же природа нас так старит?

Чтобы найти ответ на этот вопрос, мы отправляемся в познавательное путешествие по удивительному миру нашего тела.

Система кровеносных сосудов

Мы начинаем наш ознакомительный экскурс в сердце собственно – и точнее в транспортном судёнышке, который мы называем «белым кровяным тельцем». На этом пути, который образует нашу кровеносную сосуди-

стую сеть, мы можем вблизи увидеть - вдоль течения - жизнь отдельных производственных цехов (организма).

Сначала нас окружает огромное число маленьких лодочек: красные кровяные тельца, которые нагружены кислородом, топливом для деятельности всех клеток. Вода в нашем русле называется плазмой и имеет желтоватую окраску. Она содержит питательные вещества и отходы. Каждый удар сердца посылает наше маленькое суденышко – в невообразимо короткое время 23 секунды – через всю кровеносную сеть (артерии, капилляры, вены), прежде чем снова достигнуть сердца.

Система лимфатических сосудов

Эта область раньше была мало известна широкой публике – если это говорится о кругообороте, то всегда думают только о кровообращении.

Итак, что это - новая система?

Ничуть, ибо лимфатическая система – это начало начал жизни; так как лимфа является питательной жидкостью для самого раннего сообщества клеток – такого же, как и живой дворец из миллиарда клеток, которым является совершенный человеческий организм.

Во всяком случае, эта система была впервые открыта относительно поздно. Из ученых 17 столетия, которые занимались лимфатической жидкостью, следует выделить двух: Ресquet, который (1647) открыл названную после него *Cisterna chyli*, и датчанина *Bartolin*, который тремя годами позже открыл лимфатические сосуды.

Мы живем в лимфе, клетки наших тканей омываются лимфой, она снабжает нас жизненно необходимыми питательными веществами, в которых нуждается тело для своего восстановления.

Если мы продолжаем наше путешествие, то мы видим как зависят юность, жизнь и смерть от лимфы и её обновления.

Между тем, наше судно покинуло капилляры, через маленькие тайные дверцы – таким образом и способом мы можем познать различия между двумя системами кругообращения.

Лимфа это белесоватая жидкость, течение которой происходит в лимфатических канальцах, мы скользим в них спокойно, потому что здесь нет волн, исходящих от сердца, которые сопровождают нас секундными толчками. Не смотря на это, мы продвигаемся с помощью полностью продуманной системы клапанов, что препятствует обратному течению вспять. Мы проезжаем тысячи шлюзов, пока не достигаем большого озера серозных полостей. Таким образом, мы можем осмотреть все регионы тела от головы до пят, например, глазные камеры, ушной лабиринт, мембраны головного и костного мозга, плевру и т. д.. Мы наталкиваемся на области переполнения (отёки и инфильтраты) и сухие зоны, где жизненные функции протекают медленнее, где клетки дегенерируют, поскольку там когда то была лимфа, источник их обновления.

Поэтому лимфатическая система представляется как тип системы сточных вод, которая удаляет отходы, возникающие в процессе работы клеток и транспортирует их к органам, где их ликвидируют, - к лимфатическим узлам.

Лимфатические узлы

При этом речь идет о фильтрах, задача которых: захватить и разрушить вредные и токсичные вещества, а также бактерии. Лимфоузлы состоят из аденоидной ткани и непрерывно, как селезенка и нёбные миндалины, производят белые кровяные тельца для защиты тела от интервенции и отравлений. Эта деятельность усиливается во время инфекционных забо-

леваний. Итак, что происходит в лимфатической системе при инфекции (как, например, при тяжёлом насморке)? Мы переживаем сражение. На проникновение бактерий в носу организм реагирует широким объединением войск, всей системой безопасности. Слизистая набухает, лимфатические сосуды и лимфоузлы утолщаются, белые кровяные тельца уничтожают бактерии и выбрасывают их – борьба в целом прекращается в лимфоузлах, которые можно сравнить с крепостями. Всё это увлечённо наблюдали под микроскопом, и это побудило Claude Bernard к следующему утверждению: «Не бактерии сами по себе имеют решающее значение, но прежде всего окружающая среда».

Мы ясно должны представлять себе, что плохая циркуляция лимфы снижает наши защитные силы и вместе с тем открывает - путь любой инфекции, как например, катаральным явлениям в носу, хроническому насморку, синуситу, болям горле, ангине и др.

К сожалению, развивается такое состояние «засорения», которое приводило к ухудшению и застою лимфатической жидкости, а так же отрицательно влияло на весь облик и вместе с тем, как глубокая причина – на ряд утрат внешнего вида как, например, отёчность, покраснение, припухание, слезные мешки, прыщи, коупероз и т. д.

Стало быть, застой лимфатической жидкости имеет катастрофические последствия для здоровья и красоты. Нужно любой ценой привести в действие лимфообращение. Это достигается с помощью мануального лимфодренажа, который приводит к очищению лимфы и уменьшению отека слизистой и вместе с тем устраняет причину болезни.

Естественное возрождение кожи через лимфодренаж

Прежде чем возвратиться к сердцу, мы закончим наше научное путешествие исследованием кожи.

Мы видим, что клетки кожи изнашиваются, но благодаря процессу, который называется митозом, постоянно пополняются юными клетками.

Мы увидели, как с помощью осмоса, необходимое для жизни питание покидает кровь, проходит в лимфу и так добирается до клеток. Допустим, этот обмен может не состояться, лимфатические сосуды закупориваются застойной, старой лимфой; кровь понапрасну протекает мимо тех маленьких тайных дверцей и уносит питательные вещества в другое место. Так организм отравляется своими собственными отходами.

Во время моей биологической научно-исследовательской работы в лаборатории г. Копенгагена (1922-1924), под руководством известного онколога проф. Фибигера, мне неожиданно стало ясно значение окружающей среды в круговороте лимфы для жизни, болезни и смерти клеток. Я отчетливо понял, как вечная молодость клеток зависит от этой жидкости (лимфы).

Эксперименты доктора Carrel поддержали эту мою теорию. Ему удалось, обеспечить жизнь эмбриональных клеток в течение более 10 лет, в то время, как нормальная продолжительность жизни животных составляла только 4-5 лет. И это стало возможным благодаря лимфатической окружающей среде, которая обновлялась каждые 2 дня.

Закключение: Если окружающая среда и деятельность клеток застаивается, затем и клетка дегенерирует, стареет и погибает. Если окружающая среда постоянно обновляется, жизнь расцветает, клетки делятся: потом морщинистая и дряблая кожа может восстановиться, она станет свежей и эластичной, явления изнашивания на лице исчезнут, наступит настоящий метаморфоз, естественное восстановление, которое исходит от них (клеток).

И так, на этих фактах базируется наш новый лечебный метод.

Лимфодренаж

После многих лет клинического опыта и научного исследования, удалось создать рациональный лечебный метод, который делает возможным обновление лимфы, активацию циркуляции, стимуляцию жизнедеятельности клеток и восстановление тканей лица.

Лимфодренаж является здоровым, естественным и безболезненным и абсолютно действенным методом, который даёт новую основу жизни, здоровью и красоте». [8]

Литература

1. М.П. Вавилов // Мануальная терапия пострадиационно- мастэктомического синдрома (ред. Е.В. Кижаяев). – М. – МЕДПРАКТИКА-М.- 2006.- 92 с.
2. И.А. Ибадуллин //Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы.- Казань.- 2000.- 307 с.
3. В.С. Макарова, Ю.Е. Выренков // Комплексная физическая противоотечная терапия в лечении лимфедем. Медицинская технология. – АНО «Лимфа».- М.- 2014.- 119 с.
4. J. Burt & G. White // Lymphedema, 2 edition, 2005, Hunter House Inc., s. 73-84
5. M. Foldi., R. Strosserreuter // Foundations of manual lymphdrainage. St. Louis: Elsevier Mosby. - 2005.
6. <http://школа> -лимфодренажа. рф
7. D. Serven-Schreiber //Anticancer. 496 s.
8. H. Wittlinger, D. Wittlinger, A. Wittlinger, M. Wittlinger // Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder.- Thieme.- Stuttgart . New York.- 154 s.
9. www. gerontolog. Info.

ОБ АВТОРЕ

Вавилов Маркс Петрович



-
- Врач-терапевт, профессор, доктор медицинских наук, имеет 65-летний практический опыт лечебной работы. Около 50 лет успешно работает в РМАНПО .
- Автор более 140 печатных научных работ, 6 - ти свидетельств на изобретения и 3 - ех патентов РФ, соавтор 2 учебников и более 20 учебно-методических пособий.
- С 2000 года работает в клинике РМАНПО, где под руководством профессора Кижяева Е.В. разработал новое направление в реабилитации больных раком молочной железы, основанное на широком использовании мануальной диагностики и приёмов мануальной медицины.
- Им впервые обнаружена рёберная патология и сдавление сосудисто-нервного пучка в области верхней апертуры грудной клетки при постраддиационно-мастэктомическом синдроме.
- По этой проблеме им опубликовано более 50 научных работ, 2 патента и 5 инструкций для ранней реабилитации больных раком молочной железы.

Научные печатные работы по реабилитации больных РМЖ

1) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Жмаева Е.М. Дискуссионные аспекты диагностики и лечения постмастэктомиического синдрома (ПМЭС) // сб.: «Успехи теоретической и клинической медицины».- РМАПО.- М.- 2003.- 125-127).

2) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Белолопотко Е.А. Реабилитация онкологических больных после мастэктомии. //сб. «Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы 4-ой научно-практической конференции г. Москвы и Московской области.- изд. «ИКАР».- М.- 2003.- 226.

3) Меньшакова Е.С., Вавилов М.П., Сахно Ю.Ф. Рентгеновская и ультразвуковая маммография как основные инструментальные методы диагностики патологии молочных желез //Вестник последипломного медицинского образования.- 2003.- 4.- 46-49.

4) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В. Постмастэктомиический синдром и мануальная терапия. // сб.: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции.- М.- 2003.- 321-323.

5) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Мартыненко А.В. Способ лечения постмастэктомиического синдрома. Патент РФ №2218142.- Государственный Реестр изобретений России 10.12.2003 г. с приоритетом от 28.03.2002 г.

6) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Мартыненко А.В. Описание изобретения «Способ лечения постмастэктомиического синдрома» //Бюллетень «Изобретения, полезные модели РФ».- № 34.- 400.

7) Вавилов М.П., Павлова Е.С. Сравнительный анализ рентгеновской и ультразвуковой маммографии при диагностике патологических изменений молочных желез. // сб.: Материалы

Всероссийского научного форума «Достижения и перспективы современной лучевой диагностики».- М.- «МЕДЭкспо».- 2004.- 35-36.

8) Павлова Е.С., Берестень Н.Ф., Вавилов М.П. Ультразвуковая и рентгеновская маммография в диагностике очаговых образований молочных желез. // сб. Трудов, посвященных 100-летию ЦКБ святого Алексия.- М.- 2004.- 60-61.

9) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Новое в реабилитации онкологических больных после мастэктомии //Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ (Минск, 25-28 мая 2004 г.).- Минск.- ОДО «ТОНПИК».- 2004.- часть 1.- с. 359.

10) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н., Мартыненко А.В., Суслина Е.Н.. Постмастэктомический синдром (принципы диагностики, профилактики и лечения). //Методические рекомендации МЗ РФ.- М.- 2005.- 20 с.

11) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Пострадиационно-мастэктомический синдром (о правомочности уточнения терминологии) // Российские медицинские вести.- М.- 2005.- № 3.- с. 67-69.

12) Вавилов М.П., Гойденко В.С., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Концепция сдавления верхней апертуры грудной клетки в мануальной диагностике и лечении пострадиационно-мастэктомического синдрома //Рефлексология.- М.- 2005.-№ 4 (8).- 5-8 .

13) Вавилов М.П. «Мануальная терапия пострадиационно-мастэктомического синдрома» (монография) под ред. Кижаяева Е.В. .- М.- «Медпрактика – М».- 2005.- 93 с.

14) Вавилов М.П., Гойденко В.С., Кусевич М.Н. Использование дуплексного сканирования для диагностики синдрома сдавления верхней апертуры грудной клетки. // кн.: Материалы Международного юбилейного конгресса «Рефлексотерпия и мануальная терапия в XXI веке».- М.- 2005.- 82.

15) Вавилов М.П.. Аллергологический анамнез больных раком молочной железы. // сб.: Российская научно-практическая конференция «Применение современных технологий в диагностике и лечении рака молочной железы».- М.- 2006.- МНИОИ им. П.А. Герцена.- 7-8.

16) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кириенко С.Л., Кусевич М.Н. и др. Лимфорея после радикальной мастэктомии: связь с антропометрическими и другими показателями. // сб.: Там же.- 85-86.

17) Вавилов М.П., Кириенко С.Л., Мартыненко А.В. Определение процентного содержания жира в организме: сопоставимость и клиническая значимость. // Российские медицинские вести.- 2007.- том XII.- № 1.-40-44.

17) Вавилов М.П., Клясов А.В., Тарануха В.К. Периферические отеки как побочное действие лекарственных веществ. // сб.: Материалы XIV Российского национального конгресса «Человек и лекарство» 16-20. 04.07 г.- 68-69.

18) Вавилов М.П. Постмастэктомическая лимфорея: связь с биологическими параметрами организма. //Вестник лимфологии.- М.- 2007.- № 2.- 23-26.

19) Вавилов М.П., Гойденко В.С., Кусевич М.Н. Мануальная диагностика сдавления верхней апертуры грудной клетки после радикального лечения рака молочной железы. // Рефлексология.- М.- 2007.- № 3-4.- (15-16).- 40-42.

20) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Постмастэктомическая лимфорея: влияние облучения. // сб.: Российская научно-практическая конференция «Высокие технологии в диагностике и лечении рака молочной железы».- М.- 2007.- 74-75.

21) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Дуплексное сканирование в диагностике и оценке эффективности лечения больных с пост-

радиационно-мастэктомическим синдромом. // сб.: XI Российский онкологический конгресс.- М.- 2007.- 157.

22) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Пострадиационно-мастэктомический синдром: аспекты доказательной медицины. //Опухоли женской репродуктивной системы.- М.- 2008.- № 2.- 7-11.

23) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Патология ребер после мастэктомии. // сб.: Материалы I Международной конференции «Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия молочной железы» 20-21.06.08 г.- СПб.- 13-14.

24) Вавилов М.П. Количество лимфоузлов по результатам биопсии: клиничко-морфологические сопоставления после мастэктомии и подмышечной диссекции. //Вестник лимфологии.- М.- 2008.- № 2.- 22-23.

25) Вавилов М.П., Мартыненко А.В. Пятый (травматический) тип лимфатического отека после радикального лечения рака молочной железы. // Вестник лимфологии.- М.- 2009.- № 2.- 20-25.

26) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В, Мартыненко А.В., Поляков О.И. Способ электротерапии при различных заболеваниях и патологических состояниях. Патент РФ № 2365388 - Государственный Реестр изобретений РФ 27.08.2009 г. с приоритетом от 07 июля 2006 г.

27) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В, Мартыненко А.В., Поляков О.И. Описание изобретения № 2365388 «Способ электротерапии при различных заболеваниях и патологических состояниях». //Бюллетень «Изобретения, полезные модели РФ».- № 24.- 8 с.

28) Вавилов М.П., Мартыненко А.В. Патология ребер после радикального лечения рака молочной железы. // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /Онкогинекология.- М.- 2010.- № 4.- 10-14.

29) Вавилов М. П., Кижаяев Е.В., Мартыненко А.В. Лимфедема руки после лучевой терапии. // сб: Материалы IV Всероссийского нацио-

нального конгресса лучевых диагностов и лучевых терапевтов «Медицинская визуализация. Радиология».- М.- 2010.- 77.

30) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Мартыненко А.В., Усов А.В. Самопроизвольное разрешение пострadiационного лимфатического отека верхней конечности. //Вестник лимфологии.- М.- 2010.- № 4.- с. 46-47.

31) Вавилов М. П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н., Мартыненко А.В. Ранняя реабилитация после мастэктомии: постизометрическая релаксация. // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /Онкогинекология.- М.- 2011.- № 3.- 33-37.

32) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В, Мартыненко А.В., Поляков О.И. «Способ электротерапии при различных заболеваниях и патологических состояниях». // Медицинская технология.- Роспотребнадзор. ФБ 96.- М.- 2012.- 20 с.

33) Вавилов М,П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Ранняя реабилитация больных раком молочной железы: функциональная патология мышц и верхних ребер. //сб.: Материалы мультидисциплинарного форума по лечению рака молочной железы.- СПб.- 2013.- 11-12.

34) Вавилов М,П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Ранняя реабилитация больных раком молочной железы: постмастэктомическая брахиоплексопатия. //сб.: Материалы мультидисциплинарного форума по лечению рака молочной железы.- СПб.- 2013.- 10-11.

35) Вавилов М,П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Ранняя реабилитация больных раком молочной железы: лимфовенозная патология. //сб.: Материалы мультидисциплинарного форума по лечению рака молочной железы.- СПб.- 2013.- 9-10.

36) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Кусевич М.Н. Патогенетические основы профилактики и лечения ранних лимфатических отеков после мастэктомии. //Вестник лимфологии.- 2013.- № 2.- 9.

37) Вавилов М.П. Самостоятельный ручной лимфодренаж. //Вестник лимфологии.- 2013.- № 2.- 14.

38) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В., Козеев С.Ф., Тетерин К.А. Материалы к прогнозированию лимфореи. // Вестник лимфологии.- 2013.- № 2.- 32.

39) Вавилов М.П., Головенкина И.В., Кижаяев Е.В., Козеев С.Ф., Тетерин К.А. Особенности лучевой лимфедемы при инфильтративно-отечном раке молочной железы // Евразийский онкологический журнал.- М.- 2014.- № 3 (03).- 249.

40) Вавилов М.П., Головенкина И.В., Кижаяев Е.В., Козеев С.Ф., Тетерин К.А. Редкий случай лучевого отека при инфильтративно-отечном раке молочной железы //Вестник лимфологии.- 2014.- № 1.- 35-39

41) Вавилов М.П., Кижаяев Ю.Е., Козеев С.Ф. Прогностическое значение числа лимфатических узлов после мастэктомии с подмышечной лимфодиссекцией. //Вестник лимфологии.- 2014.- № 2.- 14-17.

42) Вавилов М.П., Кижаяев Ю.Е., Козеев С.Ф. Значение числа лимфатических узлов для прогноза лимфедемы руки после мастэктомии и подмышечной лимфодиссекции.//Сборник материалов съезда. V съезд лимфологов России. 3 международная научно-практическая конференция клинических лимфологов «Лимфа - 2014» 19-20.11. 2014.- М.- 2014.- 159-160.

43) Коршикова Ю.И., Вавилов М.П., Кудрявцева Е.Б., Головенкина И.В. Нестабильность гематологических показателей и характера адаптационных реакций: показания к фитотерапии в онкологии.- //Традиционная медицина. - М.- 2015 .- № 1 (40).- 52-58.

44) Вавилов М.П., Кижаяев Ю.Е., Козеев С.Ф., Хакимов. Материалы III конгресса онкологов Узбекистана.- Ташкент.- 2015.- 218.

45) Вавилов М.П. Опыт психотерапевтических бесед с онкологическими больными. //Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и

психологии - грани соприкосновения - междисциплинарная интеграция для поиска решений. Материалы второй научно-практической конференции с международным участием «II Дроздовские чтения» 7-8 декабря 2015.- 47.

46)) Вавилов М П Клинические формы лимфедемы после мастэктомии (МЭ) // Исследования и практика в медицине (научно-практический журнал), спецвыпуск.- май 2016.- с. 52.

47) Вавилов М.П. Реабилитация после мастэктомии: деблокирование верхних ребер. // Исследования и практика в медицине (научно-практический журнал), спецвыпуск. – 2017.- 38.

48) Вавилов М.П., Кусевич М.Н., Кижаяев Ю.Е. Венозная патология после мастэктомии.// Труды 23 Всероссийского конгресса сердечно-сосудистых хирургов.- М.- 2017.- 114.

49) Вавилов М.П., Кижаяев Е.В. Самостоятельный лимфодренаж после мастэктомии. //ЛИМФНА Лимфология сегодня (исследования, новости).- М.- 2017.- ноябрь.- № 4.- 31.

50) Вавилов М.П., Фишер Л.Н. П. Масканьи (1752-1815) и классическая морфологическая школа в лимфологии. //ЛИМФНА Лимфология сегодня (исследования, новости).- М.- 2018.- октябрь.- № 3 (7).- 12-13.

51) Вавилов М.П. Лимфатический массаж (по материалам 8 главы книги «Лимфедема», авторы Дженни Берт и Гвен Уайт.- 2 изд.- 2005.- Хантер Хаус. Инк.)- перевод, адаптация и редакция.- //ЛИМФНА Лимфология сегодня (исследования, новости).- М.- 2018.- октябрь.- №3 (7).- 117- 120.

52) Вавилов М.П. Прикосновение к сокровищу (к 55-летию издания «Lymphsystem und Lymphatismus») // ЛИМФА 2019. Сборник тезисов к Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием.- М.- 2019.- 20-21.

Школа само-лимфодренажа

Школа обучения методу самостоятельного ручного лимфо-дренажа пациентов с лимфатическим отёком после операций на молочной железе и малом тазу открыта в клинике Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (Москва, 2-ой Боткинский проезд, 7, стр.1). Занятия проводит профессор Вавилов М.П.

Метод основан на мануальной и неврологической диагностике плече-лопаточного региона, шейно-грудного отдела позвоночника и верхних рёбер, а также на способах лечения мануальной медицины (постизометрическая релаксация мышц с дыхательной и глагодвигательной синкинезией). Метод включает диагностику послеоперационного отёка, времени появления первых признаков, динамику развития, характер течения и степени тяжести и др. Обязательный элемент – обучение пациентов технике лимфодренажа.

Обучение позволяет пациентам самостоятельно предупреждать, контролировать, стабилизировать и купировать отёк. В обучении используются специально разработанные инструкции и литература вместе с рекомендациями по антигравитационной элевации, по лекарственной терапии вено- и лимфопротекторами, по подбору и примерке компрессионного трикотажа, по уходу за кожей, по лечебной физкультуре.

Обучение платное по официальному договору.

Отзывы, замечания, предложения и пожелания направлять:

E-mail: marx.vavilov@mail.ru

<http://школа-лимфодренажа.рф>

