

Piotr Szczotka

Dynamiczny Masaż

Antycellulit

Masaż w terapii cellulit i modelowaniu sylwetki



DYNAMICZNY
MASAŻ ANTYCELLULIT

Piotr Szczotka

DYNAMICZNY MASAŻ ANTYCELLULIT

MASAŻ W TERAPII CELLULIT
I MODELOWANIU SYLWETKI



POZNAŃ 2008

© Copyright by Piotr Szczotka 2008

Uwaga, rozdział © Dynamiczny Masaż Antycellulit – jest jednocześnie rozdziałem książki, jak i autorskim materiałem szkoleniowym, stanowiącym program zastrzeżony dla celów szkoleniowych przez Instytut Bodywork – dalej przez Piotra Szczotkę. Służą nauce i wykonywaniu masażu według powyższego opracowania. Osoby wykonujące masaż według pełnego opracowania © Dynamicznego Masażu Antycellulit posiadają stosowany certyfikat.

Redakcja techniczna

Marek Maciołek

Okladka i opracowanie graficzne

Mariusz Soltysiak

ISBN 978-83-926826-0-8

Instytut Bodywork Szczotka & Mięła
ul. Naramowicka 180 D/8, 61-611 Poznań
tel. + 48 605 344 853, 605 787 834

Wydanie I

Druk i oprawa: M-DRUK, Zakład Poligraficzno-Wydawniczy, Wągrowiec

Słowo wstępne

Kiedy wydaliśmy książkę *Masaż twarzy w medycynie estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyce*, czytelnicy spodziewali się zapewne prostych, gotowych odpowiedzi dotyczących postępowania w masażu we wspomnianych poszczególnych dyscyplinach. Z korespondencji i bezpośrednich relacji wiemy, iż rzecz jasna książka dotarła przede wszystkim do tych, którzy dosyć głęboko i w praktyce zajmują się masażem. Dla innych była powodem do zastanowienia się co w ogóle wiemy na temat masażu, jakie są nasze wyobrażenia, a jakie standardy w przypadku profesjonalnego masażu. Wspomniana publikacja była częścią projektu: **kliniczne zastosowanie masażu w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej**, w pewien sposób podsumowująca projekt, a nie traktująca masaż w sposób podręcznikowy.

Część wniosków zostało przedstawionych w ubiegłych latach gronu lekarskiemu na międzynarodowych kongresach medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej w Warszawie, Krakowie oraz Polanicy Zdroju. Wystąpienia były rezultatem kilkuletniej współpracy z lekarzami, ale z drugiej strony przyczyniły się także do szerszego zainteresowania tematem następnymi lekarzy.

Kolejna publikacja którą oddajemy w państwa ręce jest także związana z wspomnianym projektem, dotyczy jednak wielu aspektów masażu od strony bardziej praktycznej. Poruszane tematy to różnicowanie masażu w terapii cellulit, modelowanie miejsc problemowych ale także profilaktyka obrzęków. Dodatkowe artykuły dotyczą masażu w rewitalizacji po porodzie i masażu w chirurgii plastycznej w okresie okołoperacyjnym.

Najważniejsze jest jednak ukazanie znaczenia, efektywności masażu zarówno jako skutecznego zabiegu wykonywanego indywidualnie, jak i uzupełniającego inne terapie.

Obecna książka napisana jest z bardziej praktycznego punktu widzenia i kierowana do większej części odbiorców, praktykujących w różnym stopniu masaż oraz jako informacja dla lekarzy. Znajdują się w niej informacje oczywiste, sposoby, metody, techniki masażu praktykowane od lat, ale także część własnych doświadczeń opisanych jako autorskie opracowanie (patrz rozdział DMA).

Dla praktyka i propagatora masażu i metod pracy z ciałem (*body work*) pamiętne są chwile sukcesów w efektywnej praktyce zawodowej i w promowaniu masażu. Bywają oczywiście także chwile trudne, kiedy po prostu nie jesteśmy w stanie sprostać (najczęściej podsycanym medialnie) oczekiwaniom i wyobrażeniom o masażu naszych pacjentek i pacjentów.

Są jednak chwile dające głęboko do myślenia, powodując zwrot w naszej praktyce, otwarcie się na nowe rozwiązania. Na samym wstępie chciałbym podzielić się z czytelnikami krótkim fragmentem rozmowy z lekarzem. Miało to miejsce po symposium w Polanicy Zdroju. Ufam, że uda się przekazać sens tej rozmowy i będzie ona powodem do zastanowienia się także nad państwem praktyką.

– Panie Piotrze, słuchałem wypowiedzi i wniosków dotyczących masażu na dwóch ostatnich kongresach. Zainteresowały mnie. Wie pan, lekarze zdają sobie sprawę z faktu, że zwłaszcza po operacjach taka współpraca jest niezbędna, chociażby w celu przyśpieszenia zmniejszenia obrzęków i przeciwdziałaniu zwłóknieniom. (...) Osobiście jestem przekonany, że są także takie sytuacje, kiedy my, lekarze, jesteśmy bezradni, a masaż czy fizjoterapia może dużo więcej. Wierzę, że sam masaż jest jednym z najefektywniejszych fizykalnych zabiegów w profilaktyce i medycynie estetycznej, jest jednak jeden problem.

– *Jaki problem?*

– Widzi pan, chodzi o procedury i protokoły medycznej. Na co dzień często wspomagamy nasze działania aparaturą do fizykoterapii, urządzeniami do masażu i wiemy, na jakie standardy i oczekiwane rezultaty możemy liczyć. Można założyć, iż przeciętnie wykonywany zabieg przyniesie przeciętne efekty. Może nie będą spektakularne, ale będą.

– *Sam masaż daje dodatkowo możliwości diagnostyczne, których nie ma aparatura, ponadto możemy różnicować masaż zależnie od potrzeb.*

– Tak zgadza się, ale wie pan czasem są tak diametralne różnice w zakresie wykonywanych masaży, że lekarze i przede wszystkim pacjenci nie wiedzą co o tym myśleć. Na przykład jedna pacjentka idzie na tzw. zabieg antycellulitowy i wykonują jej skutecznie manualny drenaż limfatyczny. Druga natomiast wraca po innym masażu z siniakami i popękkanymi naczynkami!

– *To fakt, może problem w tym, że pokutuje ciągle tkwiące w społeczeństwie dziwne przekonanie o skuteczności jedynie siłowych, czasem i bolesnych zabiegów?*

– *Może, ale jak to się ma do procedur? (...)*

Podczas wyjazdów i korespondencji z terapeutami zagranicą Włochy, Niemcy, Dania, USA (ponadto przygotowując artykuł w australijskim TMAJ oraz rozmawiając z edytorami amerykańskich magazynów AMTA) miałem okazję stwierdzić jak wiele uwagi poświęca się standardom postępowania w masażu. Nie chodzi tutaj o ujednoczenie masażu, ale raczej o wyznaczenie podstawowych standardów wykonywanych zabiegów w określonym celu. Warto zatem zwrócić uwagę na warstwową a nie siłową koncepcję masażu, co stanowi podstawę zastosowania masażu w problematyce skórnej, w tym także w klinicznym ujęciu.

Masażyści, mimo iż spora grupa posiada dyplom technika masażu leczniczego (*therapeutic massage technician*) nie prowadzą samodzielnie badań w znaczeniu stricte klinicznym. Jednakże swoje wnioski i uwagi z obserwacji podczas praktyki przedstawiają na kongresach, sympozjach medycznych lub w publikacjach. Warto dzielić się takimi spostrzeżeniami, zwłaszcza jeśli praktyka polega na bezpośredniej współpracy z lekarzami danej specjalizacji. Takie uwagi są bezcenne, jako źródło informacji poczynając od obserwacji diagnostycznych, poprzez ocenę podejścia do swoich problemów samych pacjentów, a kończąc na informacjach statystycznych. Warto aby z doświadczeń (obserwacji i wniosków) dotyczących zwłaszcza manualnej, palpacyjnej diagnostyki i leczenia dysfunkcji tkanek miękkich (w tym powłoki wspólnej i układu krążenia), czerpało większe grono terapeutów, zwłaszcza współpracujących ze sobą masażystów i lekarzy.

Piotr Szczotka

Podziękowania

Pragnę gorąco podziękować za współpracę Ewie Mikuła, współautorce części artykułów zawartych w publikacji, za słowa konstruktywnej krytyki oraz kilka zrealizowanych pomysłów szkoleniowych, których efekty zawarliśmy także w książce.

Serdeczne podziękowania lekarzom, z którymi współpracowaliśmy podczas projektu: kliniczne zastosowanie masażu w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej, zwłaszcza dr Andrzejowi Ignaciukowi, dr Waldemarowi Jankowiakowi oraz dr Piotrowi Skupinowi.

Dziękuję dr Andrzejowi Ignaciukowi, dyrektorowi Podyplomowej Szkoły Medycyny Estetycznej, podobnie profesorowi dr hab.n.med. Kazimierzowi Kobusowi za umożliwienie prezentacji moich tematów na organizowanych przez nich sympozjach i kongresach.

Dziękuję także za współpracę i inspirację Stanleyowi Rosenbergowi, Adamowi Zborowskiemu, dr Piotrowi Szablowskiemu oraz dr Marii Noszczyk.

Za pomoc medialną i umieszczenie artykułów pragnę podziękować także redaktor Ilonie Kurczaba magazyn LNE & SPA oraz redakcji Magazynu Medycyny Estetycznej i Anti-aging.

Dziękuję także wszystkim pacjentom za pomoc, zrozumienie, cenne uwagi, szczerłość i cierpliwość podczas zadawanych pytań.

Piotr Szczęotka

I

INFORMACJE OGÓLNE
TEORIA

Wstęp

Zajmując się od wielu lat poruszaną w tej publikacji problematyką, spotykam się z bardzo zróżnicowanym podejściem do tematu. Pacjenci, klienci korzystający z masażu jak i innych zabiegów fizykalnych oraz kosmetycznych mają rzecz jasna konkretne oczekiwania, chcą pozytywnie zmienić sylwetkę, być szczuplejsi. Przychodzą po pomoc często z ukształtowanym już punktem widzenia, dotyczącym nurtujących ich problemów. Świadomie piszę – nurtujących problemów – ponieważ wydawać by się mogło, iż często ich problemy z medycznego punktu widzenia nie są uzasadnione. Nic podobnego, na przykład tak szeroko poruszany w mediach problem estetyczny jakim jest cellulit, faktycznie jest rodzajem schorzenia, panikulopatią o progresywnym charakterze. Mało tego, można zauważyć, iż spora grupa pacjentek mających problem z cellulitem cierpi także na inne, współistniejące dolegliwości, na przykład w różnym stopniu niewydolności żyłne, nagminnie pojawiają się także pękające naczynka, obrzęki łydek czy w niewielkim stopniu także bolesność skóry podczas zginania kończyn lub w wyniku ucisku. Warto zwrócić uwagę, iż większość pojawiających się nagle tzw. defektów estetycznych może wskazywać na drobne dolegliwości, ale także konkretne, rozwinięte schorzenia.

Trudno oszacować ilość wydanych publikacji dotyczących poruszanych tutaj tematów, podobnie jak ilość badań dotyczących wpływu zabiegów fizykalnych na poprawę stanu skóry i samej sylwetki. Z perspektywy wieloletniej praktyki masażysty mogę powiedzieć jedno, szkoda, iż dopiero od kilku lat można mówić o praktycznej, bezpośredniej współpracy międzyzrodowiskowej, a zwłaszcza terapeutów masażu i lekarzy.

— Odpowiednio dobrany masaż jest jednym z najskuteczniejszych zabiegów fizykalnych w medycynie estetycznej, w profilaktyce zdro-

wia i urody, a co najważniejsze jest zarazem metodą diagnostyczną, indywidualnym zabiegiem i przyspiesza rewitalizację po wykonanych zabiegach lekarskich.

Masaż po zabiegach chirurgii plastycznej (rekonstrukcyjnej i kosmetycznej) a coraz częściej także jako uzupełniająca technika diagnostyczna przygotowująca do tychże zabiegów, jest już w wielu klinikach wykonywanym regularnie, wspomagającym zabiegiem. Odpowiednio dobrany masaż faktycznie pozwala na osiągnięcie zadowolających, pełniejszych efektów zabiegów chirurgicznych, ale przede wszystkim przyspiesza rekonwalescencję.

Pozwolę sobie stwierdzić, iż absolutnie nie do nas należy oceniać czy problem natury estetycznej z którym przychodzi klient jest poważny czy nie. To są przede wszystkim jego odczucia, jego przekonania. Ocena taka jest bardzo subiektywna i nie dotyczy naszych kompetencji. Naszym zadaniem jest natomiast zastosowanie optymalnych rozwiązań. Oznacza to odpowiednie dobranie masażu, stosowanie go według wskazań i przeciwwskazań oraz jeśli to konieczne zrezygnowanie z wykonywania zabiegów i przekonanie pacjenta o konieczności udania się na konsultację lekarską i ewentualnie przeprowadzenie stosownych badań.

Ileż to razy podczas masażu kosmetycznego czy relaksacyjnego masażyści mimochodem palpacyjnie diagnozowali (wyczuwali dotykiem) niepokojące zmiany w tkankach, które później po konsultacji lekarskiej okazywały się poważniejszymi schorzeniami.

Warto także zauważyć, jak bardzo w tym procesie, potrzebna jest pacjentowi akceptacja siebie. Brak akceptacji to jeden z podstawowych powodów dla których pacjenci nie zadowoleni z siebie, sięgają po zabiegi kosmetyczne, fizykalne, poprzez medycynę estetyczną i kosmetyczną chirurgię plastyczną. Presja mediów, a czasem i otoczenia sprawia, że często pacjenci chcą sięgać po zabiegi, kiedy jest to nieuzasadnione.

Tutaj ogromną rolę mogą także spełniać masaże relaksacyjne rozumiane jako zabiegi harmonizujące procesy psychosomatyczne.

Natomiast w procesie odchudzania masaże i inne zabiegi fizykalne mają szczególnie znaczenie wtedy, kiedy pacjent rozumie, iż dbanie o ciało, leczenie faktycznej nadwagi to przede wszystkim profilaktyka, zachowanie zdrowia. Masażysta jest w tym procesie leczenia ciała, ale także często i ducha, ważnym ogniwem. Przygotowuje do zabiegów, przyspiesza rewitalizację, ale i często wykonuje najważniejsze, indywidualne zabiegi.

Na wstępie jeszcze jedna kwestia. Przez lata popularyzując masaż na kongresach i w mediach, udzielając się na internetowych forach zauważyłem, iż na zadawane pytania nie odpowiada się wprost. Czynią to sami terapeuci. Jeśli ktoś konkretnie pyta o ewentualne rezultaty po zastosowaniu masażu, to wpieryw powinniśmy ustosunkować się do podstawowego pytania.

Wypowiadanie się na temat innych zabiegów, diet, ćwiczeń czy stylu życia, powoduje często skutek odwrotny, w oczach klientów nie jesteśmy wiarygodni. Owszem nasza rola edukatora jest tu bardzo ważna, warto wspomnieć o innych zabiegach wspomagających odchudzanie czy modelujących sylwetkę, ale pacjent oczekuje konkretnych efektów powodowanych przez masaż. Możemy także pomóc w odróżnieniu właściwego cellulitu od lokalnych zmian w postaci akumulacji tkanki tłuszczowej lub też po prostu osłabienia danej partii mięśni i skóry ud.

Znanych jest wiele publikacji, informacji, artykułów traktujących o roli masażu w pielęgnacji ciała. Wiele jest także książek o innych fizykalnych i kosmetycznych zabiegach. Są one bardzo ważne, ale jednak w tej publikacji, przedstawić pragnę podstawową rolę jaką odgrywa manualny czyli ręcznie wykonywany masaż.

— Nie jest to publikacja o masażu w połączeniu z dietami, ćwiczeniami czy kosmetycznymi zabiegami, ale o tym, co jest w masażu podstawą. Skupimy się tutaj na technicznej stronie samego manualnego masażu. —

Z czym mamy do czynienia?

CELLULIT jest obecnie jedną z najczęściej występujących dolegliwości określanych jako defekt estetyczny skóry. Jest schorzeniem metabolicznym na poziomie tkanki podskórnej, niezapalnym, u którego podstawą jest pojawiający się mikroobrzęk, a zmiany dotyczą później zarówno komórek tłuszczowych, jak i deformacji w tkance łącznej. Pierwotny obrzęk w konsekwencji prowadzi do kolejnych zmian w tkankach miękkich. Pogorszenie się metabolizmu, upośledzenie odżywiania nasilenie problemów z mikrokrążeniem wywołuje zmiany wtórne. Utrzymujący się obrzęk prowadzi do zwłóknień, te z kolei prowadzą do powstawania niewielkich stwardnień, a potem do wyczuwalnych już guzków.

Powstające zmiany najszybciej można zaobserwować w postaci nierówności skóry jako na przemian wgłębień i wybrzuszeń skóry. Wyczuwalne są także różnice w napięciu, obniżenie temperatury i suchość skóry.

Zmiany mają charakter degeneracyjny, progresywny, ale niezapalny. Chociaż wizualnie zmiany te zauważamy na pierwszy rzut oka po prostu jako skórne, bez rozróżniania poziomu, to zaburzenia zlokalizowane są głębiej, na poziomie tkanki podskórnej.

W wyniku zmian hormonalnych zaostzonych w różnych okresach życia może dochodzić do rozszerzania się drobnych naczyń krwionośnych. Następuje zmniejszenie ich szczelności, to z kolei powoduje powstawanie mikroobrzęków. Główną, pierwotną przyczynę upatruje się w zaburzeniach hormonalnych prowadzących do rozszerzania naczyń, ale obraz zmian ma bardziej złożony charakter.

Dolegliwość określana jako cellulit (PEFS) należy do grupy panikulopatii, czyli zmian w tkance podskórnej. Zmiany występują w tkance łącznej i zmieniają się komórki tłuszczowe. Patologia tkanek spowodowana jest

pogorszeniem metabolizmu, tak że ostatecznie zmiany widoczne są w większych obszarach skóry. Ale sam defekt estetyczny zależy jest jeszcze od dodatkowych czynników, a mianowicie lokalnego rozłożenia (nagromadzenia) tkanki tłuszczowej oraz budowy pacjenta, tzn. różnic konstytucjonalnych budowy ciała, które mogą determinować ogólne cechy estetyczne, wygląd skóry.

Cellulit występuje najczęściej w okolicy biodrowej, z boku uda na wysokości krętarzowej, poniżej lub nieco powyżej. Natomiast po wewnętrznej stronie uda zmiany pojawiają się najczęściej nad kolanami i ta strefa skóry bywa czasem bardzo wrażliwa, a w rozwiniętym stadium zmian bolesna. Na tylnej stronie uda zmiany widzimy zwłaszcza w centralnej części, natomiast na przedniej stronie uda cellulit ma charakter najbardziej zróżnicowany zarówno pod względem stopnia jak i rozpiętości zmian.

Cellulit to także zmiany o charakterze wtórnym, ponieważ utrzymujący się stały mikroobrzęk okołonaczyniowy powoduje kolejne lokalne zmiany które z czasem rozszerzają się na większy obszar, sąsiednie okolice skóry.

Zmiany w metabolizmie w wyniku utrudnionego krążenia powodują z czasem zwłóknienia, a te z kolei utrzymując się dłużej powodują stwardnienia. Pojawiać się mogą także bolesne guzki, te ostatnie bywają już nieodwracalne. Zaobserwować możemy zmniejszenie elastyczności i patologię włókien siateczkowych okołoadypocytarnych.

Zmiany w tkance łącznej i komórkach tłuszczowych są wynikiem upośledzenia wymiany składników odżywczych, utrudniona jest także filtracja substancji po przemianie materii. Zmienia się relacje różnicy ciśnienia pomiędzy naczyńcami a poza nimi. Komórki zaczynają nadmiernie magazynować tłuszcz.

Skupiska komórek tłuszczowych już patologicznie zmienionych oraz zbędne składniki po przemianie materii powodują powstawanie tzw. złogów tłuszczowych jeszcze bardziej utrudniając nie tylko odzyskiwanie produktów z przestrzeni pozanaczyniowej, ale również dostarczanie tkanom tlenu. Zaburzona zostaje gospodarka wodna.

Pośród wielu proponowanych nazw schorzenia zmieniających się przez lata, obecnie dla określenia cellulitu, najczęściej obok terminu PEFS stosuje się jeszcze termin – GLD – lipodystrofia typu kobiecego.

Ze względu na charakter zmian: postępującą patologię, jej ewolucyjny charakter, a także podstawową rolę obrzęku powodującego rozwijające się dalsze zmiany o wtórnym charakterze, najbardziej wydaje się uzasadnione określenie zmian występujących jako cellulit, terminem:

Panikulopatia obrzękowo-włóknikowo-stwardnieniowa. Panniculopatia-edemato-fibrosclerotica – określana w języku angielskim skrótem **PEFS**. Dlatego też określenie właściwego cellulitu jest tak ważne zarówno ze względu na progresywny charakter schorzenia, potrzebę podjęcia odpowiedniej terapii oraz przekonanie pacjentek do aktywnego działania w celu zapobiegania powstawania lub jeśli już w jakimś stopniu występują, powstrzymywania zmian, czyli profilaktyki.

Z uwagi na pierwotny charakter i przyczynę schorzenia jakim jest mikroobrzęk i powstające w jego wyniku kolejne zmiany, podstawowymi zabiegami i działaniem profilaktycznym jest zmniejszanie obrzęków i usprawnienie mikrokrążenia.

Zarówno właściwe zabiegi fizykalne jak i zabiegi o charakterze kosmetyczno-higienicznym stosowane na przykład w formie automasażu przez samą pacjentkę mają sens zwłaszcza jako zabiegi profilaktyczne. I choć trudno liczyć, iż auto-zabiegi spowodują spektakularne efekty, należy pamiętać o ich powstrzymującym pogarszanie zmian działaniu.

Wśród praktyków, terapeutów zajmujących się leczeniem jak i profilaktyką, panuje słuszna opinia, iż sukcesem w terapii jest oczywiście przede wszystkim precyzyjne, szczegółowe określenie zjawiska z jakim mamy do czynienia, a nie traktowanie zmian jednakowo tylko jako defekt estetyczny. Nie chodzi tu o samą dogłębną diagnostykę właściwego cellulitu, ale o fakt nakładania się, czy też współistnienia innych problemów wspólnie objawiających się jako defekty estetyczne.

Czasem dodatkowe zaburzenia organizmu mogą być powodem nieprawdziwego obrazu cellulitu, bądź utrudniać intensywniejszą terapię, na przykład jeśli występują tendencje do siniaków lub też pojawiają się pękające naczynka.

Cellulite, częste pomyłki w związku z występującymi dodatkowymi zmianami skóry

Do częstych zjawisk występujących w korelacji z cellulitem należą: **lokalna akumulacja – nagromadzenie tkanki tłuszczowej** – najczęściej mylona z właściwym cellulitem lub też występująca jednocześnie z nim w tym samym bądź sąsiednim obszarze skóry. Te dwa zjawiska trudne są do odróżnienia, co za tym idzie, nie zawsze stosowane są optymalne zabiegi zmniejszające je.

Pseudocellulit – rozumiemy jako zmniejszenie napięcia mięśni i tym samym zmianę kształtu kończyn dolnych okolicy ud lub samej okolicy pośladkowej. Nagromadzenie się nieco zwiotczalej, opadającej tkanki pod pośladkami optycznie może przypominać cellulit, ale nie występują tu początkowo zmiany w samej budowie tkanki tłuszczowej.

Jest jednak duże prawdopodobieństwo, iż z czasem w przypadku dłuższego utrzymywania się takiego stanu rzeczy, może dojść do nieznacznych, miejscowych zaburzeń mikrokrążenia.

Bardzo często zdarza się jeszcze, iż omawiane powyżej zmiany określa się jako cellulitis, jest to jednak nieprawidłowa nazwa. **Cellulitis** to rodzaj stanu zapalnego skóry, który wyklucza leczenie, takie jak właściwy cellulit. Do dzisiaj terminy te są bardzo często mylone nie tylko w środowisku fizjoterapeutycznym czy kosmetycznym, ale i lekarskim. Cellulitis jest jednostką chorobową wymagającą leczenia klinicznego, farmakologicznego.

Cellulit nie objawia się jedynie w postaci defektów estetycznych, umiejscowienie się zmian zwłaszcza otorbionych guzków w okolicy zakończeń nerwów powoduje czasami ból odczuwalny podczas ucisku skóry, a także ból skórny podczas ruchów w stawach kolanowych.

Ponadto coraz częściej zauważyć można korelacje z występującą niewydolnością naczyniowo-limfatyczną na poziomie łydek. Ta zależność powinna uwrażliwić nas aby kierować pacjentki na dodatkowe badania.

Zmiany skórne w postaci panikulopatii można także zaobserwować w rejonie piersi oraz ramion, przy czym jest to podobna grupa panikulopatii, ale nie są to jednoznacznie, te same zmiany jak w przypadku cellulitu (PEFS).

Na wstępie jedna uwaga dotycząca zastępczych określeń. Pogorszenie stanu wyglądu skóry rozpoznawane jest przez samego pacjenta, laika, osoby trzecie jak i terapeutów. Zadomowienie się w popularnej literaturze, potocznej mowie a nawet fachowej literaturze terminów takich jak: „**tzw. cellulit**” czy też „**skórka pomarańczy**” z jednej strony może i ułatwia porozumienie się co do terminu, ułatwia samą rozmowę z pacjentem, ale z drugiej strony powoduje wiele nieścisłości. Dlaczego? Otóż stosowanie terminu „tzw. cellulit” od razu pojmowane jest jako termin zastępczy, niekonkretny. Natomiast określenie „skórka pomarańczy” może i po części oddaje wizualny charakter zmian, ale podświadomie przyjmujemy do wiadomości, że występujące zmiany mają jedynie powierzchowny charakter. Zaczynamy traktować zmiany jest jako problem czysto estetyczny, to jest bez związku z głębszymi zmianami patologicznymi.

*Czy znamy istotę leczenia cellulitu, patologię,
a także zasady profilaktyki i jednoznaczne procedury
medyczne i fizykalne?*

Obecnie na temat cellulitu wiemy bardzo dużo, znamy sposoby diagnostyki, profilaktyki, różnicowania oraz leczenia. Niestety mimo obecnego stanu wiedzy na temat właściwego cellulitu nie jesteśmy w stanie w pełni go wyleczyć.

Cellulit możemy skutecznie redukować, zmniejszać, „kamuflować” doraźnie wpłynąć na napięcie mięśni i skóry, zmniejszać obrzęki, stymulować krążenie, ale całkowicie usunąć się go nie da. Leczenie utrudnia także fakt, iż jako defekt estetyczny (nieładna skóra) cellulit bardzo często mylony jest z innymi zmianami lub stanem skóry (zależnym od ogólnej budowy ciała) i bywa „leczony” metodami dalekimi od optymalnych, uznanych procedur.

*Budowa konstytucjonalna ciała
a rozmieszczenie tkanki tłuszczowej*

Dostosowanie ale przede wszystkim efektywność zbiegów wykonywanych w celu modelowania sylwetki oraz terapii cellulitu jest zależna

od wielu cech, budowy pacjenta, kondycji tkanek, stanu zdrowia. Zabiegami medycznymi (fizykalnymi i zabiegami lekarskimi) oraz wspomagającymi zabiegami kosmetycznymi jesteśmy w stanie poprawić wygląd oraz modelować wybrane partie ciała a także efektywnie zmniejszać cellulit.

Ogólna budowa konstytucjonalna ciała, zwłaszcza typ pykniczny lub zdiagnozowana otyłość, determinuje efektywność zabiegów. Dlatego masáže wykonywane w celu ogólnego odchudzania – w dosłownym znaczeniu tego słowa – mają ograniczoną skuteczność, choć stanowią istotne dla procesu odchudzania zabiegi wspomagające.

Nie chodzi tutaj o to, iż osoby z przewagą tkanki tłuszczowej trudniej się odchudza, ale przede wszystkim o to, iż występuje wyraźna różnica w pojęciach i samej efektywności masażu w celu modelowania wybranych partii ciała, w odróżnieniu od tzw. masażu ogólnie odchudzającego. Bez względu na budowę pacjenta o miejscowy efekt modelowania zawsze łatwiej niż o zmniejszeni wagi i jednocześnie ujędrnienie skóry na większych obszarach.

Stopnie cellulitu i diagnostyka

Poniżej nie przedstawiamy szczegółowo zmian histopatologicznych, nie tłumaczymy też szczegółowo etiopatogenezy ani zmian hormonalnych, choć czynniki hormonalne mają tutaj znaczenie predysponujące, a estrogeny mogą proces cellulitowy przyśpieszyć lub nasilić. Interpretacja wyników badań należy bowiem do lekarza.

Procesy, które możemy zaobserwować dzięki badaniom lekarskim jak przebiegają, jak nasilają się, możemy pokrótce opisać następująco:

- ♦ W pierwszym etapie następuje wzrost przepuszczalności naczyń włosowatych, powstają mikrowylewy, następuje także rozszerzenie włosniczek.
- ♦ Następnie dochodzi do rozrostu siateczek włókien srebrochłonnych pomiędzy komórkami tłuszczowymi a włosniczkami.
- ♦ Dalej w wyniku zaburzenia tkanki tłuszczowej, tworzenia się nieregularnie włókien kolagenowych dochodzi do otorbień zdeformowanych

- już adypocytów. Jeśli są rozmieszczone bliżej siebie powstają mikro-guzki. W tkance tłuszczowej pojawiają się kolejne zmiany, zacierają się poszczególne warstwy skóry, tworzą się także mikrotętniaki i wylewy.
- ♦ Zmienia się struktura tkanki tłuszczowej, otorbione guzki tkanką łączną są jeszcze bardziej widoczne, pojawiają się kolejne zaburzenia w mikrokrążeniu.

Poniżej przedstawione są przykłady diagnostyki palpacyjnej. Z uwagi na fakt, iż książka dotyczy masażu skupiamy się w niej na roli dotyku w diagnostyce. Oczywiście diagnostyka jest bardziej złożona i wymaga specjalistycznej aparatury, jednak to pierwszym „aparatem diagnostycznym” jest dłoń masażysty lub lekarza.

W literaturze tematu można znaleźć coraz więcej artykułów na temat diagnostyki, profilaktyki, a wreszcie leczenia cellulitu. W Europie w badaniach prym wiodą lekarze we Włoszech, Hiszpanii, Francji. Tam też występuje najskuteczniejsza współpraca lekarzy z innym personelem medycznym, terapeutami masażu i fizjoterapeutami a także z kosmetyczkami. Bez masażu i innych fizykalnych zabiegów nie było by mowy o skutecznym leczeniu.

Masaż manualny czyli wykonywany ręcznie, jest jednym z najskuteczniejszych zabiegów fizykalnych. Dlaczego więc już w tym miejscu przy omawianiu stopni cellulitu nadmieniamy o tym. Masaż jest jednym z podstawowych sposobów diagnostyki palpacyjnej i czasem na długo jeszcze zanim pacjentka skorzysta z diagnostyki klinicznej i porady lekarskiej, pierwszy raz zmiany diagnozuje się już podczas wykonywania masażu.

Stopnie cellulitu określane są obecnie jako stadium I do IV jednak czasem można spotkać się ze stopniowaniem zmian od 0-III, sugerując jakoby mało kto nie posiadał jakichkolwiek zmian początkowych. Zmiany te można różnicować pod względem stopnia zaawansowania zmian, ale także dotyczą one zakresu zajętych obszarów skóry. Ponadto stopnie są określone dla różnych celów diagnostycznych i samej terapii, nie jesteśmy jednak w stanie jednoznacznie określić granic między poszczególnymi stopniami.

I STOPIEŃ – dotykowo (palpacyjnie) wyczuwa się niewielkie zmiany elastyczności skóry, występują problemy z przesuwaniem skóry ale nie

z ujęciem jej w fałd. Trudno jest określić jednoznacznie granice zmian – zajętego obszaru – ale po ułożeniu płasko dłoni i lekkim nacisku na skórę występują problemy ze swobodnym przesuwaniem płaszczyznowym, względem powięzi. Choć palpacyjnie trudno ocenić jedynie różnice temperatur, to biorąc pod uwagę takie czynniki jak: problemy z elastycznością skóry, jej natłuszczeniem oraz obniżenie temperatury, nawet dla mniej wytrawnego terapeuty te trzy czynniki zestawione razem ułatwiają ocenę zmian. Podczas poruszania kończynami dolnymi bez względu na ich ułożenie skóra wygląda tak samo.

Jaki cel masażu, jaki masaż?

Zmniejszanie początkowego obrzęku. Poprawa krążenia, uelastycznienie skóry w przypadku jej miejscowego osłabienia. Wzmocnienie mięśni okolicy ud, pośladków.

W przypadkach uchwycenia zmian cellulitowych w początkowym stadium, poprawa kondycji skóry za pomocą masażu będzie dosyć znaczna. Leczymy lub właściwie stosujemy profilaktykę obrzęków za pomocą masażu. Możemy zastosować masaż o charakterze odprowadzającym lub właściwy drenaż limfatyczny. Choć warto masować nie tylko zajęte zmianami obszary skóry ale całe nogi, jednak obszary miejsc pojawiającego się cellulitu opracowujemy szczególnie. Masaż w pierwszych zabiegach wykonujemy nieco intensywniej powyżej oraz wokół zmienionych miejsc. Staramy się przy okazji wyczuć granice postępujących zmian. W następnych zabiegach skupiamy się na samych zmienionych obszarach.

Masaż ma na celu przede wszystkim zmniejszenie mikroobrzęków. Spowoduje to lepsze utlenowanie i odżywianie danej okolicy co zapobiegnie dalszym procesom degeneracyjnym. Niewielkie zmiany zmniejszenia sprężystości tkanek, włóknienia, jeśli są na tym etapie poddane ukierunkowanym manipulacjom są w pełni odwracalne. Jeśli oprócz tego pacjentka ma osłabione mięśnie lub problemy z elastycznością skóry, wzmacniamy mięśnie masażem klasycznym a na wybrane mięśnie zastosować można masaż izometryczny. Jeśli z powodu dużego obszaru zmian i obrzęków będziemy masaż

rozpocząć jednak od drenażu, pamiętajmy aby w jednej sesji nie łączyć go z innymi masażami.

Najlepszym schematem postępowania byłoby rozpocząć od drenażu lub klasycznego masażu odprowadzającego z zastosowaniem dużej ilości głaskań, rozcierań poprzedzanych manipulacji tkankami miękkimi i ugniatań podłużnych na ograniczonym obszarze występowania zmian cellulitowych.

II STOPIEŃ – dotykowo odczuwamy zwiększoną utratę elastyczności skóry, podczas próby rolowania skóry łatwiej nam podnieść skórę ale z sąsiednimi tkankami, a nie tylko w miejscu występujących zmian. Lokalnie zaznaczona jest wyraźniejsza granica pomiędzy zmienioną skórą i wyczuwa się jej stopniowe przechodzenie z obszaru gdzie tych zmian nie ma. Uchwycenie skóry w fałd powoduje odczuwalny dyskomfort. Może występować nadwrażliwość skóry podczas testu „szczypania”. Wyraźniej odczuwalna jest zmiana ciepłoty skóry. Skóra sprawia wrażenie szorstkości i sprawia więcej trudności podczas warstwowego przesuwania. Przy większym zgięciu kończyn, napięciu wokół kolana lub odwodzenia kończyny w okolicy krętarzowej zmiany skórne są bardziej widoczne.

Jaki cel masażu, jaki masaż?

Zmniejszenie obrzęku i poprawa krążenia. Masaż wykonywany bardziej precyzyjnie wokół wyczuwalnych miejscowych zmian, miękkie opracowanie warstwowe w okolicach stawów zwłaszcza jeśli występuje ból skórny podczas zginania. Ogólnie początkowo możemy zastosować drenaż limfatyczny ale następnie masaż bardziej intensywny.

Wykonujemy pierwszy masaż tak jakbyśmy chcieli jak najdokładniej określić zakres zmian w skórze. Wykonujemy masaż z kilkoma testami, próbami podciągania za pomocą fałdu skóry, lub też przesuujemy ją. Przed opracowaniem na przykład przedniej strony uda wykonujemy kilka spiralnych, równomiernych rozcierań i obserwu-

jemy różnice w ukrwieniu i temperaturze. Tam gdzie skóra jest jaśniejsza i zimniejsza są większe zmiany. Jeśli wyczuwamy, iż po początkowych drenażach, aby masaż był skuteczniejszy, potrzebny jest intensywniejszy zabieg, skorzystaj z technik podanych w Dynamicznym Masażu Antycellulit. Technika ta, dzięki ukierunkowanemu, precyzyjnemu oddziaływaniu w fałdzie na pożądany poziom, pozwala intensywnie opracować miejsca zmian bez zbytowego rozgrzania, co mogłoby spowodować kolejne przekrwienia i mikroobrzęki. Skupiamy się w masażu na zmianach, miejscach, które zdiagnozowaliśmy podczas testów fałdu i spiralnego rozcierania. Jeśli masaż łączy jest z innymi zabiegami zaplanujemy grafik tak, aby masaż optymalnie zastosować.

Nie wykonujemy masażu w dniu w którym wykonano mezoterapię lub karboksyterapię, chyba że masaż będzie przed tymi zabiegami. Masaż natomiast będzie miał sens w dniach pomiędzy wspomnianymi lekarskimi zabiegami. Uważamy jednak na skórę po pierwszych zabiegach mezoterapii, może być bardziej wrażliwa i nieco bolesna.

III STOPIEŃ – Podczas powierzchownej palpacji płasko ułożoną dłoń odczuwa się jedynie jakby zmniejszenie różnicy pomiędzy kolejnymi warstwami skóry, ale w trakcie głębszej palpacji wyczuwa się już pojedyncze stwardnienia w rodzaju punktowych grudek. Wyczuwalne są lokalne zwłóknienia. Podczas testu rozcierania spiralnego (szybkie powierzchowne rozcieranie skóry powodujące widoczne przekrwienia) występują zróżnicowane zmiany, tzn. w jednych miejscach widoczne przekrwienie, zaczerwienienie skóry w innych zupełnie nie. Obok zmniejszenia elastyczności skóry występują obszary skóry bardziej wiotkiej. Przeplatające się zmiany można porównać do rodzaju mozaiki lub wysepek.

Podczas bardzo dokładnej palpacji przesuwając opuszki palców dosłownie centymetr po centymetrze, pacjentka może odczuwać różnice w odczuciach skóry, w jednym miejscu odczuwa ją dobrze w innym czuje odętnienie, w innym znów nadwrażliwość.

Różnice te, początkowo stają się trudne do odróżnienia i zdefiniowania, ale kiedy uwrażliwimy pacjentkę i zwrócimy na nie uwagę, jest jej

łatwiej je opisać. Wynika to z faktu, iż generalnie laikowi trudno jest opisać bardziej precyzyjnie odczuwanie swojego ciała, na przykład różnicować nawet odczucia pomiędzy poziomem skóry a mięśniami. Ponadto pacjentki z czasem takie dolegliwości bagatelizują. W tym stadium zmian cellulitowych bez względu na ułożenie kończyny, zmiany są widoczne. Stan takiej skóry najbardziej oddaje wizualne pojęcie tzw. „skórki pomarańczy”.

Jaki cel masażu, jaki masaż?

W dalszym ciągu praca w celu zmniejszenia obrzęków i lepszego ukrwienia, jednak po wstępnych drenażach posiłkować powinniśmy się nieco intensywniejszym masażem. W niektórych punktach jeśli wyczuwamy zwłóknienia, pomocny będzie masaż tkanki łącznej lub praca z powięzią. Intensywny masaż mogą utrudniać jednak występujące ewentualnie słabsze naczynka. W takiej sytuacji omijamy je i intensyfikujemy masaż nad nimi.

Jeśli rozpoczyna się terapię z wykorzystaniem masażu u osoby o znacznych zmianach cellulitowych w dalszym ciągu warto zastosować na wstępie drenaż ale powstające zmiany w postaci zwłóknień czasem jego działanie skutecznie utrudniają. Korzystając z drenażu, masażowi nie podlegają jedynie miejsca zmian. W opracowaniu drenażu, wykonujemy masaż kończyn dolnych, masujemy także wstępnie powłoki brzuszne oraz dolną część grzbietu. Jeśli pacjentka oprócz zaawansowanego cellulitu ma problemy z lokalnym nadmiarem tkanki tłuszczowej lub wyczuwamy zmiany w postaci złożeń tłuszczowych, przechodzimy do intensywniejszego masażu. Zmiany takie w początkowych zabiegach traktujemy podobnie jak zwłóknienia, skupiamy się na tkance łącznej. Jeśli nie ma zadowalających efektów przechodzimy do specjalnych technik stosowanych przy miejscowych zmianach.

Coraz trudniej jest odróżnić wyraźnie co stanowi właściwy cellulit, a co lokalną akumulację adypocytów. W tak daleko rozwiniętym cellulicie stosuję osobiście opracowanie według Dynamicznego Masażu Antycellulit. Chciałbym jednak zaznaczyć jeszcze raz, iż

intensywny masaż nie oznacza silny czy bolesny. Techniczna strona masażu przy takich zmianach zawarta jest pomiędzy umiejętnym dostosowaniu amplitudy i częstotliwości impulsu. Chwyty te są opisane w części książki *Dynamiczny Masaż Antycellulit*.

W masażu stosujemy podchwyt, który polega na ustabilizowaniu masowanych tkanek tym bardziej, kiedy zauważamy zmiany w skórze objawiające się wyraźną różną jej grubością.

IV STOPIEŃ – Skóra jeszcze mocniej traci elastyczność, ogólne zmiany powierzchniowe są już bardziej widoczne nie tylko miejscowo ale wpływają na wygląd sąsiednich tkanek. Skóra jest wiotka, łatwiej można odczuć zmniejszenie temperatury. Próbując uchwycić skórę w fałd mamy wrażenie jakby podnosiła się także skóra wokół fałdu, trudno jest wykonać rolowanie. Po głębszym uchwyceniu skóry wyczuwamy guzki które podczas miejscowej palpacji powodować mogą bolesność. Ponadto może się pojawić ból podczas ucisku określonych miejsc skóry lub też podczas poruszenia się. na przykład skóra w sąsiedztwie stawu kolanowego po stronie wewnętrznej oraz nad stawem kolanowym podczas zginania kolana może wywoływać ból. Wciągnięcia i zwłóknienia w skórze na poziomie tkanki podskórnej widoczne są jako defekt estetyczny porównywalny do „skórki pomarańczy” bez napinania mięśni kończyn. Skóra przypomina wyglądem materac, widzimy pogrubienia, wybrzuszenia ale i miejscowe, punktowe wgłębienia, jakby skóra została wciągnięta do wewnątrz.

Jaki cel masażu, jaki masaż?

Poprawa krążenia i zmniejszenie obrzęków choć zwłóknienia mogą to znacznie utrudnić. Przy takich zmianach drenaż manualny będzie mniej skuteczny. Warto go jednak aplikować na wstępie terapii zwłaszcza jeśli mamy dodatkowo problemy z niewielkimi obrzękami łydek. W okolicach zmian cellulitowych stosujemy intensywniejszy masaż połączony z miejscowym opracowaniem bolesnych miejsc, guzków lub złożeń tłuszczowych. Na początku masażu określamy zakres zmian i dostosowujemy masaż do innych fizykalnych lub lekarskich zabiegów.

Masując pacjentki ze zmianami cellulitowymi III i IV stopnia masaż wymaga dużej zdolności palpacyjnej, ale i to czasem nie wystarcza, aby stwierdzić czy to III, IV stopień lub też lokalne zmiany i starsze złogi tłuszczowe. Najpierw powinniśmy wykonać ogólny masaż z dużym skupieniem na całych nogach, zwłaszcza udach oraz masaż powłok brzusznych i dolnej części grzbietu. To nam da możliwość optymalnego zastosowania masażu. Jeśli występuje problem z dużą ilością tkanki tłuszczowej drenaż będzie pomocny w regulacji gospodarki wodnej, ale będzie masażem bezskutecznym wobec zwłóknień w skórze zwłaszcza na poziomie skóry właściwej i tkance podskórnej. Stosujemy wtedy masaż z dużą ilością precyzyjnie prowadzonych rozcierań w regularnych liniach, pomocne będą ugniatania i masaż skupiający się miejscowo (złogi lub zwłóknienia) na głębszych zmianach.

Dużo zmian zwłóknieniowych jest już nieodwracalnych. Jedynie regularnie prowadzony przez dłuższy czas (4-5 miesięcy) w tygodniowych odstępach masaż może przynieść dobre rezultaty. Guzki nadal będą palpacyjnie wyczuwalne. Jednak częściowe zlikwidowanie zwłóknień (będących jeszcze na etapie odwracalnym), praca warstwowa nad uruchomieniem przesuwalności skóry względem tkanki podskórnej, odżywienie i uelastycznienie skóry daje efekt: – kosmetyczny: wizualnie bez napinania mięśni guzki są niewidoczne, – leczniczy: udrożnienie, usprawnienie krążenia limfatycznego w udach ma wpływ na polepszenie krążenia w łydkach, likwidujemy bolesność i tkliwość dotykową. Pozytywnie wpływa na termoregulację na opracowywanym obszarze. Daje uczucie lekkości nóg.

Dynamiczny Masaż Antycellulit umożliwia masaż okolic bioder i nadkolanowej w ułożeniu na boku. Pozycja ta pomaga w dokładniejszym opracowaniu niektórych partii skóry bez jej niepotrzebnego rozgrzewania. Opracowanie takie ma zastosowanie zwłaszcza w przypadku osłabionej skóry z naczyniowymi problemami.

W zmianach cellulitowych podczas badań, począwszy od podstawowej diagnostyki palpacyjnej po badania kliniczne, instrumentalne za pomocą wyspecjalizowanej aparatury diagnostycznej, pod uwagę bierze

się kilka czynników umożliwiających diagnostykę różnicową, tu przede wszystkim pod kątem różnic pomiędzy poszczególnymi stopniami cellulitu oraz „rozpiętości” zmienionych obszarów skóry.

Dodatkowe uwagi

Jako podstawowy czynnik powodujący zmiany cellulitowe podaje się obrzęk, który początkowo ma charakter lokalny, nie chodzi tu jedynie o wybrane partie ciała ale o zubożenie mikrokrążenia, tym samym występujące problemy z odżywianiem. Postępujące zmiany w naczyniach przedwłosowatych powodują zaburzenia przepuszczalności kapilarów i żył. Dochodzi najpierw do rozszerzania się kapilarów i nagromadzenie wysięku wokół nich oraz między niezmiennymi jeszcze komórkami tłuszczowymi. Powstający obrzęk negatywnie wpływa na metabolizm, zmiany metaboliczne z kolei upośledzają struktury siateczkowate, powodując ich przerost.

Następnie zmienione włókna, tworząc nieregularną siatkę, oplatając poszczególne adipocyty i kapilary. Powstające w zaawansowanym III i IV stopniu guzki powstają w wyniku oplatania adipocytów przez włókna tkanki łącznej, co z początku porównać możemy do pojedynczych winogron, później kiście i coraz bardziej będąc ze sobą zwarte, tworzą większe guzki.

Początkowo następują zmiany dotyczące komórek tłuszczowych. Poza tym w obrazie klinicznym diagnostyka może być utrudniona ponieważ często zmiany o charakterze cellulitowym są w okolicach występowania lokalnej akumulacji tkanki tłuszczowej lub na przykład cellulit rozwija się nagle w miejscach gdzie istnieją już zgrubienia w postaci zwłóknień w tkance łącznej lub też tzw. złogów tłuszczowych. Te ostatnie w odróżnieniu od guzków pojawiających się w rozwiniętych stopniach cellulitu, rzadko objawiają się bólem podczas palpacyjnych badań.

Zdarza się, iż cellulit przez terapeutów traktowany jest po prostu jak lokalne nagromadzenie tkanki tłuszczowej i w wyniku zbyt intensywnych zabiegów fizykalnych pojawić się mogą popękane drobne naczynka. Ponadto nie powinno się podejmować wykonywania zabiegów fizykalnych, aparaturowych bez wcześniejszego wykonania masażu ręcznego, cho-

ciaż pojedynczego zabiegu w celach diagnostycznych. Masaż nawet u mniej wprawnego terapeuty chociaż w niewielkim stopniu – w odróżnieniu od urzędzeń – daje możliwość oceny palpacyjnej. Brak optymalnych zabiegów i źle dobrane zabiegi mogą skutecznie zniechęcić pacjentki do dalszych działań zarówno leczniczych jak i profilaktycznych.

Jeszcze jedna ważna uwaga. Zmiany cellulitowe coraz częściej odnotowuje się u pacjentek z niewydolnością żylną lub zastojami limfatycznymi i odwrotnie. Zwracajmy uwagę nawet na pojawiające się od czasu do czasu, sporadycznie obrzęki. Zaburzenie przepuszczalności włóscinkowo-żylną, nieszczelność i kruchość naczyń oraz jeśli na poziomie krążenia lokalnego obserwujemy zmniejszenie przepływu krwi, zmiany temperatury, wymagają bezwzględnie konsultacji lekarskiej.

*Rodzaje cellulitu i dodatkowe rozróżnienie
ze względu na diagnostykę palpacyjną oraz wizualne,
widoczne zmiany*

Występują określenia rodzajów cellulitu ze względu na strukturę wyczuwalnych zmian oraz po prostu zmiany widoczne gołym okiem. Podział ten ma duże uznanie także wśród masażyści jak i innych terapeutów, którzy mają bezpośredni dotykowy kontakt ze skórą. Są to jednak określenia pomocnicze nie zawsze oddające charakter faktycznych zmian.

W zależności od podstawowej postaci cellulitu dobiera się nieco inne techniki w masażu.

Postać twarda – występuje częściej u młodych kobiet, aktywnych sportowo i zawodowo, sprawnych fizycznie, bez względu na ogólną budowę. Postać ta występuje zarówno u osób szczupłych jak i z nadwagą, ale to absurdalnie u szczupłych osób cellulit jest bardziej widoczny zwłaszcza w tej postaci. Wizualnie oceniany jest na zasadzie kontrastu. Początkowo jest mało widoczny, ale przy specyficznym ułożeniu nóg widzimy go bardziej zwłaszcza na ograniczonych partiach skóry. Tej postaci cellulitu towarzyszą często rozstępy, szczególnie te pierwsze pojawiające się w okresie dojrzewania nastolatek.

Odczuwa się palpacyjnie zmiany podczas przesuwania skóry płasko ułożoną dłońią. Łatwiej przesunąć ją w poziomie niż przy stopniowym nacisku. Szybki sposób życia, źle dobrana dieta, problemy hormonalne mogą szybko nasilić cellulit. Duży problem stanowi także stres, który w tym okresie spotęgowany jest także pierwszymi poważnymi decyzjami w życiu: matura, studia, pierwsza praca i zmiana aktywności na siedzący tryb pracy. Podczas wielogodzinnych sesji w pracy siedząc przy komputerze lub dokumentacji, zostają uciskane tylne partie uda, a w środkowej części wyczuć możemy zgrubienia, najczęściej w miejscu ucisku brzegu krzesła na tylną stronę uda lub kiedy podczas szukania wygodniejszej pozycji przesuwamy się na krzesło, skutecznie utrudniając krążenie żyłne jak i limfatyczne.

Postać wiotka – częściej występuje u kobiet w średnim wieku, zmiany są bardziej widoczne zwłaszcza jeśli pacjentka przechodziła duże wahania wagi, szybkie drastyczne diety, powodujące często duże problemy z elastycznością tkanek, często nieodwracalne. Można zaobserwować osłabienie mięśni, wiotkość skóry. Cellulit jest widoczny bardziej u osób w tym wieku mniej aktywnych, zwłaszcza iż występują zmiany proporcji tkanka mięśniowa – tkanka tłuszczowa, ilość tej ostatniej zwiększa się.

Duży problem w tym okresie stanowią sytuacje, które możemy określić jako „szybką aktywizację”, polegającą na tym, iż czasem nawet po kilkuletnim zastoju następuje nagle rozpoczęcie forsownych ćwiczeń, diametralna zmiana diety, korzystanie naraz z wielu zabiegów fizykalnych itd. Taka nagła aktywność często powoduje zaburzenia organizmu, pojawienie się wielu dolegliwości, które skutecznie zniechęcają pacjentki do ewentualnej kontynuacji zmienionego stylu życia.

Postać obrzękowa – najrzadziej występuje, przy czym nie należy mylić tej postaci z faktem, iż podstawowym pierwotnym czynnikiem jest obrzęk. W tej postaci cellulitu dochodzi do wzrostu objętości tkanek w obrębie kończyn dolnych. Obrzękowi towarzyszy uczucie ciężkości nóg oraz bolesność trudna do sprecyzowania. Rozpoczęcie leczenia absolutnie powinno być podjęte przez lekarza z pełną diagnostyką i leczeniem farmakologicznym.

Nieporozumienie dotyczące panikulopatii. U pacjentek w średnim wieku poza postacią wiotką cellulitu można zauważyć dodatkowe

zmiany związane ze zmniejszeniem masy mięśniowej, a przyrostem tkanki tłuszczowej. Zwiótnienie skóry na ramionach jest kolejnym problemem estetycznym, podobnie jak pojawiające się zmiany w postaci zmniejszenia jędrności piersi i pojawianie się zmian w tkance tłuszczowej przypominające zmiany cellulitowe. Należy jednak pamiętać, iż:

Mimo podobieństw zmiany w tkance tłuszczowej piersi i zmiany cellulitowe (PEFS) należą do innej grupy panikulopatii. PEFS – zalicza się do zmian określanych panikulopatiami. Są to zmiany o charakterze degeneracyjnym, postępującym. Czasem utożsamiane są ze zmianami w okolicy skóry ramion oraz górno-bocznej i przyśrodkowej stronie piersi.

Podstawowe badania pod kątem cellulitu to:

- ♦ Palpacja i oglądanie
- ♦ Badania antropometryczne
- ♦ Badania termograficzne oraz ultrasonograficzne
- ♦ Badanie / pomiar oporu elektrycznego

Podstawowe zabiegi i leczenie w terapii cellulit PEFS

Zabiegi możemy rozróżnić jako:

1. **Medyczne, lekarskie:** mezoterapia oraz karboksyterapia, dodatkowe leczenie farmakologiczne – podawanie leków – według wskazań lekarskich.

2. **Zabiegi fizykalne, w tym przede wszystkim masaże,** a wśród nich duże zastosowanie mają masaże ręczne, zwłaszcza w pierwszym etapie manualny drenaż limfatyczny. W cellulicie z występującymi już zmianami w postaci zwłóknień i guzków masaże opcjonalnie wspomagamy masażami o charakterze warstwowym. Intensywny ale nie siłowy masaż poprzedzony na początku serii drenażem jest najlepszą opcją.

Ponadto stosuje się masaże wykonywane za pomocą urządzeń, terapia uciskowa (presoterapia), masaże pneumatyczne oraz wykorzystanie urządzeń wodnych.

Zabiegi fizykoterapeutyczne: endermologia, jontoforeza, ultradźwięki.

3. Wspomagające zabiegi kosmetyczno-pielęgnacyjne. Zakres zabiegów kosmetycznych jest bardzo duży, związany najczęściej z danymi produktami firm kosmetycznych. W tym miejscu nie będziemy więc omawiać poszczególnych zabiegów. Masaż ręczny jest częścią zabiegów kosmetycznych, wspomaga je, ale też poprzez masaż zmieniamy właściwości preparatów. Główną kwestią jest pytanie o sposób wnikania składników aktywnych zawartych w kosmetykach w skórę właściwą i tkankę podskórną.

Podstawową cechą skóry jest jej ochrona przed czynnikami zewnętrznymi, tak więc zważywszy na budowę i fizjologię skóry, wchłanianie preparatów poprzez skórę jest bardzo utrudnione. Masaż sam w sobie w wyniku tarcia, zwiększenia temperatury i innych procesów mechanicznych (rozdrobienie cząstek zawartych w kosmetykach lub pilingach) powoduje lepsze wchłanianie aktywnych składników. Z jednej strony do masażu potrzebne są preparaty takie jak oliwki, kremy, żele, które wykorzystujemy zarówno jako środki poślizgowe oraz wspomagające działanie masażu.

Z drugiej strony w zabiegach kosmetycznych nie sposób wykonać jakiegokolwiek zabiegu bez wykorzystania masażu, chociaż by jego elementów podczas dotykania skóry, diagnostyki, rozcierania preparatów czy właściwego już kosmetycznego zabiegu.

4. Wspomaganie i auto-zabiegi. Wspomaganie terapii przez aktywność samej pacjentki ma jednocześnie dodatkowe działanie profilaktyczne. Ćwiczenia aerobowe, ogólnokondycyjne poprawiające krążenie, zwłaszcza po pracy o siedzącym charakterze. Zmiana trybu życia, większa aktywność fizyczna, uprawianie konkretnej dyscypliny sportu – amatorsko, profesjonalnie – a dopiero potem ewentualne zajęcia na siłowni, wszystko to czynniki zmniejszające ryzyko powstawania oraz nasilania zmian cellulitowych.

Należą do nich także drobne działania prewencyjne, które dla pacjentki powinny stać się swojego rodzaju odruchami, rytuałem. Należą do nich wykorzystywanie nawet krótkich przerw w pracy na rozluźnienie nóg, podobnie w podróży. Następne to unikanie zakładania nogi na nogę, pozbycie się przyzwyczajenia pracowania z laptopem na kolanach, napiamy bowiem w ten sposób łydki, utrudniając krążenie.

Automasaże przy okazji kosmetyki i higieny powodują codzienne stymulowanie układu krążenia. Ten niewielki ale regularny wkład w profilaktykę może być bardzo pomocny spowalniając zmiany. Masaż pod prysznicem, masaż podczas wcierania preparatów nie jest profesjonalnym zabiegiem, ale warto w ten sposób wspomagać terapeutyczne zabiegi.

5. **Dieta.** Ustawienie i stosowanie właściwej diety to w sumie praktyka samej pacjentki, ale samą dietę powinien przystosować lekarz. Wymagane są bowiem czasem badania lekarskie, ocena stanu skóry, ustalenie ewentualnych wskazań lub przeciwwskazań do spożywania niektórych składników.

6. **Zabiegi lub aktywne działania o charakterze relaksacyjno-rekreacyjnym** wpływające na zmniejszenie objawów stresu oraz regulujące gospodarkę hormonalną. Trudno dziś jednoznacznie udokumentować poprzez badania wpływ zabiegów relaksacyjnych, rekreacyjnych lub zabiegów z grupy pracy z ciałem body work na stan skóry, gospodarkę wodną i hormonalną. Panuje przekonanie że to właśnie intensywne zabiegi fizykalne oraz fitness i siłownia wpływają na procesy spalania tkanki tłuszczowej, a co za tym idzie polepszają stan skóry. Dla wielu pacjentek jednak najlepsze rozwiązanie to właśnie masaż relaksacyjny, joga, *stretching* czy *qigong* jest odpowiedzią na frustracje i życiowy pospiech.

Rozluźniając spięte ciało, relaksując napięte łydki i pośladki ułatwiamy odprowadzenie obrzęków, poprawiamy krążenie, a swoboda ruchów i elastyczność ciała polepsza funkcjonowanie pompy naczyniowo-mięśniowej.

Profilaktyka, predyspozycje, styl życia

Predyspozycje do pojawiania się cellulitu są związane niewątpliwie z profilaktyką. Obserwując w dniu dzisiejszym życie zwłaszcza w dużych miastach, aktywność ruchową i spalanie nadmiaru energetycznego/kalorii, coraz częściej mamy do czynienia ze swoistym substytutem prawdziwego życia. Po pracy zawodowej stronimy od zwykłych codziennych zajęć fizycznych, biegamy do fitness ale coraz trudniej nam zająć się samemu

własnym ogrodem. Po 8-10 godzinach pracy przy komputerze siadamy na ławce w siłowni i ćwiczymy wybiórczo wybrana partie ciała, albo pośladki albo powłoki brzuszne. Ale nasz organizm potrzebuje naprawdę ogólnej aktywizacji, polepszenia krążenia, a narząd ruchu, zwłaszcza mięśnie wyjścia z schematycznej siedzącej pracy.

Zarówno dla ciała jak i psychiki potrzebujemy ćwiczeń aerobowych, ogólnie usprawniających, uprawiania danej dyscypliny sportu, nie ważne czy amatorsko czy profesjonalnie.

Do czynników predysponujących zalicza się: uwarunkowania genetyczne i hormonalne, brak odpowiedniej diety (zbyt duże spożycie: tłuszczów i węglowodanów, ostrych przypraw, soli, alkoholu), brak aktywnego wypoczynku, ruchu.

Ponadto cellulit mogą wzmacniać inne choroby współistniejące, źle dobrane leki w tym hormonalne bez uprzednich badań lekarskich.

Przyzwyczajenia do biernego stylu życia, brak aktywności sportowej, noszenie zbyt obcisłej odzieży oraz butów na wysokim obcasie.

Stosowanie używek: kawa, alkohol oraz palenie tytoniu.

Wspomaganie terapii przez auto-zabiegi. Zabiegi antycellulitowe to także zabiegi profilaktyczne.

W terapii ale przede wszystkim profilaktyce cellulitu, w spowalnianiu procesów dużą rolę odgrywają pielęgnacyjne zabiegi wykonywane przez samą pacjentkę. Nie są to medyczne, lekarskie zabiegi, ale wykonywanie auto-zabiegów polepsza krążenie zwłaszcza jeśli są wykonywane regularnie. Mowa tu o codziennej higienie, podczas której wciera się kremy, natryski, masując partie skóry o zmniejszonym krążeniu, natrysk termiczny, naprzemienna zmiana temperatury wody, masaż rękawicami do masażu. Przy czym nie chodzi tutaj o intensywność zabiegów ale regularność.

Dobrym rozwiązaniem jest udać się chociaż na kilka masaży do terapeuty i zapytać o właściwe kierunki, intensywność wykonywania automasażu.

Masaż a podstawowe typy budowy ciała

Przed przystąpieniem do zabiegów oraz podczas samej ewaluacji pacjenta warto wziąć pod uwagę kilka czynników, m.in. lokalną aku-

mulację tkanki tłuszczowej, typ budowy pacjenta, ale także u osób ze zdiagnozowaną otyłością typ otyłości.

Typ pykniczny / eurysoniczny – w tym typie budowy najczęściej możemy mieć do czynienia z nadwagą. Otyłość u tych osób związana jest ze skłonnościami do odkładania się tkanki tłuszczowej, nie tylko lokalnie ale w różnych miejscach organizmu. Przeważnie osoby te mają grube kończyny, szerokie plecy i klatkę piersiową. Występuje duża ilość tkanki tłuszczowej na brzuchu i biodrach. Nieraz tkanka ta jest zbita, co utrudnia skuteczne odchudzanie, a z wiekiem dochodzą problemy z wiotkością skóry. U tych osób wskazane może być leczenie nadwagi ale z uwagi na ogólna budowę zwraca się także uwagę na aparat więzadłowo-stawowy w okolicach dużych stawów. Masaż może być skuteczny we wspomaganiu leczenia ewentualnej nadwagi, ale sam w sobie, jako indywidualny zabieg nie przyniesie spektakularnych efektów.

U wielu osób mimo wspomnianej budowy i zdiagnozowanej nadwagi zaobserwować możemy pomimo wszystko swojego rodzaju lekkość bycia, swobodę poruszania się. Wiąże się to z pozytywnymi cechami usposobienia, a nierzadko osoby te są po prostu duszą towarzystwa. Jak mówi poeta – poruszają się centymetr nad ziemią. Takie niewątpliwie pozytywne cechy sprawiają, że pacjenci zainteresowani są czasem bardziej masażami wspomagającymi krążenie, wzmacniającymi stawy, masażem leczniczym czy po prostu ogólnym masażem wspomagającym kondycje psychofizyczną, niż masażem odchudzającym. Zniechęcające mogą być także duże skoki wagi, niepowodzenia w skutecznym odchudzaniu, kiedy pojawia się głęboki sceptycyzm co do kolejnych prób odchudzania.

Wbrew ogólnym poglądom, nie zawsze mocniejszy, intensywniejszy masaż jest dla nich najlepszym rozwiązaniem. Zbyt mocny masaż nie jest przecież ukierunkowany tylko wybiórczo na tkankę tłuszczową ale powoduje dużą stymulację układu krążenia, wpływa na układ hormonalny i nerwowy. W miarę upływu lat utrata tkanki mięśniowej kosztem tkanki tłuszczowej powodować może problemy krążeniowe a osłabione kończyny, zwłaszcza górne sprawiają wiele problemów. Masaż wtedy powinien być dostosowany do miejscowych potrzeb organizmu.

Typ atletyczny – to typ budowy z silnie rozwiniętymi mięśniami nie tylko głównych grup mięśniowych, ale także silnym układem kostnym. Silna, wyraźnie zaznaczona klatka piersiowa ze zwężającą się budową tułowia w kierunku miednicy sprawia że w naturalny sposób wzmocnione są także powłoki brzuszne. Osoby te są zainteresowane najczęściej intensywniejszym masażem i wydawać by się mogło, że masaż modelujący nie ma dla nich większego znaczenia. Jednak to zależy. Czasem jest wprost przeciwnie, to właśnie u nich nagłe zmiany w budowie ciała na przykład u kobiet po ciąży, nagłe wahania wagi są powodem wielu frustracji. Zaistniałe zmiany ich zdaniem widoczniejsze są bardziej niż u osób o przeciętnej budowie. Dotyczy to zwłaszcza zmian w okolicach powłok brzusznych oraz bioder.

Typ leptosomiczny – lub też w przypadku nagromadzenie kilku typowych cech tego typu budowy określanej jak typ asteniczny – to przede wszystkim szczupła sylwetka. Występuje wydłużona, stosunkowo wąska klatka piersiowa, a obserwując grzbiet płynnie przechodzi w zarys miednicy i wydłużone, szczupłe kończyny.

Od strony estetycznej głównym celem masażu u tych osób jest modelowanie wybranych partii ciała. W odróżnieniu od minionych dekad, dzisiaj możemy sobie uświadomić, a co najważniejsze wiedzą o tym i rozumieją sami pacjenci, cellulit nie jest już utożsamiany z lokalnym nadmiarem tkanki tłuszczowej bądź otyłością. Innymi słowy nie dziwi nas, iż mimo szczupłej sylwetki występuje u nich cellulit. Mało tego, to właśnie u osób o szczupłej budowie zmiany w postaci cellulitu mogą być bardziej widoczne niż na przykład u osób o przeciętnej budowie bądź z większą ilością tkanki tłuszczowej ale dobrze napiętej, elastycznej skórze.

U osób szczupłych zmiany stosunku tkanki tłuszczowej względem tkanki mięśniowej zwłaszcza po 40-50 rokiem życia, stają się głównym problemem estetycznym w okolicach powłok brzusznych. Wydaje się, iż pojawienie się tzw. brzuszka w tym przypadku częściej jest powodem frustracji u mężczyzn niż u kobiet, dla nich jednym z głównych problemów jest zmieniające się ukształtowanie piersi.

Ponadto nie do ukrycia są zmiany jędrności skóry w okolicach twarzy, zwłaszcza po drastycznych kuracjach odchudzających odbywających się w krótkim czasie.

Tkanka tłuszczowa a możliwości wspomagania leczenia nadwagi za pomocą masażu

U pacjentów ze zdiagnozowaną, widoczną otyłością już na wstępie możemy ocenić jaki występuje rodzaj i jak jest rozmieszczona tkanka tłuszczowa. Sami możemy ocenić ogólnie stan tkanki tłuszczowej i skóry za pomocą oglądania, palpacji oraz pomiarów z wykorzystaniem plikometru.

Podstawowe typy to **otyłość typu androidalnego (brzusznego) i otyłość typu gynoidalnego (pośladkowo-udowa)**, to podstawowy podział otyłości związanej z nadmiarem i rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej.

Pierwsza dotyczy rozmieszczenia tkanki tłuszczowej górnej połowy ciała i generalnie jest częściej domeną mężczyzn. Tkanka tłuszczowa jest rozmieszczona powyżej linii tali, znacznie zaznaczona na poziomie brzucha zarówno na poziomie kołców biodrowych, jak i ponad linie żeber. Od środka, linii białej przechodzi na wysokość linii pachowych i w kierunku grzbietu z widocznym otluszczeniem w kierunku lędźwiowym.

W szczególności sposób powinniśmy zwracać uwagę na otyłość środkowej i górnej części brzucha, ponieważ często mamy do czynienia z otluszczeniem narządów wewnętrznych, utrudniający krążenie i funkcjonowanie narządów jamy brzusznej.

Drugi typ jest domeną kobiet. Tkanka tłuszczowa mocniej zarysowana w linii tali i schodząc na uda powiększa się nieco na wysokości krętarzy. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej tych partii ciała jest najczęściej problemem ocenianym z punktu estetyki, tym bardziej, jeśli skóra kobiety charakteryzuje się dużą wiotkością. Często występuje postać mieszana, ale jednak z przewagą jednego z typów.

Bezpośrednie oddziaływanie masażu wykonywanego w celu ogólnego odchudzenia można podsumować następująco:

Masaż przede wszystkim pozytywnie wpływa na gospodarkę wodną, poprawia krążenie, dotlenienie i usprawnia odprowadzanie toksyn i pośrednio wpływa na tkankę tłuszczową.

Od razu pojawiają się pytania typu – a co z bezpośrednim wpływem

masażu na zmniejszanie ilości komórek tłuszczowych? To proste, takiego bezpośredniego wpływu nie ma.

Możemy pozytywnie wpłynąć, zmniejszyć pojawiające się w skórze złogi tłuszczowe, zmniejszać zwłóknienia czy nawet pojawiające się stwardnienia, ale w całościowej terapii leczenia otyłości jest to jeden z czynników, pośredni. Aby osiągnąć bardziej spektakularne efekty, potrzebna jest spora ilość zabiegów i czas.

W odróżnieniu od otyłości, masaż ma dużą skuteczność w lokalnym modelowaniu sylwetki, zwłaszcza miejsc problemowych.

Masaż najpierw powinien oddziaływać na sąsiednie, osłabione tkanki (wspomagając ich metabolizm) wokół zmian daleko posuniętych. Potem skupiamy się w masażu na konkretnych zmianach.

Najpierw na przykład wykonujemy masaż na całym udzie, a nawet na całej kończynie dolnej, jeśli – prócz nadwagi – mamy początkowe zmiany niewydolności żyłnej lub tendencje do niewielkich obrzęków na poziomie łydek. Skupiamy się na tkankach wokół nich, przede wszystkim podczas pierwszych zabiegów wykonujemy masaż powyżej zmian. Podobnie postępujemy, jeśli wyczuwamy miejscowe złogi tłuszczowe. Masujemy najpierw tkanki w ich sąsiedztwie, a dopiero potem intensywniej zmienione miejsca.

Nieco inaczej wygląda masaż jeśli mamy pacjentów już ze zdiagnozowaną nadwagą i pewnymi powikłaniami w układzie stawowo-więzadłowym oraz krążeniowym.

Z jednej strony, masaż u tych pacjentów może mieć ogólny charakter, ale w przeważającej części optymalne zastosowanie będzie miał masaż dostosowany do lokalnych, miejscowych potrzeb organizmu.

Z drugiej strony, jeśli u pacjentów występują zaawansowane zmiany na przykład naczyniowe jak żyłaki podudzia czy duża ilość popękanych naczyń lub stany pooperacyjne, mogą wystąpić także lokalne przeciwwskazania do wykonywania masażu.

Jednym z powikłań otyłości jest nadciśnienie tętnicze, jeśli w wywiadzie chorobowym okaże się że pacjent cierpi na nadciśnienie, ze względu na intensywność masażu wspomagających odchudzanie (wpływ masażu na układ krążenia z chwilowym podniesieniem ciś-

nienia), masaż może by przeciwwskazany zwłaszcza jeśli występują duże skoki ciśnienia.

Pomimo zwiększonej grupy ryzyka powikłań chorobowych wynikających z nadwagi, wiele otyłych osób nie czuje dodatkowych dolegliwości. Trudno jest ocenić które z nich należą do grupy ryzyka, tym bardziej że często nie odnotowuje się żadnych poważniejszych odstępstw od prawidłowego metabolizmu.

Pod uwagę bierze się także rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie a nie jedynie sam fakt nadwagi. Duże nagromadzenie tkanki tłuszczowej w brzuchu, tzw. tłuszcz trzewny nasila ryzyko powikłań i zmienia metabolizm. Trudno pacjentowi wytłumaczyć że nie sama w sobie otyłość jest problemem, ale rozmieszczenie tłuszczu w organizmie.

U osób podejmujących drakońskie diety po pierwszych wydałoby się pozytywnych efektach zmniejszenie wagi, następuje często poczucie osłabienia. Pacjent traci na wadze ale niekoniecznie zmieniają się relacje rozmieszczenia tkanki tłuszczowej.

Utrata jędrności skóry, brak większych efektów odchudzania jest jednym z niepowodzeń jeśli odchudzanie opiera się jedynie na diecie. Bez podjęcia dodatkowych działań jak aktywne ćwiczenia, masaże, kosmetyka, zabiegi fizykalne, trudno o długotrwałe efekty.

Masaż w terapii cellulit a modelowaniu sylwetki, podsumowanie

Zanim przejdziemy do strony praktycznej podejmowanych zagadnień, krótkie podsumowanie. Przed przystąpieniem do masażu, musimy najpierw ustalić z jakimi problemami mamy faktycznie do czynienia, a więc jaki optymalnie zastosować masaż. Gabinet masażu, fizjoterapii czy kosmetyczny jest zwykle „bramą” do terapii cellulitu oraz modelowania sylwetki. Tu w przeważającej części najpierw trafiają klienci, zanim pójdą na wizytę i diagnostykę lekarską. Zwłaszcza wtedy, kiedy nie jesteśmy pewni z jakimi mamy problemami do czynienia lub podejrzewamy współistniejące schorzenia powinniśmy taką wizytę zasugerować.

Zróznicowanie metod i technik masażu dotyczy nie tylko odpowiedniego stadium, stopnia zmian cellulitowych, zajętego obszaru, ale także współistniejących problemów jak lokalna akumulacja tkanki tłuszczowej, pękające naczynia, czy niewydolności naczyniowe.

Ponadto rodzaj dobranych technik w masażu oraz zakres masowanych tkanek zależy od stanu elastyczności tkanek, możliwości ich przesuwania (sprężystość powięzi) ogólnej jędrności skóry i siły mięśni.

Etiologia cellulitu wyznacza masaż. Dobieramy go tak, aby przede wszystkim zmniejszyć obrzęki, a potem poprawić krążenie. Ważne są w miejscach gdzie nastąpiły zmiany, choć warto stymulować krążenie nie tylko ściśle w miejscach, gdzie występują największe zmiany. Słowem, nie ograniczamy masażu tylko do części ud, pośladków czy powłok brzusznych.

Na poziomie skórny, istotne jest stymulowanie krążenia limfatycznego ale i żylnego. Masażem zmniejszamy obrzęki i polepszamy odporność organizmu oraz przyspieszamy odprowadzanie toksyn. Podczas pierwszych masażu skupiamy się na poziomie skóry, dlatego nie ma tu miejsca na siłowe, zbyt mocne masaże, silnie rozgrzewające wpływające na mięśnie, masujemy je przy okazji, ale nie celowo.

Masaż antycellulit a zwłóknienia

Głównym celem masażu w terapii cellulit jest zmniejszenie mikroobrzęków polepszenie krążenia ale i uelastycznienie tkanki łącznej. Początkowe masaże mają na celu przede wszystkim zmniejszenie obrzęków, ale z drugiej strony bywa to utrudnione kiedy w neuralgicznych miejscach (na przykład okolicy stawu kolanowego lub stawu skokowego po stronie grzbietowej pasmo zwłóknień przechodzące w kierunku kostek oraz na łydce na wysokości przejścia ścięgna Achillesa w brzuszce) pojawiły się już zwłóknienia. Wtedy skuteczniejszy będzie masaż tkanki łącznej, połączony czasem z manipulacjami tkanek miękkich.

Natomiast w przypadku lokalnego nadmiaru tkanki tłuszczowej głównym celem jest rozbicie miejscowych „złogów tłuszczowych” i uelastycznienie tkanki łącznej.

We wspomnianym pseudocellulicie, masaż ma na celu stymulację mięśni i skóry w celu „lifingu pośladeków” oraz uelastycznienie zwiotczalej skóry tego obszaru. W tym przypadku możemy osiągnąć najbardziej widoczne efekty, czasem bardzo spektakularne po serii zabiegów.

Jak zwykle na wstępie warto rozpocząć od drenażu, ale po kilku masażach skuteczniejszy będzie na przykład masaż izometryczny, pod warunkiem, iż nie ma problemu z pękającymi naczynkami.

Znaczenie masażu w terapii cellulit

W terapii cellulit z uwagi na pierwotne mikro obrzękowe zmiany, stwierdza się skuteczność między innymi drenażu limfatycznego zwłaszcza w początkowej fazie terapii. Ale tam gdzie zaobserwaliśmy już dodatkowe wtórne zmiany, zwłóknienia oraz stwardnienia, opcjonalnie drenaż powinien być zastąpiony bardziej intensywnym masażem.

Opcjonalne zastosowanie metody Dynamicznego Masażu Antycellulit.

Istotne jest także – w zależności, czy mamy główny problem w postaci zmian cellulitowych, czy też lokalnej akumulacji tkanki tłuszczowej – nie tylko dostosowanie technik, ale odpowiednie ułożenie pacjenta.

Klasycznie zabieg wykonuje się najczęściej w ułożeniu pacjenta na brzuchu, potem na plecach, ale czasem odpowiedniejsze jest ułożenie na boku, raz na jednym, potem na drugim. Na przykład dla opracowania okolicy biodrowej, linii talii, okolicy tylnej uda, czy w przypadku bardziej precyzyjnego masażu zwiotczalej skóry nad kolanem opcjonalnym ułożeniem jest masaż wykonywany na boku.

Takie rozwiązania są podane w Dynamicznym Masażu Antycellulit, patrz następne rozdziały.

Masaż powinien być na wstępie wykonywany w serii przynajmniej 10 zabiegów, co drugi, trzeci dzień. Potem opcjonalnie i jako masaże podtrzymujące efekty można masaż wykonywać rzadziej. Sporadyczne zabiegi, zwłaszcza na początku terapii przyniosą niewielkie efekty.

II

PRAKTYKA I WSPOMAGANIE LECZENIA CELLULITU

WYBRANE ZAGADNIENIA

Drenaż limfatyczny w terapii cellulit, podstawowe chwytty

Jak wspomnieliśmy wcześniej drenaż limfatyczny zwłaszcza manualny ma bardzo duże znaczenie w profilaktyce, jest także zabiegiem o potwierdzonej skuteczności w samej terapii cellulitu. Praktykowany jest w prywatnych, niezależnych ośrodkach oraz w gabinetach ambulatoryjnych lub klinikach prowadzonych przez lekarzy. Drenaż cieszy się uznaniem terapeutów jak i samych pacjentów, a w licznych artykułach, publikacjach możemy przeczytać o jego skuteczności.

Do efektywności manualnego drenażu przekonuje nas sam fakt, iż jednym z podstawowych, pierwotnych problemów w cellulicie jest występujący w różnym stopniu obrzęk. Drenaż ma znaczenie zwłaszcza w pierwszych zabiegach, kiedy podejmujemy leczenie. Stosujemy go jako wstępny masaż zmniejszający obrzęki.

Dobre efekty przynosi drenaż także w przypadkach kiedy skóra jest wiotka, a zmiany skórne dotyczą jej większych partii. Z drugiej strony warto nadmienić iż drenaż limfatyczny nie jest jedynym stosowanym masażem w leczeniu cellulitu. W sytuacji kiedy doszło już do miejscowych zwłóknień zastosowanie ma masaż skupiony na tkance łącznej, a tam gdzie wyczuwa się stwardnienia i złogi, zastosować można bardziej intensywny masaż.

Siła bodźca oraz obszar skóry, którą poddajemy masażowi, zależy także od stanu naczyń. Rozszerzone lub popękane naczynka w dużym stopniu masaż ograniczają.

Stosowanie manualnego drenażu limfatycznego jako wstępnego masażu ma jeszcze jedną zaletę. Podczas manualnego drenażu, podobnie jak podczas stosowania innych metod masażu wykonywanych ręcznie jest czas na diagnostykę zmian. Terapeuta centymetr po centymetrze jest w stanie określić nawet punktowe, niewielkie zmiany w stanie skóry. Tej bezcennej cechy nie ma żadna aparatura do masażu mechanicznego.

Poniżej przedstawiamy schemat manualnego drenażu limfatycznego.

Są to oczywiście wybrane, najczęściej stosowane chwytów. Tym samym wychodzimy z założenia, iż praktykujący masażysta zna drenaż przynajmniej w podstawowym zakresie. Nie jest to więc nauka drenażu od podstaw, a jedynie wskazanie skuteczniejszych chwytów w przypadku zmian cellulitowych. Nie opisujemy tutaj szczegółowo strony technicznej każdego chwytu. Celem jest przedstawienie jedynie schematu postępowania.

Masaż zawsze będzie różnił się pewnymi niuansami technicznymi. Można zaobserwować różnice dotyczące rozpoczynania masażu według różnych szkół, podobnie jak opis strony technicznej chwytów, w którym często posiłkujemy się skojarzeniem z chwytami masażu klasycznego. Podstawowe zasady drenażu limfatycznego pozostają jednak te same.

Podstawowe chwytów według Voddera w manualnym drenażu limfatycznym to:

- **ruchy stałe okrężne**
- **chwytów obrotowe**
- **chwyt pompujący**
- **chwyt czerpiący**

W przypadku drenażu bardziej adekwatne jest określenie *chwytów* w odróżnieniu od terminu *techniki*, część chwytów bowiem charakterystyczna jest tylko dla drenażu.

W opisach drenażu spotykamy się także z terminami: **rozcieranie kolisty, posuwiste czy spiralne, są to jednak uproszczone, opisowe nazwy ułatwiające skojarzenie chwytów.**

Według podstawowej zasady w drenażu istotne jest postępowanie według znanego schematu opisującego fazę przesuwania i fazę odprężenia, które przechodzą harmonijnie i porównać je możemy do postępującej fali lub do tarczy zegarowej, gdzie część ruchu to faza na przykład od 12 do 6, a druga faza to od 6 do 12. Absolutnie nie ma jednak między nimi stałej przerwy, szybkiego odrywania rąk czy też cofania do tyłu!

Faza przesuwania narasta, podczas niej następuje przemieszczanie limfy w kierunku odpływów. Rozciąganie tkanek podczas delikatnych ruchów oddziałuje na naczynia chłonne w tkance podskórnej. Zbyt mocny nacisk nic nie daje, nie polepsza technicznej strony drenażu, nie czyni go bardziej efektywnym, a może wręcz uszkodzić delikatne struktury.

Faza odprężenia to faza o działaniu ssącym, bierna dla dłoni. Po przez utrzymywanie jedynie lekkiego kontaktu ze skórą pozwalamy tkancom wrócić do podstawowego kształtu. Osoby posiłkujące się w nauce materiałami video tego istotnego faktu nie są w stanie wychwycić.

Uwaga dotycząca regularności zabiegów

W przypadku drenażu limfatycznego, po masażu powinna nastąpić chwila odpoczynku, podobnie jak po innych zabiegach. Pacjentka pozostaje po masażu chociaż na kwadrans na stole. Nie powinna się od razu podnosić, ubierać i wstawać. W kosmetycznych „zabiegach na ciało” po drenażu następuje czasem dalsza część zabiegu z owijaniem lub bandażowaniem.

Zabiegi wykonujemy w seriach, przynajmniej na wstępie 10 zabiegów co 3-2 dzień, potem dopiero mogą być wykonywane rzadziej. No i tutaj najczęściej mamy problem organizacyjny, ponieważ nie zawsze pacjentka może z powodów czasowych uczęszczać regularnie na zabiegi.

W osobistej praktyce jeśli pacjentka deklaruje, iż niestety na masaż może przyjeżdżać jedynie sporadycznie co kilka dni, a moje sugestie nie odnoszą rezultatu, po prostu nie proponuje drenażu limfatycznego, bo takie postępowanie mija się z celem i głównymi zasadami drenażu. Proponuję zatem opcjonalnie Dynamiczny Masaż Antycellulit. Opracowanie to co prawda też powinno być wykonywane regularnie, ale jeśli nie ma innego wyjścia, opracowanie według DMA będzie skuteczniejsze.

Manualny drenaż limfatyczny także w leczeniu cellulitu powinien przebiegać następująco:

- **wywiad**
- **informacje dla pacjenta dotyczące przebiegu masażu i zachowań po jego przeprowadzeniu**
- **testy palpacyjne, diagnostyka: uciskowa oraz przesuwanie skóry**
- **masaż /drenaż limfatyczny i następujący po nim odpoczynek**

Schemat głównych chwytów

Opracowanie wstępne szyjnych pni limfatycznych

Układ limfatyczny jest układem otwartym. Terapeuci jeszcze przed przystąpieniem do opracowania danego regionu i opracowania głównych węzłów limfatycznych, zalecają najpierw masaż szyjnych pni limfatycznych i opracowanie regionu nadobojczykowego. Dla pacjenta może być dziwne takie postępowanie, dlatego przed masażem wytłumaczyć należy przebieg drenażu. Tym bardziej, iż opracowanie drenażu w przypadku cellulitu, wiąże się z masażem nie tylko samych obszarów skóry gdzie problem występuje, ale z częściowym opracowaniem brzucha i grzbietu.

Uwaga do zdjęć

Podczas manualnego drenażu limfatycznego staramy się stosować minimalną ilość środka poślizgowego lub też wspomagającego masaż kremu czy oliwki. Zbyt duża ilość zmniejsza kontrolę na chwytem i ślizgamy się po skórze bez optymalnego efektu.



Na zdjęciach drenażu kończyn dolnych pokazano dwie opcje, z zastosowaniem oliwki i bez. Stosowanie oliwki jest czasem bardziej uzasadnione, zwłaszcza jeśli skóra jest bardziej wrażliwa lub nieco bolesna na przykład po przyśrodkowej stronie uda.

WSTĘP – SZYJA

Chwyt 1: Chwyt głaskania rozpoczynamy od środka mostka do dołów nadobojczykowych. Spokojny, jednostajny ruch (zob. zdjęcie na sąsiedniej stronie).

Chwyt 2: Opracowanie węzłów chłonnych – pień szyjny. Palce wyprostowane i lekko złączone pracują razem, płasko ułożone. Wykonujemy 5×3 powtórzenia Ruchy okrężne.

Chwyt 3: Opracowanie dołów nadobojczykowych.



BRZUCH

Podstawowe opracowanie okolic brzucha przed przystąpieniem do masażu kończyn dolnych:

Chwyt 1: Głaskania oburącz w dwóch pasmach, w centralnej linii brzucha i po dwa głaskania w kierunku łuku żeber i w kierunku pachy. Rozpoczynamy od okolicy pępka.

Chwyt 2: Uciski w rytmie oddechowym, z uciskiem w końcowej fazie oddechu.

Chwyt 3: Opracowanie w pięciu punktach, począwszy od lewego łuku żebrowego do prawego. Pięć ruchów okrężnych, pompowanie. Jedna dłoń stabilizuje drugą.

Chwyt 4: Głaskania od okolicy podpępkowej, zaczynamy nad spojeniem łonowym w kierunku pępka i omijamy go, następnie pasmo głąskań szerzej i nieco wyżej w kierunku przednich górnych kolców biodrowych.

Chwyt 5: Głaskanie w pięciu liniach od okolicy pępkowej łukiem poniżej kolców biodrowych, w dół w kierunku węzłów pachwinowych i kolejne pasma w kierunku spojenia łonowego.

OPRACOWANIE KOŃCZYN DOLNYCH w ułożeniu pacjenta na plecach

Postępowanie po stronie jamy brzusznej. Podczas opracowania kończyn dolnych i węzłów pachwinowych, często terapeuci rozpoczynają masaż po stronie jamy brzusznej aby przygotować niżej leżące węzły. Potem przechodzą dopiero do opracowania węzłów pachwinowych.

Chwyt 1: Dłoń ustawiona jest poprzecznie, kłębikiem po przyśrodkowej stronie górnych przednich kolców biodrowych i zwrócona jest palcami w kierunku pachwiny. Chwyt przypominający ucisk posuwisty wykonujemy powyżej pachwiny i nieznacznie przesuwamy się w linii pachwiny, do drugiego punktu. Najpierw z jednej potem z drugiej strony w linii pachwiny. Uwaga, chwyt ten z powodu dużego skrępowania pacjentów jest czasem w praktyce pomijany, dlatego należy uzasadnić pacjentowi, dlaczego go wykonujemy.



Głaskanie diagnostyczne całej kończyny dolnej. Ułożenie kończyny w lekkim zgięciu kolanowym i niewielkim odwiedzeniu uda.



Na wstępie możemy zatrzymać się na moment w okolicy kostek i ścięgna Achillesa, w celu diagnostycznym. Sprawdzamy czy ewentualnie nie występują tutaj obrzęki tej okolicy.

Podczas ponownego przegłaskania zatrzymujemy się na łydce poniżej dołu podkolanowego, w celu diagnostyki palpacyjnej tej okolicy.

Wykonując drenaż kończyny dolnej, najpierw opracowujemy węzły danego regionu. Przed głaskaniem diagnostycznym kończyny przystępujemy więc do opracowania okolicy węzłów po stronie ściany brzusznej a potem po stronie pachwinowej.

Chwyty 2: Chwyty w okolicy węzłów pachwinowych możemy rozpocząć podczas zakończenia głaskania poprzez całą kończynę, wtedy oczywiście zatrzymujemy się na wysokości węzłów pachwinowych, zmieniamy ułożenie dłoni i wykonujemy kolejny chwyt:

a) Chwyt w opracowaniu węzłów pachwinowych dłonie ułożone po stronie przedniej uda, tuż poniżej węzłów – ręka obok ręki – lub wykonujemy chwyt stabilizowany dłoń na dłoni. Rozcierania koliste pasma poziomego węzłów pachwinowych, wykonujemy miejscowo, przechodząc po jednym chwycie do kolejnego punktu. Rozpoczynając bliżej kolca bio-



drowego i schodząc w kierunku pachwiny. W rzeczywistości w tzw. rozcieraniach kolistych siła nieco wzrasta do połowy okręgu, czyli w kierunku węzłów. Następnie zwalniamy nacisk.

b) Następnie chwytamy wykonujemy w kolejnych miejscach, bliżej pachwiny, dłonie ułożone nieco bardziej płasko.

Uwaga, chwytamy wykonujemy jako ruchy okrężne płasko ułożona dłoń, palce w okolicy więzadła pachwinowego pracują z dużym wyczućciem, pamiętajmy o nasilaniu nacisku jedynie do połowy okręgu, potem zwalniamy, bez przesuwania skóry z powrotem.



Masaż wykonujemy od strony bocznej, następnie przyśrodkowej.

Chwył 3: Chwył ręką obok ręki wykonujemy płasko ułożonymi dłońmi po stronie przyśrodkowej uda. Palce poprzecznie ułożone (osiem palców). Ruchy okrężne, masujemy w 3 punktach, najpierw w pobliżu pachwiny, a następnie oddalamy się do punktów dystalnych. Patrząc na palce, podstawowy kierunek masażu wykonujemy w dół i w kierunku pachwiny, potem rozluźniamy.





Chwyt 4: Głaskanie w pasmach, dłonie płasko ułożone. Wykonaj dwa lekkie głaskania rozpoczynając nad kolaniem idąc do węzłów pachwinowych, a jedno łukiem w kierunku krętarza.





Chwyt 5: Chwyt wzdłuż mięśnia krawieckiego 3 podstawowe przejścia, 5 podstawowych stałych ruchów okrężnych w miejscu i przejście do następnego. Palce ułożone obok siebie, głęboko ale miękko wykonywane ruchy, bardziej pionowo ułożonymi palcami niż w ruchach poprzednich. Rozpoczynając na wysokości połowy uda i przesuujemy się w kierunku linii pachwiny.

Chwyt 6:

a) Podstawowy chwyt **rozcieranie posuwiste** uda. Chwyt wykonywany jest najpierw jedną dłonią w trzech głównych pasmach. **Rozcieranie posuwiste** jest tutaj raczej uproszczonym opisem. Właściwy, podstawowy chwyt w opracowaniu uda to chwyt pompowania, wykonujemy go okrężnie, ale nacisk wykonywany jest do połowy okręgu, potem zwalniamy.

Chwyt wykonujemy w 4 etapach: najpierw wysuwamy nadgarstek do przodu, potem półokrężny ruch, lekkie przesunięcie do przodu i faza „0” czyli bez ruchu. Tak powtarzamy sekwencje przesuując się w kierunku pachwiny.



b) Drugą dłonią pracujemy podobnie w sąsiednim pasmie.



c) Opracowanie oburącz – chwyt rozcierania posuwistego (okrężne ruchy jak powyżej), chwyt wizualnie może przypominać ułożenie klasyczne dłoni w chwycie „ręka za ręką”, ale technicznie różnią się. Najpierw wolno rozpoczyna jedna ręka, a po chwili w paśmie obok niej druga.

Chwyt 6: Kombinowany chwyt pompowania – najpierw po stronie przyśrodkowej pracuje jedna dłoń, wykonując główny ruch podobny do rozcierania posuwistego, a druga dłoń „zbierająca” wykonuje krótki chwyt podobny do głaskania z boku do dłoni wykonującej główny chwyt.





W paśmie zewnętrznym pracują dłonie podobnie, ale pasmo jest krótsze.

Powrót do lekkich głaskań w trzech pasmach.



W sytuacji dużych obrzęków, stosuje się także powolny chwyt czerpania.

Chwyt czerpiący wykonujemy oburącz w 4 fazach:

- **ściągnięcie z obwodu**
- **lekki ucisk**
- **przepychanie**
- **i rozluźnienie z przejściem nieco wyżej**

Następnie zalecane przejście do ponownego opracowania okolicy pachwinowej.

Chwyty na okolice kolana i opracowanie węzłów chłonnych

Chwyt 1:

a) Chwyt poprzez kolano, ruchy okrężne wykonujemy najpierw jedną ręką, rozpoczynamy poniżej kolana a kończymy na udzie. Chwyt przypominający rozcierania kolisty wykonujemy kciukiem po stronie zewnętrznej, pozostałe palce masują po stronie przyśrodkowej. Drugą dłoń przykładamy w celach diagnostycznych powyżej dłoni masującej, lekko tak

aby był tylko kontakt ze skórą. Chwyty powtarzamy 2–3 krotnie, powoli, spokojnie, podobnie do falii.



b) Chwyt podobny, wykonywany oburącz po obu stronach kolana pracują otwarte dłonie. Chwyty wykonywane okrężne, rozpoczynamy poniżej kolana, dłonie ustawione prawie pionowo, wolniej miejscowo i z przejściem.



Chwyt 2: Po stronie przyśrodkowej – dłoń obok dłoni ułożone w poprzek, masujemy w trzech 3 punktach, ruchy okrężne.



Chwył 3: Chwył podkolanowy – palce ułożone są prosto, wykonujemy ruchy okrężne zaczynając pierwszy ruch na wysokości środka kolana po stronie wołu podkolanowego. Palce w dole podkolanowym lekko się stykają.



ŁYDKA

opracowanie łydki w zgięciu kolanowym

Opracowanie łydki może przebiegać w ułożeniu kończyny w zgięciu kolanowym. Terapeuci czasem wykonują drenaż w ten sposób, jeśli cały drenaż kończyn dolnych przebiega w jednym ułożeniu, czyli na plecach.

Ponadto warto tutaj przypomnieć, iż typowe zmiany cellulitowe ograniczają się raczej do wysokości kolan, najczęściej okolicy przyśrodkowej. Czasem jednak zmiany pojawiają się nieco niżej, na górnej części łydki. Ponadto odnotowuje się, iż u wielu pacjentek zmianom cellulitowym towarzyszą w różnym stopniu obrzęki na wysokości łydek, dlatego też mimo głównych zmian na poziomie ud, terapeuci czę-

sto opracowują całe kończyny dolne z szczególnym opracowaniem ud, poświęcając także uwagę – choć znacznie w mniejszym stopniu – na dodatkowe opracowanie łydek.

Dlatego poniżej kontynuujemy schemat wykonywania najważniejszych chwytów.

Chwyt 1: Chwyt głaskania powierzchniowego, następnie nieco głębiej (diagnostycznie) jedną dłonią masujemy, druga stabilizuje podudzie.



Chwyt 2: Chwyt rozcierania posuwistego jedną dłonią (pompowanie)

a) ze strony przyśrodkowej pracuje jedna dłoń, kciuk w linii piszczeli pozostałe palce po stronie mm. brzuchatego łydki.





Potem odwrotnie teraz druga dłoń pracuje w linii drugiej głowy brzuchatego, a kciuk prowadzony jest w linii strzałki,

b) Chwyt drugą dłonią pompowanie – ze strony zewnętrznej.

c) Chwyt ręka za ręką – pompowanie na wysokości brzuchatego łydki.



WYPROSTOWANA KOŃCZYNA DOLNA

Na prawie prostej kończynie (jedynie lekko uniesiona przez podkład na wysokości dołu podkolanowego) wykonujemy kolejno:

a) Chwyty pompowania jak wyżej jedną dłonią, potem drugą, po stronie przednio-bocznej

b) Chwyty pompowania, kombinowany, dłoń wykonuje ruch „zciągający” od środka na boki do dłoni prowadzącej. Symetrycznie z drugiej strony.



Następnie przechodzimy do ponownego opracowania okolicy kolana wykonując jeden lub 2 podstawowe chwyt.

CHWYTY NA OKOLICE STAWU SKOKOWEGO

Uwaga! Często aby drenaż był skuteczny musimy najpierw uporać się z lokalnymi zwłóknieniami na grzbietowej stronie okolicy stawu skokowego. W tym celu opracowujemy tę okolicę w oparciu o masaż tkanki łącznej. W celu rozluźnienia tkanek wykonać można dodatkowo manipulacje tkankami miękkimi tego obszaru. Jest to jednak opracowanie poza właściwym drenażem limfatycznym nie łączymy go w jednej sesji masażu.



Chwyt 1: Przegląskaj diagnostycznie okolice stawu skokowego, stronę grzbietową, następnie sprawdź stan tkanek pomiędzy Achillesem a kostkami.



Chwyt 2: Opracowanie po stronie grzbietowej, przedniej, chwyt rozcierania posuwistego wykonywany kciukami, blisko siebie, przechodzimy w pasmach ze stopy na podudzie.

Chwyt 3: Opracowanie poniżej kostek, wzdłuż ścięgna Achillesa – oburącz, pracuje 8 palców, krótkie pasmo palce wyprostowane, dłonie ustawione prawie pionowo. Ruchy okrężne.

Chwyt 4: Rozcieranie posuwiste, powolne ruchy wykonywane w pasmach wzdłuż śródstopia kciukami obok siebie.

Chwyt 5: Chwyta na okolice stawów śródstopno-paliczkowych, powolne pompowanie, kciuk pracuje obok kciuka. Następnie skupiamy się bardziej na palcach.

Chwyt 6: Chwyt wykonywany oburącz – pompowanie oburącz, jedna dłoń ułożona w poprzek stawu skokowego po stronie grzbietowej, druga wzdłuż, po stronie podeszwowej stopy i wykonujemy ruchy naprzemiennie.



Następnie wykonujemy w drenażu OPRACOWANIE KCIUKAMI PALCÓW STOPY

Jak zaznaczyłem wcześniej chwyt poniżej łydki nie należą do opracowania drenażu w zmianach cellulitowych, warto jednak poświęcić nieco uwagi na stymulację krążenia limfatycznego poniżej właściwych zmian.

Masaż w jednym czy dwóch ułożeniach?

Według wielu szkół wykonując opracowanie całej kończyny, najpierw wykonujemy głaskanie pasmowo, potem chwyt począwszy od opracowania węzłów pachwinowych schodzimy do kolejnych chwytów dystalnych. Następnie wykonujemy pojedyncze chwyt od stopy do pachwiny. Opracowanie jednostronne – w ułożeniu jedynie na plecach – jest wykonywane często w sytuacjach, kiedy objęte są zmianami niewielkie powierzchnie uda, przednie i boczne na przykład okolica krętarzowa.

Ponadto jeśli drenaż wykonywany jest w odpowiednim cyklu zabiegowym z dodatkowymi zabiegami stosowany jest czasem drenaż jedynie w jednym ułożeniu. Niestety jest to dla pacjenta może i wygodniejsze,

ale nie spełnia wymogów całego opracowania kończyn w drenażu limfatycznym.

Dlatego jeśli wykonujemy drenaż w jednym ułożeniu to pod koniec opracowania kończyny wykonujemy pojedyncze chwytty drenażu od stopy do pachwin. Pamiętajmy o zasadzie podwójnego opracowanie okolic dużych stawów i węzłów chłonnych.

Pacjent w ułożeniu na brzuchu

Na wstępie jeszcze raz opracowujemy węzły pachwinowe, pacjent leży na plecach i wykonujemy 1-2 chwytty z opracowania w linii węzłów pachwinowych, dopiero potem pacjent kładzie się na brzuchu.

Nogi lekko zgięte w stawach kolanowych, a podudzia oparte na niewielkim podparciu, klin, zwinięty ręcznik itd.

Chwyt 1: Przeglaskanie całej kończyny dolnej od pięty do fałdu pośladkowego, stoimy tyłem do pacjenta palce skierowane do stopy, czyli najpierw pracują nadgarstki, śródreżce a potem palce.

Chwyt 2: Opracowanie jedną dłonią – głaskanie w trzech głównych pasmach uda, przyśrodkowe, tylne i boczne ponad staw w kierunku górnego kolca biodrowego.





Chwyt 3: Ruchy okrężne wykonujemy dłonią ułożoną na dłoni, w poprzek uda, opracowanie strony przyśrodkowej.

Chwyt 4: Rozcieranie posuwiste, pompowanie jedną dłonią, rozpoczynamy ponad dołem podkolanowym i w kierunku pachwiny, następnie w paśmie bocznym.



Chwyt 5: Chwyt pompowania oburącz – podstawowy, w dwóch pasmach przez udo.





Chwyt 6: Chwyt kombinowany, jedna dłoń wykonuje chwyt pompowania w podstawowej linii, a druga dłoń wykonuje ruch „ściągnająca” masuje do dołu i w kierunku pachwiny.





Chwyt 7: Chwyty na okolice stawu kolanowego i opracowanie podkolanowe kłębami i kciukami.

a) Pompowanie jedną dłonią, poprzez dół podkolanowy. Palce ze strony przyśrodkowej, kciuk po zewnętrznej.

b) Dłoń na dłoni, ustawienie poprzeczne, chwyt na dół podkolanowy. Ucisk okrężny w kierunku przyśrodkowym i do góry.

c) Chwyt po obu stronach, palce wyprostowane, masujemy wzdłuż kolana. Ruchy okrężne biorąc pod uwagę nacisk, wykonywane jako półokręgi, czyli nacisk w kierunku przepływu limfy, następnie nacisk zwalniamy i oczekujemy.

ŁYDKA

Jeżeli podczas drenażu limfatycznego wykonywanego jako zabieg antycellulitowy w ułożeniu na plecach była już opracowana łydka, w ułożeniu na brzuchu ograniczamy się z chwytami schodząc do wysokości kolana. Jeśli kontynuujemy wykonujemy chwytami na łydce, podobnie jak w ułożeniu pacjenta na plecach, czyli kolejno:

- a) Chwyt jedną dłonią – pompowanie – 2 pasma drugą dłonią symetrycznie.
- b) Chwyt: Oburącz dłoń za dłonią, chwyt w kombinacji, wykonujemy przez łydkę

STOPA

- a) Chwyt okrężny stały na okolicie Achillesa, dłonie odwrotne ułożenie jak w opracowaniu na plecach, teraz kciuki masują od góry.
- b) Chwyt wykonywany kciukami, rozcieranie posuwiste od środka śródstopia łukiem do krawędzi stopy.
- c) Dodatkowe chwyt wykonywane podobnie ale w pasmach nieco niżej.
- d) Chwyt całą dłonią, teraz kciuki pracują od strony podeszwy a cztery pozostałe od strony grzbietowej, czyli w tym ustawieniu od dołu.

CHWYTY SPECJALNE

Chwyt ten nie należy do podstawowego opracowania w zmianach cellulitowych, stanowi chwyt dodatkowy w opracowaniu węzłów okolicy podkolanowej.

Podudzie zgięte i wykonujemy chwyt na strefę podkolanową, kciukami a potem kłębami, chwyt przypomina nieco rozciąganie.

Następnie wykonujemy ponownie głaskanie całej tylnoprzyszrodkowej strony kończyny dolnej.

POŚLADKI

opracowanie okolicy lędźwiowej

Opracowanie pośladków jest w zasadzie opracowaniem takim jak postępowanie w okolicy lędźwiowej. Zaliczamy do niego część dolnego odcinka grzbietu oraz część pośladka tylnoboczną i część uda tylnoprzyszrodkową.

W opracowaniu zmian cellulitowych rzadko wykonuje się to opracowanie oddzielnie. Opracowanie okolicy lędźwiowej wykonuje się min w przypadku obrzęków tłuszczowych oraz obrzmień pourazowych.

W przypadku opracowania pośladka, najpierw w ułożeniu na plecach wykonujemy opracowanie węzłów pachwinowych 2-3 podstawowe chwyt po obu stronach linii pachwiny. Następnie wykonujemy wstępne głaskania, stałe ruchy okrężne i chwyt obrotowy:

Chwyt 1: Przeglaskanie wykonujemy w trzech pasmach całymi dłońmi, od kości krzyżowej wachlarzowato na stronę boczną: do przednich górnych kolców biodrowych, od środka pośladków do okolicy krętarzowej, kolejne pasmo poniżej.



Chwyt 2: Od górnej części pośladka, okolica stawu krzyżowo-biodrowego, po talerzu kości biodrowej do okolicy przednich kolców biodrowych. Chwyt wykonywany oburącz, dłoń blisko dłoni i z prowadzonymi obok siebie kciukami. Chwyt posuwisty przypomina rozcieranie, podstawowe linie prowadzą kciuki, pozostałe palce obok. Oddalamy się od pierwszej linii czyli talerza biodrowego, pracujemy w linii środkowej pośladka



tą samą techniką wykonujemy kolejne pasmo, od okolicy kulszowej do biodra trzecie pasmo. Teraz wracamy kolejno do pierwszego pasma.





Chwyt 3: Chwyt w okolicy stawu biodrowego – dłoń płasko ułożona na bocznej stronie pośladka, palcami w kierunku grzebienia talerza kości biodrowej. Patrząc na dłoń ułożoną po stronie prawej ruch zgodny z wskazówkami zegara, posuwicie w kierunku talerza i z lekkim naciskiem na pośladek. Później po fazie O (bezruchu) cofamy się nieco do kolejnego punktu poniżej. Podczas chwytu jedna dłoń nieco stabilizuje drugą.

Chwyt 4: Chwyt w opracowaniu przyśrodkowej strony pośladka. Dłoń na dłoni, płasko ułożone na pośladku, palce skierowane w dół w kierunku szpary międzypośladkowej – bliżej kości krzyżowej – pojedynczy ruch w dół w kierunku pachwiny i kości guzicznej (kierunek analny). Pięć pojedynczych ruchów okrężnych.

Chwyt 5: Chwyt przegłaskania w trzech podstawowych lub pięciu pasmach. Następnie przechodzimy na drugą stronę pośladka.

Chwyt 6: Powtórka chwytów w podstawowych pasmach jak na wstępie opracowania, powyżej. Dłoń obok dłoni podstawowy ruch wykonują kciuki.

Chwyt 7: Opracowanie 2-3 podstawowych chwytów w linii węzłów pachwinowych.

OPRACOWANIE GRZBIETU (opcjonalnie)

W podstawowym opracowaniu drenażu limfatycznego w terapii cellulit nie wykonujemy opracowania grzbietu. Pacjenci przychodzący na zabiegi proszą jednak chociaż o krótki, rozluźniający masaż grzbietu. Można wykonać kilka prostych chwytów klasycznych, jak głaskanie, głębokie powolne rozcieranie oraz uciski. Chwyty wykonujemy dosercowo i wzdłuż kręgosłupa w kierunku szyi lub barków, nie są to jednak chwyt właściwe z drenażu limfatycznego.

– W drenażu limfatycznym grzbietu możemy wykonać wstępne głaskania w 3-4 pasmach w granicach m. czworobocznego, zaczynamy od kręgosłupa piersiowego, w linii łopatek i w kierunku pachy, następnie pasma podobnie ale dłuższe, schodzimy kolejno w kierunku dolnego odcinka kręgosłupa piersiowego, ale pasma kończymy, idąc w kierunku pachy lub linii pachowej.

Jeśli istnieje taka potrzeba kontynuujemy opracowanie grzbietu, jednak nie dotyczy ono opracowania w zmianach cellulitowych.



DYNAMICZNY MASAŻ ANTYCELLULIT



Zastosowanie masażu izometrycznego w modelowaniu sylwetki na przykładzie opracowania tylno-bocznej części uda i pośladka

Masaż Izometryczny w medycynie estetycznej

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie masażem izometrycznym zarówno jako właściwej metody wykonywanej manualnie czyli ręcznie oraz jako pochodnej metod fizykalnych stosowanych na przykład w elektrostymulacji. Z medycznego punktu widzenia podstawą zastosowania masażu izometrycznego jest usuwanie lub zmniejszania zaników mięśniowych. Słowem wzmacnianie mięśni oraz skutków osłabienia mięśni wpływających negatywnie na inne tkanki miękkie. Mowa tu o zaniku mięśni do których doszło przede wszystkim **w wyniku nieczynności mięśni**. Dotyczy to zarówno poszczególnych mięśni, grupy mięśni (najczęściej w wyniku kontuzji, złamania lub dłuższej rekonwalescencji) jak i osłabienia całej partii mięśni, na przykład kończyny dolnej lub górnej.

Natomiast w ostatnim czasie wzrasta zainteresowanie i praktyczne zastosowanie masażu izometrycznego także w celach kosmetycznych, estetycznych, min. w modelowaniu sylwetki oraz – domniemanego – zmniejszania cellulitu. O ile w przypadku modelowania sylwetki faktycznie można doprowadzić do polepszenia estetycznego wyglądu niektórych partii ciała (uda, pośladki) kondycji oraz wzmocnienia wybranych mięśni, o tyle w terapii właściwego cellulitu, zastosowanie izometrycznego masażu jest bardzo dyskusyjne, a w niektórych przypadkach wręcz przeciwwskazane. Nie bez przesady można stwierdzić, iż mimo dobrych intencji, zbyt intensywny masaż może doprowadzić do negatywnych efektów, na przykład u osób o bardzo wiotkiej skórze i słabych, pękających naczynkach. Masażem izometrycznym nie powinniśmy od razu rozpoczynać terapii, poprzedza go przygotowanie poprzez wstępny masaż klasyczny.

W problemach estetycznych, najczęściej masaż izometryczny jest wykonywany w przypadku tzw. pseudo cellulitu, objawiającego się opadaniem fałdu mięśniowo-skórnego z okolic pośladka w dół w kierunku fałdu pośladkowego i do boku w okolice krętarza. Jest to często efekt osłabienia elastyczności skóry zarówno w wyniku jej zwiotczenia wraz z osłabieniem i zmniejszeniem masy mięśniowej, min. mięśni pośladkowych oraz tylnej strony uda. Efekt powyższy najczęściej pojawia się stopniowo, około 40. roku życia lub w wyniku nagłego spadku wagi, ale także u młodszych osób, które diametralnie zmieniły sposób życia. U tych ostatnich pacjentów efekt ten jest związany na przykład z nagłą zmianą z aktywnego trybu życia na siedzący tryb pracy zawodowej. Ponadto w pewnym stopniu jest to także po prostu negatywny, stopniowy efekt działania sił grawitacji.

Masaż izometryczny w rehabilitacji stosowany jest w przypadkach osłabienia lub zaniku mięśni z nieczynności, unieruchomienia lub usztywnienia kończyn po urazach lub innych zabiegach wymagających czasowego unieruchomienia danej partii ciała, szczególnie kończyn. Masaż polega na intensywnym opracowaniu danego mięśnia lub grupy mięśniowej w celu podniesienia sprawności, tym samym często prowadzi to do uwypuklenia mięśnia. Jednak zabiegi wykonuje się na osłabionych mięśniach i kiedy uzyskujemy zadowalający efekt usprawnienia, serię zabiegów przerywa się. Dalsze wzmacnianie mięśnia jest już zbyt ciężkie.

W efekcie jego główna część – brzusiec – jest bardziej uwypuklona i mięsień bardziej widoczny, to z kolei pośrednio przyczynia się do zwiększenia efektów estetycznych. Pomimo zadowalających efektów usprawnienia osłabionych mięśni należy pracować także z antagonistyczną grupą mięśni zwłaszcza w okolicach dużych stawów.

Ten sam efekt wzmacniania mięśni zostaje wykorzystywany w medycynie estetycznej oraz kosmetyce. Obowiązuje zasada iż ani masażu izometrycznego, ani stymulacji nie przeprowadzamy jedynie na jednej stronie. Choć po jednej stronie masujemy intensywnie, to antagonistyczna grupa mięśni też powinna być poddana masażom.

Mniejsza o dokładną terminologię specjalności – ostatnio coraz częściej pojawia się na przykład termin *fizjoterapia estetyczna* czy *masaż estetyczny* jako część medycyny estetycznej – faktem jest, iż pomimo

pożądanych efektów estetycznych, masaż taki musi mieć takie same medyczne podstawy i zasady wykonywania zgodnie z anatomią i fizjologią. Nie możemy forsować organizmu w celu uzyskiwania jedynie krótkiej, doraźnej poprawy wyglądu.

Podsumowując, masaż izometryczny w rehabilitacji, sporcie służy wzmocnieniu mięśni lub przywróceniu ich do pełnej formy fizjologicznej, najczęściej po unieruchomieniu pacjenta, a w medycynie estetycznej służy modelowaniu wybranych partii ciała, a jedynie pośrednio powoduje, iż cellulit jest mniej widoczny, nie służy bynajmniej do jego bezpośredniej redukcji.

Przeciwwskazania

Masażu izometrycznego nie stosujemy w przypadku: miopatii, miotoni, sclerosis multiplex, dystrofi mięśni, oraz w sytuacjach gdzie występują przeciwwskazania ogólne do masażu.

W celach estetycznych masaż izometryczny nie przyniesie pożądanych efektów oraz może spowodować pogorszenie stanu przy przeczuliach, bardzo wiotkiej skórze, świeżych rozstępach, po opalaniu, słabych naczynkach, problemach z wydolnością żylną, tendencjach do łatwo pojawiających się siniaków, zaawansowanym cellulicie oraz obrzękach.

Podstawowe zasady wykonywania Masażu Izometrycznego

Masaż izometryczny powinien być poprzedzony diagnostyką palpacyjną oraz przeprowadzonym wywiadem dotyczącym stanu zdrowia pacjenta/klienta.

Przed masażem izometrycznym powinien być przeprowadzony chociaż raz masaż klasyczny na tych partiach ciała gdzie masaż izometryczny będzie wykonywany. Pacjent obserwuje reakcje po masażu i po 2 dniach przystępujemy dopiero do masażu izometrycznego.

Jako iż masaż izometryczny jest bardzo intensywny, to powinniśmy dokładnie sprawdzić stan skóry, naczyń i mięśni. Pamiętajmy, iż nie jest

możliwe wykonanie masażu izometrycznego mięśni bez podrażniania i silnego wpływu na skórę, dlatego warto zastosować odpowiedni środek poślizgowy, szczególnie u kobiet o suchej skórze i u mężczyzn o dużym owłosieniu.

Przed przystąpieniem do masażu sprawdzamy także zakres ruchu w danych stawach związanych z przyczepami początkowymi i końcowymi grupy mięśni gdzie masaż będzie przeprowadzany. Następnie stabilizujemy daną partię, na przykład kończynę dolną, tak aby podczas masażu nie ulegały mięśnie skróceniu ani wydłużeniu. Najlepiej jeśli spoczywa kończyna płasko na stole do masażu, w przypadku kończyny górnej stabilizujemy ją.

Z uwagi na fakt przyciskania kończyny do podłoża/kozetki, pod masowaną kończyną nie powinno być żadnych zagięć w pościeli, ręczniku itp.

Masaż izometryczny rozpoczynamy wstępnym masażem klasycznym o charakterze rozgrzewającym mięśnie. Ponieważ masaż izometryczny wpływa przede wszystkim na brzośce mięśni, to na wstępie warto wymasować duże stawy, na przykład; kolanowy i biodrowy w przypadku planowanego opracowania przedniej strony uda lub strony tylnej wraz z pośladkiem.

Najpierw przez 1 minutę wykonujemy ugniatanie i wibracje. Stopniujemy jednak początkowo ugniatanie, nie od razu pracując intensywnie. Masaż przebiega na całym obszarze który chcemy wzmocnić. **Następnie w izometrycznym skurczu mięśnia wykonujemy krótko rozcieranie, w pierwszej fazie 2-3 sekundy.**

Następnie przez 1 minutę powtarzamy ugniatania i wibracje, z kolei w 4 sekundowym skurczu rozcieramy napinany mięsień.

W kolejnej fazie ponawiamy ugniatania i wibracje przez minutę, a faza rozcierania w skurczu izometrycznym trwa już 8 sekund. W kolejnych fazach zwiększamy czas skurczu i masażu do: 16, 32 i kończąc na około 40 sekundach. Wykonujemy kilka głaskań w celu odprężenia.

Pacjent czuje czasem mrowienie i ciepło, lub zmęczenie mięśni. Po krótkim odpoczynku wznawiamy masaż. Mimo, iż pacjent jest w stanie wytrzymać napięcie, szczególnie w następnych masażach, to nie powinniśmy zbytnio przedłużać masażu.

Masaż izometryczny wraz z wstępnym masażem jednej partii ciała nie powinien przekraczać 30 minut. W wypadku kończyn dolnych pracuje-

my maksymalnie około 15 minut z każdą kończyną. Przedłużając masaż doprowadzamy do przemęczenia i przekrwienia danej partii ciała. Masaż możemy zakończyć kilkoma głaskaniami i uciskami.

Chociaż masaż izometryczny jest poprzedzany masażem klasycznym, to właściwy masaż izometryczny nie powinien być łączony z innymi masażami. Najczęstszym błędem wykonywanym podczas masażu w celach estetycznych, jest łączenie masażu izometrycznego z drenażem limfatycznym podczas jednej sesji.

III

Dynamiczny Masaż Antycellulit

program autorski Piotra Szczotki



DMA DYNAMICZNY MASAŻ ANTYCELLULITE

DMA – nazwa własna i krótkie wyjaśnienie

Kiedy pierwszy raz na spotkaniu masażyстів prezentowałem własne opracowanie masażu stosowanego w terapii cellulit zwłaszcza w stadium kiedy doszło już do zwłóknień, masaż przedstawiony został zgodnie z głównym celem po prostu jako masaż antycellulitowy.

Od pierwszych prezentacji zwróciliśmy baczną uwagę na zmienny charakter wykonywanych chwytów zarówno pod względem samej amplitudy oraz częstotliwości poszczególnych chwytów co pozytywnie wpływało na lokalną efektywność zabiegu. Następnie rozpoczęliśmy promowanie masażu przede wszystkim jako indywidualnego zabiegu w terapii cellulit ale też jako efektywnego zabiegu modelującego wybrane partie ciała. Obecnie podstawą tego opracowania są specyficzne chwytory głąskań rozcierań i ugniatań prowadzonych w równoległe ustabilizowanym fałdzie – lub w przypadku dużej wiotkości skóry – podchwycie. W ten sposób impuls oddziałuje właśnie tam gdzie masaż wykonujemy, bez zbędnego rozproszenia bodźca, czy rozgrzewania tkanek sąsiednich.

Zabieg ma konstrukcję, ale nie jest schematyczny. Inna cecha to odpowiednie ułożenie podczas zabiegu. Na kolejnych kongresach opracowanie to było już przedstawiane jako opracowanie Dynamicznego Masażu Antycellulit. Faktem jest, iż wtedy nie zastanawiałem się nad optymalną nazwą tego opracowania, nie przypuszczając, iż będzie miał tylu zwolenników.

Niestety słowo „Dynamiczny” rozumiane jest często nieopatrnie jako siłowy, mocny masaż. Nic podobnego. Owszem masaż ten jest czasem intensywny, ale dynamika to zmienna amplituda i częstotliwość, dalekie od siłowego czy bolesnego masażu.

Najbliższe techniczne określenie dla DMA to opracowanie warstwowe.

Dynamiczny Masaż Antycellulit podstawowy schemat opracowania

Dynamiczny Masaż Antycellulit – według autorskiego opracowania stanowi opcjonalną formę masażu, w którym wyróżniamy odpowiedni tok postępowania (konstrukcję) zarówno w części wstępnej, relaksacyjno-diagnostycznej jak i podczas całego zabiegu. DMA cechują charakterystyczne chwytły oraz odpowiednie ułożenie pacjenta podczas sesji masażu.

Dynamiczny Masaż Antycellulit – jak sama nazwa wskazuje stosowany jest głównie w profilaktyce i terapii cellulitu, opcjonalnie obok drenażu limfatycznego, ale metoda ta przynosi znakomite rezultaty także w modelowaniu sylwetki miejsc problemowych, związanych z lokalną akumulacją tkanki tłuszczowej okolic: talii, ud, bioder.

W wielu środowiskach panują sprzeczne opinie co do sformułowania terminu „masaż odchudzający”, chciałbym zaznaczyć, iż DMA jest masażem modelującym, wpływającym na wybrane partie ciała. Termin „odchudzający masaż” jest w tym przypadku nieadekwatny. Odchudzanie to bardzo złożony proces.

DMA stosowany jest także z bardzo dobrymi efektami jako masaż rewitalizacyjny po porodzie, szczególnie w celu ujędrnienia, uelastycznienia skóry powłok brzusznych oraz talii. DMA w okresie rewitalizacji po porodzie aplikujemy także na większe partie ciała. Ponadto elementy tego masażu mają zastosowanie po niektórych zabiegach chirurgii plastycznej, w drugiej fazie masażu po wykonanej liposukcji oraz po plastyce brzucha.

Dynamiczny Masaż Antycellulit podobnie jak Manualny Drenaż Limfatyczny, to masaże których nie wykonujemy jedynie w ścisłym miejscu

występowania cellulitu. Opracowania tych masaży obejmują w tym przypadku przede wszystkim kończyny dolne, najczęściej okolice ud i pośladków, ale także powłoki brzuszne oraz częściowo grzbiet.

Masaże te, pełnią podwójną rolę, zwłaszcza wtedy, kiedy tak pomocny na początku terapii – w celu zmniejszenia obrzęków Manualny Drenaż Limfatyczny – traci skuteczność w przypadku bardziej rozwiniętych, miejscowych zmian w tkankach miękkich, zwłaszcza tkance tłuszczowej. Kiedy dochodzi już do początkowych zwłóknień oraz stwardnień, intensywność samego drenażu limfatycznego jest zbyt słaba.

Oba powyższe opracowania, czyli znany powszechnie Manualny Drenaż Limfatyczny oraz opracowanie autorskie Dynamicznego Masażu – uzupełniają się – i mogą służyć w leczeniu wielu dolegliwości objawiających się w postaci tzw. defektów estetycznych, nierówności skóry, zwłaszcza w obrębie dolnych partii ciała.

Podstawowym chwytem w DMA jest – chwyt opracowania pasmowego wykonywany w ustabilizowanym fałdzie skórny. Metoda DMA – jest oparta na precyzyjnym, warstwowym opracowaniu tkanek miękkich.

Określenie „dynamiczny”, odnosi się jedynie do zmian dynamiki, odpowiedniego różnicowania impulsów podczas całego zabiegu, a nie siłowego, intensywnego masażu.

Masaż wykonywany jest w specjalnym, ustabilizowanym fałdzie skórny, co pozwala na precyzyjne opracowanie na poziomie którym chcemy i gdzie chcemy aby impuls dokładnie zadziałał, czyli na poziomie skóry, a zwłaszcza tkanki podskórnej i jedynie pośrednio mięśni. Wykonujemy więc skuteczny masaż bez zbędnego rozgrzewania tkanek sąsiednich.

Ponadto DMA – jako masaż warstwowy spełnia rolę profilaktyczną w przypadku pojawiających się nagle rozstępów, uelastyczniając osłabione tkanki sąsiednie. Jest metodą bezbolesną i choć są to odczucia subiektywne to raczej dodatkowo odpręża i relaksuje pacjentów. Jak w większości przypadków kiedy wykonujemy pierwsze zabiegi, pacjent po masażu może być nieco rozkojarzony, rozbity, obolały, ale to jest jedynie przejściowe odczucie.





DMA – pomimo zastosowania specjalistycznych, zmodyfikowanych, klasycznych chwytów, jest rodzajem masażu koncepcyjnego, czyli takiego w którym posługujemy się specyficzną konstrukcją masażu niż sztywnym schematem. Otóż w zależności czy mamy do czynienia z właściwym cellulitem, czy lokalnym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej powinniśmy nieco modyfikować pojedynczą sesję masażu i stosować w zależności od potrzeb jedne chwytów częściej i intensywniej, a niżeli inne.

Zastosowanie DMA

Pierwsze podstawowe zastosowanie – jako masaż antycellulitowy to profilaktyka i sama terapia cellulitu. W leczeniu zmian na poziomie tkanki podskórnej, panikulopatii, masaż ten wskazany jest w stanach, kiedy oprócz właściwego cellulitu (PEFS – panikulopatii – obrzękowo-włóknikowo-stwardnieniowej) mamy do czynienia z lokalnym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej i wtedy, gdy po wstępnych zabiegach drenaż limfatyczny jest już mniej skuteczny.

W powyższych rozdziałach przyjęliśmy zgodnie z obecną wiedzą sugerowany przez środowisko medyczne, lekarskie termin PEFS, od angielskiego skrótu opisującego tego rodzaju zmiany. Tak też biorąc pod uwagę panikulopatię obrzękowo-włóknikowo-stwardnieniową, postępowanie zaczynamy od masażu który pełni funkcje diagnostyczną. Dla oceny tkanek możemy na wstępie zastosować kilka zmodyfikowanych chwytów klasycznych, niektóre głąskania, koliste i spiralne rozcierania oraz ugniatania. Będziemy stosować także miejscowe rozcieranie diagnostyczne, aby zobaczyć jak skóra reaguje przekrwieniem.

Zważywszy jednak na fakt, iż cellulit sam w sobie spędza sen z oczu pacjentkom, powoduje wiele kompleksów, frustracji, wymagana jest od nas szczególna wrażliwość. Dlatego z własnego doświadczenia polecam przeprowadzenie pierwszego zabiegu w taki sposób, aby udało się uspokoić, zrelaksować pacjentkę, a przy okazji wstępnej relaksacji która skutecznie „odciąga uwagę” od chwytów diagnostycznych, zapoznać się ze stanem skóry. Postępowanie takie jest uzasadnione i bynajmniej przynosi lepsze efekty, niż przechodzenie od razu do rzeczy, ocenianie i komentowanie wszelkich defektów estetycznych.

Takie właśnie wstępne postępowanie przedstawione zostało poniżej. Biorąc pod uwagę główny cel terapii, w kolejnych masażach możemy od razu przejść do dynamicznego masażu. Ale jak uczy nas życie, pacjenci ceniący relaks i chwile spokoju, sami później proszą o **dłuższą wersję zabiegu**. Ponadto dodanie chociażby kilku chwytów masażu okolic dłoni czy ramion, daje poczucie pełniejszego, kompleksowego oddziaływania.

DMA – możemy także zastosować w przypadku pojawiających się dolegliwości estetycznych określanych jako tzw. pseudocellulit, objawiającego się jako wspomniana już zmiana w postaci zmniejszenia się lub utraty napięcia w okolicy mięśni pośladkowych oraz tylnej strony uda. W rezultacie następuje obniżanie się lub przesuwanie w kierunku stawu biodrowego zwiotczalego fałdu mięśniowo-skórnego z utratą sprężystości tkanek dolnej i bocznej okolicy pośladka. Z uwagi na progresywny rodzaj dolegliwości jaką jest cellulit lub też opisane powyżej towarzyszące jemu zmiany w tkankach, masaż stanowi swoistą formę profilaktyki, czyli postępowanie określane jako antycellulitowe.

Cellulit wraz z innymi zmianami zlokalizowany jest najczęściej:

a) Na przednio-bocznej stronie uda w połowie uda lub w okolicy nadkłętarzowej, biodrowej,



b) Po stronie wewnętrznej, przyśrodkowej nadkolanowej.



c) Tylnej stronie uda najczęściej na wysokości środkowej części uda z idącym pasmem zmienionej skóry w kierunku stawu biodrowego.



d) Dolnej części pośladków, pasmo w linii fałdu, wypukłości pośladkowej w kierunku krętarza.



Cellulit może prowadzić do powiększenia zmian i zwiotczenia okolicy fałdu pośladkowego. Co prawda początkowo, skutki takie są określane jedynie jako defekt natury estetycznej, ale utrzymujący się stan może doprowadzić w dalszej konsekwencji do zmian ukrwienia w tym obszarze. Po występujących niewielkich obrzękach ale utrzymujących się przez dłuższy pojawiają się zwłóknienia.

Drugie zastosowanie masażu to **modelowanie sylwetki i lokalny nadmiar tkanki tłuszczowej**. Masaż aplikowany jest często w okresie podejmowania przez pacjentów – z różnym skutkiem – diet oraz nagłej intensyfikacji aktywnego życia.

Kolejne przykłady zastosowania DMA to przypadki wystąpienia nagłych różnic w wadze, przyrost wagi lub szybka jej utraty oraz pojawiające się zmiany skórne z powodu zaburzeń hormonalnych lub też niektórych zaburzeń o charakterze metabolicznym. W powyższych przypadkach

masaż pozwala nam skutecznie zadbać o stan skóry jako forma leczenia, ale także profilaktyki.

Masaż towarzysząc procesom odchudzania może zmniejszyć skutki nagłej zmiany gospodarki wodnej, utraty elastyczności, sprężystości skóry. Jest raczej jednym z elementów w całej terapii odchudzania. Większa skuteczność DMA to modelowanie wybranych miejsc.

Masaż przynosi wymierne, bardzo pozytywne efekty u pacjentek, które nagle zmniejszyły aktywność fizyczną, na przykład w trakcie podjęcia po ukończeniu nauki intensywniejszej pracy, związanej z siedzącym, biurowym charakterem zajęć, jak dokumentacja czy wielogodzinnej praca przy komputerze.

Kolejne zastosowanie to **rozstępy** pojawiające się najczęściej w wyniku nagłej zmiany wagi – w obu kierunkach – lub też zmian hormonalnych. Nie ma obecnie stuprocentowej, skutecznej terapii przeciw rozstępom. Owszem przez zabiegi medycyny estetycznej m.in. pilingi, laseroterapie, masaż i odpowiednią kosmetykę jesteśmy w stanie zmniejszyć przynajmniej wizualnie wspomniane defekty estetyczne, ale nie możemy ich usunąć trwale (zob. zdjęcie na następnej stronie).

Faktem jest, iż podczas pojawiających się rozstępów następuje pęknięcie włókien tkanki łącznej na poziomie skóry właściwej. Ale z drugiej strony stwierdzenie, iż ze skórą w której pojawiły się już rozstępy nie da się nic zrobić, jest nieco błędne. Otóż zmiany takie pociągają za sobą kolejne, powodując zmniejszenie elastyczności skóry w tym obszarze. Dotyczy to szczególnie rozstępów drobnych ale występujących w dużej ilości.

Testy można wykonać m.in. przy ustabilizowanej skórze w ułożeniu pacjenta na boku.

Kolejne zastosowanie masażu to **rewitalizacja po porodzie**. Do masażu przystępujemy najczęściej około 6 tygodnia po porodzie. Jeśli nie ma przeciwwskazań związanych z komplikacjami poporodowymi i matka dobrze radzi sobie z początkowymi trudami macierzyństwa, do masażu możemy przystąpić już w 4 tygodniu.

Masaż DMA podczas rewitalizacji poporodowej skupiony jest przede wszystkim na powłokach brzusznych. Skuteczność odnotowujemy zwłaszcza kiedy istnieją problemy z rozciągniętą skórą na ograniczonym obszarze na przykład okolicy pępka, wzdłuż linii białej.



Utrata siły mięśniowej, sił witalnych lub też nadwaga (okres poporodowy) jest jednym z głównych wskazań do masażu nie tylko okolicy powłok brzusznych, ale ud i grzbietu.

Ponadto masaż po porodzie może być wskazany **w przypadku przebytej hospitalizacji** w okresie ciąży, jeśli stan pacjentki wymagał obser-

wacji szpitalnej, dłuższego leżenia na przykład w wyniku zagrożenia ciąży. Należy jednak w takich sytuacjach zasięgnąć opinii lekarskiej aby upewnić się z jakich powodów doszło do leczenia, na przykład utrzymujące się przewlekłe stany zapalne mogą być przeciwwskazaniem do masażu.

Choć trudno matce w okresie poporodowym skutecznie zorganizować czas, to należy pamiętać, iż największą efektywność w rewitalizacji – nie tylko poprzez masaż – uzyskamy w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy po porodzie.

Dotyczy to takich kwestii jak zmiana jędrności ciała, modelowanie sylwetki, czy zmniejszenie widocznych defektów w postaci pojawiających się rozstępów lub też postępującego cellulitu.

W okresie macierzyństwa stosuje się także odpowiednią pielęgnację biustu, jednak praktyka ta należy raczej do położnych oraz zważywszy na potrzebę codziennej higieny biustu, zastosowanie masażu polega najczęściej na nauce automasażu u karmiącej matki.

Masaż wykonywany przez masażyстів, masażyستki wskazany jest raczej po zakończeniu okresu karmienia. W dużej mierze polega na opracowaniu górnej części klatki piersiowej. Większość technik wykonywanych wokół piersi ma charakter okrężny, od mostka w kierunku barków w linii obojczyka i od dolnej części mostka pod gruczołem piersiowym w kierunku pachy. To opracowanie nie należy jednak do dynamicznego masażu antycellulit.

Uwagi na ten temat znajdują się w rozdziale zawierającym dodatkowe artykuły.

Dynamiczny Masaż Antycellulit – strona praktyczna

Podczas pierwszego masażu, standardowo stosujemy następujący wariant:

1. Rozmowa, wywiad zdrowotny i wprowadzenie:

- ♦ Pytanie o oczekiwania co do skuteczności, efektów masażu.
- ♦ Wywiad zdrowotny oraz krótka rozmowa na temat cellulitu, przyczyn, sposobów terapii i profilaktyki.
- ♦ Przedstawienie jak z reguły przebiega taki masaż i jakie mogą być odczucia oraz efekty w trakcie samego zabiegu jak i po jego przeprowadzeniu.

2. Rozpoczynamy masaż od wstępnej relaksacji, tzw. fazy wstępnej, na przykład według znanego w Polsce Integracyjnego Masażu Bodywork. Kilka chwytów z tego opracowania jest oczywiście zaczerpniętych w celu wstępnego uspokojenia, rozluźnienia pacjenta i zastosowania „ukrytych” technik diagnostycznych, czego pacjentka nie zawsze jest świadoma. Faza 1.

3. Płynnie przechodzimy do właściwego masażu DMA, masaż bezpośredni, ale w celach diagnostycznych wykonywany jeszcze bez środków poślizgowych. Czyli Faza 2.

4. Właściwy masaż, wykonujemy w kilku ułożeniach pacjenta. Najpierw w leżeniu na brzuchu, potem w pozycji na bokach, następnie w ułożeniu na plecach. Czyli Faza 3.

5. Po masażu jest czas na krótki odpoczynek i podsumowanie. Niestety, jak można zauważyć w praktyce, z tym odpoczynkiem po masażu bywa różnie. Najczęściej zabiegani klienci już po kilku minutach spieszą dalej... Dlatego tutaj można wykorzystać także ten czas na poinformowanie pacjenta o możliwościach lub ograniczeniach masażu u danej osoby.

Rozpoczynamy masaż

FAZA WSTĘPNA – polega na przeprowadzeniu masażu relaksacyjnego (zaleca się rozpoczynanie pierwszego masażu jeszcze poprzez ręcznik) doprowadzając do wstępnego rozluźnienia napięć w okolicy grzbietu i kończyn dolnych. Na tym etapie masaż relaksacyjny połączony jest z elementami diagnostyki.

Masaż w tej fazie zawiera:

Wstępny masaż relaksacyjny wykonywany jeszcze poprzez ręcznik. Pozycja wyjściowa do masażu. Stoimy z boku. Układamy dłoń płasko na miednicy i wykonujemy chwyt wstępnego rozluźniania dolnych partii grzbietu oraz miednicy za pomocą chwytu całą dłonią ułożoną częściowo na miednicy kłębem, a palce znajdują się na odcinku lędźwiowym. Nie uciskamy na odcinek lędźwiowy kręgosłupa, najpierw po prostu opieramy dłoń, a po chwili wprawiając ciało w lekkie poruszenie, w linii od biodra do biodra, ruchem pulsacyjnym.

- ♦ Głaskania wykonujemy w dwóch liniach przykręgosłupowo, dochodząc do okolicy łopatek, ucisk zwalniamy. Jeżeli od razu wyczuwamy duże napięcie grzbietu można zamiennie rozpocząć od ucisków przykręgosłupowych wykonanych podobnie w dwóch liniach, dłonią.
- ♦ Przechodzimy za głowę pacjenta. Chwyt rozciągania płasko ułożonymi dłońmi wykonujemy na wysokości łopatek, kciuki rozstawione są na wysokości włókien poziomych mięśnia czworobocznego. Rozciąganie nad łopatkami wykonujemy przede wszystkim kłębami.
- ♦ Głaskanie i uciski w trzech liniach, wykonujemy techniką ręka obok ręki, w 3-4 liniach, przesuwając się od miednicy wyżej. Podstawowy kierunek od kręgosłupa do linii pachowej.

Elementy diagnostyczne i biernej gimnastyki oraz relaksację obszaru który będzie poddany masażowi:

- ♦ Stosując spokojne uciski przechodzimy teraz od biodra do stopy, 5 pojedynczych ucisków po bocznej stronie kończyny dolnej. Wycofujemy

się dystalnie, ale każdy pojedynczy ucisk wykonywany jest zgodnie z krążeniem żylnym, dosercowo! Dwa uciski po tylnobocznej stronie uda, dwa na łydce, jeden w okolicach stawu skokowego z dodatkowym sprawdzeniem napięć w przebiegu Ściegna Achillesa.

Jeśli wyczuwamy napięcie na większym obszarze, który będzie poddany masażowi tj. grzbiet i przede wszystkim kończyny dolne, dołączamy elementy płynnie wykonywanych ćwiczeń biernych (przechodzenie z jednego elementu do drugiego).

- ♦ Zaczynamy od lekkiego zgięcia w stawie kolanowym, a stopę w okolicy stawu skokowego podnosimy i opieramy na naszej otwartej dłoni i rozpoczynamy techniką fali skierowaną wpięrw na łydkę. Technika przypomina powolne roztrząsanie, ale wplątane są w nią ruchy zginania w stawach. Odpowiednio zginając lub prostując nogę w stawie kolanowym, przenosimy impuls na udo i miednicę lub na samą łydkę. Technika podobna jest do roztrząsania ale o większej amplitudzie i małej częstotliwości.
- ♦ Następnie podtrzymujemy już stopę pewniej i przechodzimy do lekkiego potrząsania, zmieniamy także kąt zgięcia w stawie kolanowym. Po chwili lekko naciągamy stopę i wykonujemy ruch podobny do wykonywanej poprzednio techniki falii.
- ♦ Stoimy z boku pacjenta. Kolejno poczynając od palców wykonujemy bardzo płynną gimnastykę stawów, najpierw dystalnie a potem proksymalnie, najpierw stawy palczkowe, śródstopie, staw skokowy i kolanowy.

Płynną oznacza, iż do każdego kolejnego elementu podchodzimy powoli, ale zdecydowanie. Zginamy i prostujemy paliczki, później dochodzi praca na śródstopiu oraz stawie skokowym, ale dalej nie rezygnujemy jednocześnie z gimnastyki palców. Następnie pod różnym kątem zginamy i prostujemy nogę w stawie kolanowym. Analogicznie postępujemy z drugą kończyną dolną.

Mimo iż nie wykonywaliśmy jeszcze bezpośrednio masażu, te kilka prostych chwytów ucisków i gimnastyka, może nam dużo powiedzieć chociażby ogólnie o napięciach ciała w okolicy miednicy, ud i łydek, informacje te wykorzystamy już podczas właściwego masażu.

Następnie wracamy do grzbietu i przechodzimy do wstępnego masażu jeszcze bez środków wspomagających masaż – następuje **przygotowanie do właściwego masażu DMA**.

W pierwszym etapie skupiliśmy się na tym co można odczuć już poprzez sam ręcznik, próbując także rozluźnić nieco pacjenta, a jeśli to pierwszy masaż to przyzwyczaić go do masażu i samego dotyku.

- ♦ Wykonujemy ponownie jedno z początkowych głaskań, lub ugniatań. Po chwili jedną dłonią ściągamy ręcznik na wysokość S1-S2, a drugą dłonią wykonujemy **pierwsze głaskanie płasko ułożoną dłonią** przez środek grzbietu, ale nie tyle po samym kręgosłupie co raczej po mięśniach przykręgosłupowych, główny nacisk wykonywany jest kłębem i kłębikiem.

Przechodzimy teraz do bezpośredniego masażu, ale najpierw jeszcze bez stosowania środków poślizgowych



FAZA 2:

Masaż w trzech pasmach rozpoczynamy od miednicy, dokładne miejsce jest nieco zróżnicowane, w zależności od budowy pośladka, ilości tkanki tłuszczowej w jego górnej części i masujemy w liniach: wzdłuż mięśni przykręgosłupowych linia przykręgową i potem w kierunku łopatek, następane pasmo szerzej w linii łopatkowej, ostatnie trzecie pasmo wykonujemy bardziej płasko ułożonymi dłońmi i odwiedzionym kciukiem, prowadząc pasmo i kończąc w linii pachowej tyłnej.







Na te trzy pasma składają się chwytę:

- ♦ **glaskania** podłużne płasko ułożoną dłońią, najpierw jedną potem drugą.
Nie masujemy tylko opuszkami ale większą powierzchnią dłoni,

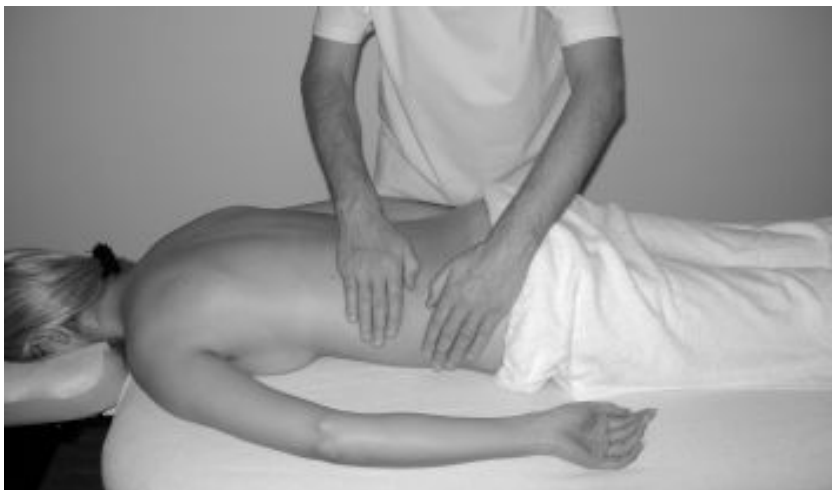




- ♦ **uciski** w przypadku bardzo napiętych mięśni, można zamienić kolejność i wykonać je jeszcze przed rozcieraniem.
- ♦ **ugniatania** na początku pojedynczego chwytu przyciągamy tkankę między kciuk i kłęb a resztę palców.

Masaż w 3-4 pasmach od kręgosłupa do linii pachowej środkowej: trzy pasma rozpoczynając na wysokości miednicy, dalej na wysokości łuku żeber, a kończąc chwytom obejmującym łopatki i schodząc na mięsień naramienny. Na te pasma składają się:

- ♦ **Głaskanie dłoń obok dłoni** daje nam przy pierwszym chwycie dodatkowe możliwości diagnostyczne. Pierwsza dłoń prowadzi i wykonuje lekki fałd skóry, natomiast wycofując się pierwszą dłonią przez moment tworzymy diagnostyczny fałd, mamy czas na palpacyjną ocenę bocznych stron grzbietu, lokalnej struktury tkanki tłuszczowej i stanu napięcia skóry, szczególności linii talii.



- ♦ Rozcierania płasko ułożoną dłońią, główny nacisk wykonujemy palcami, ruchy rozcierania początkowo wykonujemy jako okrężne, później przechodzą w spiralnie.



- ♦ Rozcierania dodatkowe w przypadku lokalnego nagromadzenia tkanki tłuszczowej, 2-3 pasma, wykonujemy idąc łukiem od kości krzyżowej w kierunku przednich górnych kolców biodrowych i ponad nie w kierunku linii pachowej, skupiając się na tkance tłuszczowej.



Uwaga! Opracowanie skóry okolicy bioder (tutaj nad krętarzem w linii pachowej) oraz górnej części pośladka okolic mm. pośladkowego i średniego, odbywa się także podczas ułożenia pacjenta na boku. Podczas pierwszego masażu należy stwierdzić, czy bardziej dogodny może być u danego klienta masaż tej okolicy kiedy leży on na brzuchu czy na boku.

- ♦ Chwyty przez środek grzbietu i kręgosłup, wykonujemy stojąc za głową pacjenta, palce skierowane do talerza biodrowego. Ruchy „ściągające” są wykonywane najpierw kłębami, palce pełnią funkcje dodatkową podczas pierwszego ruchu. Funkcja diagnostyczna tego chwytu następuje, kiedy chwytamy fałd pomiędzy palce wskazujące i kciuki potem lekko rolując skórę. Pojedynczy chwyt najczęściej jednak służy jako rozluźniający wykonywany pomiędzy pierwszymi chwytami diagnostycznymi. Wtedy po prostu tylko wykonujemy głębsze, powolne głaskanie.

W tym miejscu drogi Integracyjnego Masażu Bodywork i Dynamicznego Masażu Antycellulit się rozchodzą. W trakcie początkowej relaksacji jedynie zapożyczyliśmy kilka chwytów z tego opracowania. Zainteresowanych metodą IMB odsyłamy do książki Piotra Szczotki: *Integracyjny Masaż Bodywork, masaż w odnowie biologicznej i psychosomatycznej*.

- ♦ W DMA, podczas pierwszych głaskań przyciągamy dodatkowo także fałd od okolicy krętarza w kierunku lędźwiowym. Głaskanie wykonujemy najpierw na przemiennie, potem dla porównania oburącz. Jest to jeden z chwytów wykonywanych bez powtórzeń.
- ♦ U osób o dużej ilości tkanki tłuszczowej i silniej rozbudowanych mięśniach wykonujemy rozcieranie na odcinku lędźwiowym, nie jest to jednak masaż samego kręgosłupa. Zaczynamy od miednicy potem przykręgosłupowo pracując kłębami, palce tylko wspomagają masaż.

Uzupełniające chwytów diagnostyczno-lecznicze i masaż okolicy miednicy, odcinek lędźwiowy oraz przednich kolców biodrowych.

Jeśli już po wstępnym masażu widzimy, iż dużo tkanki tłuszczowej umiejscowionej jest na wysokości miednicy, nad talerzem kości biodrowej i dolnym odcinku grzbietu, możemy wykonać dodatkowe chwytów które w 1-2 masażu będą miały także cel diagnostyczny, później to po prostu chwytów terapeutyczne.

- ♦ Rozpoczynamy na poziomie miednicy od wyczuwalnej strefy, gdzie jest lokalnie więcej tkanki tłuszczowej i masując przechodzimy na wysokość odcinka lędźwiowego oraz do łuków żebrowych. Chwytów te dotyczą przesuwania powłoki wspólnej – sprawdzamy możliwość przesuwania skóry względem mięśni.



Chwytów diagnostyczne rozpoczynamy palcami, zatrzymujemy się na grzebieniu kości biodrowej, potem przechodzimy na łuki żebrowe, a czasem nieco wyżej na żebra.

- ♦ **A. Chwyt przesuwania powłoki wspólnej** – wykonujemy sprawdzając możliwość przesuwania skóry względem powięzi i mięśni. Diagno-

zujemy sprężystość tkanek miękkich zwłaszcza skórę obszaru dolnego odcinka grzbietu, potem podobnie będziemy postępować na udach.

Stosujemy głaskanie podłużne w kilku pasmach następnie próbujemy uchwycić fałd skóry pomiędzy palce i kciuki na podanych obszarach skóry.



Głaskania na poziomie żeber wykonujemy jeśli występuje także duża ilość tkanki tłuszczowej, bądź silnie rozwinięte mięśnie. Chwyty diagnostyczne wykonujemy jednorazowo.

- ♦ **B. Chwyty z fałdem** rozpoczynając powolne spiralne rozcieranie na wysokości grzebienia biodrowego idąc w kierunku łuków żeberowych. Diagnostyka – zagięć w **liniach Langerera** na wysokości skóry grzbietu, sprawdzamy napięcie w tkance łącznej, skórze właściwej.

Ten chwyt wykonujemy w ten sposób, iż najpierw jedną dłonią stabilizujemy skórę pomiędzy palcem wskazującym a kciukiem i przesuwamy powoli, a w tym czasie w linii utworzonego fałdu masujemy drugą dłonią, wykonując rozcierania spiralne.



Teraz powtarzamy wybrane pierwsze chwyty ale już z zastosowaniem środków poślizgowych. To znaczy pierwsze chwyty na grzbiecie i górnej części miednicy. Analizujemy gdzie występował faktycznie lokalny nadmiar tkanki tłuszczowej, aby dalszą część masażu dostosować do indy-



widualnych potrzeb. W następnych masażach nie będziemy już wykonywać po kolei wszystkich chwytów, ale zastosujemy je opcjonalnie.

Przechodzimy więc do kolejnej fazy, a tym którzy praktykują oba opracowania, tzn Integracyjny masaż Bodywork i Dynamiczny Masaż Antycellulit, przypominam, iż dalsza część masażu diametralnie się różni.

Natomiast wszystkim wykonującym ten masaż okazjonalnie, bądź dopiero uczącym się, polecam mentalnie przestawienie się na fakt, iż w Dynamicznym Masażu Antycellulit pracujemy **przede wszystkim ze skórą, a potem mięśniami**, a nie skupiamy się na intensywnej pracy z mięśniami co może być zgubne zwłaszcza dla skóry problemowej, z tendencjami do pękających naczyń, ulegającej szybkiemu przekrwieniu.

FAZA 3:

Przypomnę, powtarzamy wybrane chwyt z zastosowaniem oliwki lub innego preparatu do masażu. Tym razem chwytujemy już głębiej

i nieco dynamicznej, tj. ze zmianą amplitudy i częstotliwości, w zależności od odczuwalnych różnic w tkance tłuszczowej.



Jeżeli wyczuwamy u pacjenta większą ilość tkanki tłuszczowej na wysokości miednicy, w linii tali, a zwłaszcza w paśmie idącym nad biodrami w kierunku górnych, przednich kolców biodrowych kontynuujemy poniższe techniki. Może mieć także duże znaczenie wykonanie masażu tego obszaru w ułożeniu na boku. Pamiętajmy więc o podziale czasu. Jeśli nie ma potrzeby dłuższego masażu tych okolic, możemy przejść już do masażu kończyn dolnych.

Kontynuacja podstawowego wariantu.

- ♦ Kolejny chwyt przypomina podłużnie przebiegające **pasmo na kształt litery I** – ułożonej wzdłuż kręgosłupa. Zaczynamy od wysokości górnych kręgów kości krzyżowej i najpierw zaczynamy wolniej i bardziej powierzchownie, następnie masujemy wzdłuż mm. przykręgosłupowych, do wysokości th8-th10 i tutaj także nacisk zmniejszamy. Wykonując:
- ♦ **Głaskania jedna dłonią płasko ułożoną**, następnie symetrycznie z drugiej strony.
- ♦ **Głaskania i rozcieranie oburącz**, najpierw koliste potem spiralne.
- ♦ **Rozcierania spiralne** tak samo najpierw jedna potem druga dłonią ale w prowadzonym fałdzie.
- ♦ **Ugniatania** podłużne wykonujemy w zależności czy jesteśmy w sta-





nie uchwycić skórę i mięśnie. Tak samo najpierw z jednej potem z drugiej strony, potem oburącz.

- ♦ Kolejne chwyt przebiega na kształt odwróconej litery **L** – to chwyt **dwufazowy**. Zaczynamy od kości krzyżowej masujemy w kierunku stawu biodrowego i nad nim (okolica biodrowa) zmieniamy kierunek i łukiem podążając w kierunku przedniego górnego kolca biodrowego. Dalej masujemy w linii pachowej środkowej w kierunku żeber.





Techniki z podchwytem. Podczas zmiany kierunku na skórze tworzymy jedną dłonią niewielki fałd który podnosimy przed drugą częścią chwytu, potem druga dłoń dochodzi i masuje. Technika ta jest przydatna u pacjentów z dużą wiotkością skóry, wtedy także wykonujemy częściej chwytów z podchwytem fałdu, rezygnujemy z masażu oburącz. (Uwaga! Chwyt może być mylony z klasyczną techniką – ręka za ręką!)





Masujemy najpierw w okolicy górnej części pośladka, potem od talerza biodrowego w linii pachowej, kończymy w okolicy łuku żebrowego. Uwaga, jeśli wykonujemy masaż lewej strony, to podchwyt z fałdem wykonujemy prawą dłonią, a główny masaż wykonuje nasza lewa dłoń. Po drugiej stronie odwrotnie.



Uwagi do powyższych chwytów. We wspomnianej **linii L** wykonujemy chwytę jedną dłonią płasko ułożoną potem obręcz, następnie masujemy kłębami.

- ♦ **Rozpoczynamy od głaskań**, najpierw jedną dłonią potem obręcz. Jeśli masujemy jedną dłonią to wtedy wykonujemy podchwyty.
- ♦ **Po głaskaniach wykonujemy rozcierania**, podobnie, najpierw jedną dłonią potem obręcz. Po wykonaniu danych chwytów z jednej strony przechodzimy analogicznie na drugą.
- ♦ Jeśli wyczuwamy duże napięcie mięśni, możemy najpierw wykonać **ugniatania**, a dopiero następnie rozcierania.

Uwaga. Najistotniejszymi chwytami w opracowaniu tej części ciała są tutaj rozcierania i ugniatania w przebiegu litery **L** – **dwufazowe**. Jeśli mamy do czynienia ze skórą bardziej wiotką lub większą ilością tkanki tłuszczowej wykonujemy chwyt **rozcierania z ustabilizowanym fałdem**, lub **technikę z podchwytem**, zwłaszcza masując w okolicy od biodra i dalej w linii pachowej. Technika określana jako podchwyty nie może być źle rozumiana jako napinanie, czy naciąganie skóry. Tutaj następuje tylko jej ustabilizowanie wzdłuż wykonywanego głównego chwytu głaskania, rozcierania lub ugniatania.





- ♦ Ugniatanie może wizualnie przypominać ugniatania ze skruceniem, ale absolutnie nie powinno dochodzić tutaj do skręcania i rozciągania skóry! Jeśli w tych okolicach mamy do czynienia ze słabszą, wiotką skórą w takim przypadku **wykonanie ugniatania ze skruceniem jest po prostu błędem!** Podczas ugniatania kiedy jedna dłoń rozluźnia chwyt druga przejmuje tkanki bez skręcania skóry i tak na przemian.





Tutaj także jeśli masujemy okolice lewego biodra, stoimy z prawej strony pacjenta, to główną część tego chwytu będzie wykonywała prawa dłoń. **Ważny jest w tym ugniataniu element podchwyty.**

Ogólne głaskanie. Co jakiś czas wykonaj kilka pojedynczych podłużnych głaskań w trzech pasmach, jak na początku masażu. Poszczególne chwytamy wykonujemy dosercowo i dokręgosłupowo po stronie prawej i lewej.

- ♦ **Masaż w trzech pasmach – chwyt wachlarzowy**, dotyczy szczególnie strefy skóry górnej i bocznej części biodra oraz skóry ponad przednimi górnymi kolcami biodrowymi w linii pachy. Chwyty te mają zastosowanie zwłaszcza u osób z lokalnym nadmiarem tkanki tłuszczowej lub otyłych. U osób szczupłych uważamy aby nie podrażnić okolic stawu krzyżowo–biodrowego lub guza kulszowego. Chwyty te są wykonywane w nieco krótszych pasmach niż pozostałe.

Głaskania – krótkie pasmo od kości krzyżowej okolica S2–S3 w kierunku L1–L2, przykręgosłupowo.



Głaskania – krótkie pasmo od kości krzyżowej okolica S2–S3 w kierunku grzebienia kości biodrowej, rozpoczynamy częściowo przez mięśnie pośladkowe, idąc łukiem ponad przednie kolce biodrowe. **Chwyt liftujący**.



- ♦ Głaskanie krótkie pasmo od kości krzyżowej okolica S2–S3 w kierunku stawu biodrowego – zwiększamy impuls i lekkim łukiem masujemy w kierunku przedniego kolca biodrowego.



Uwaga! Po kilku głaskaniach przechodzimy do rozcierania w tych samych pasmach.

- ♦ **Rozcierania wykonujemy spiralnie**, dokręgosłupowo, symetrycznie masujemy po jednej a potem po drugiej stronie. Druga, wolna dłoń wykonuje podchwyt przyciągając lekko skórę prostopadle do linii masażu.
- ♦ Następnie przechodzimy do **ugniatań podłużnych** w podobnych pasmach, ugniatanie w drugim paśmie podobne jest do ugniatania z fałdem i podchwycem.

W przypadku mocno napiętych pośladków najpierw wykonujemy głębokie głaskania, następnie ugniatania oraz jeszcze raz głaskania przechodzące w uciski, a dopiero potem rozcierania.

Uwaga! Chwyty tzw L – dwufazowy oraz chwyt wachlarzowy – w kolejnych masażach wykonujemy opcjonalnie, nie wykonujemy ich wszystkich naraz.

Chwyty w opracowaniu lokalnych zmian, stanowią dodatkowe chwyt. Jeśli nie mamy dużych lokalnych zmian w tkankach ich rola ma znaczenie szczególnie w pierwszym masażu diagnostycznie i później możemy je pominąć. Jeśli natomiast wyczuwamy lokalne złogi tłuszczowe lub też zwłóknienia techniki te mogą być podstawowym chwytem.

W takim przypadku można zrezygnować z technik masażu w trzech pasmach, chwytu wachlarzowego lub chwytu dwufazowego – L.

Techniki te wspomagane wykonywanymi w krótkich pasmach ugniataniami pomocne są także w zmiękczaniu tkanek po aplikowanych zastrzykach oraz jeśli występują blizny. W tym ostatnim przypadku stosuje się także technikę tzw. „**ugniatania od spodu**”, czyli podciągania tkanek i miejscowe ugniatania. Opracowanie takie wymaga nieco czasu i regularnych sesji, ale jest to bardzo efektywny masaż.

W podobny sposób – ale początkowo bez ugniatania – można także wykonać **masaż w miejscach wprowadzenia kaniul stosowanych w zabiegach chirurgicznych liposukcji**, ale w drugim etapie rewitalizacji po zabiegu. Początkowo masaż tych miejsc może być zbyt bolesny podczas stosowania ugniatań. Wykonujemy więc masaż najpierw jedynie w pobliżu, okolicy cięcia, potem w samym miejscu cięcia. Są to drobne, 3-5 milimetrowe wyczuwalne blizny. Próbujemy lekko podnieść skórę i masować z boku, a następnie samą bliznę po uchwyceniu tkanek i lekkim podniesieniu do góry, masujemy od spodu.



Chwyty w opracowaniu lokalnych zmian. Poniższe chwyt wykonać możemy także w ułożeniu na boku, stosujemy je jednak wybiórczo. Uważajmy aby nie podrażnić tkanek w okolicy stawu krzyżowo– biodrowego ani w okolicy guza kulszowego.

- ♦ Najpierw wykonujemy lekkie napinanie skóry między palcem wskazującym i kciukiem, drugą dłoń – trzema palcami – masujemy wykonując chwyt w obszarze zamkniętego trójkąta. Masaż początkowo w formie okrężnego rozcierania dotyczy powierzchniowych warstw skóry.



- ♦ Chwyt w ustabilizowanym fałdzie – jest niejako technicznie odwróconym chwytym do poprzedniego – polega na wykonywaniu masażu w ustabilizowanym fałdzie skórno – mięśniowym, uchwyconym pomiędzy palcem wskazujący, środkowym a kciukiem. Druga dłoń w tak



ustabilizowanym fałdzie masuje. Fałd stopniowo przesuwany do następnego miejsca wykonuje początkowo miejscowo koliste rozcieranie, potem krótkie spiralne.

Rozcieranie odbywa się maksymalnie pod kątem około 45 stopni do fałdu, tak aby nie przyciskać fałdu pionowo a z drugiej strony nie doprowadzać do marszczenia skóry!

Masaż pod odpowiednim kątem pobudza tkanki ale nie doprowadzamy do ich szybkiego, nadmiernego rozgrzania. Zbyt silne rozcieranie i ugniatanie szczególnie wykonywane pionowo powoduje zbyt szybkie przekrwienie tkanek. Przy ich osłabieniu mogą pojawiać się siniaki, pękać naczynka, itd. Taki intensywniejszy masaż nie jest wskazany zwłaszcza jeśli widzimy już początkowe zmiany na powierzchni skóry, pęknięcia naczyń lub tendencje do siniaków.

Pod koniec tego krótkiego opracowania lokalnych zmian wykonujemy kilka głaskań.

Uwagi do wykonywanych początkowych chwytów diagnostyczno-leczniczych na wyniosłości pośladkowej. Na górnej części fałdu tworzącego części wypukłości pośladka, tj. powierzchni pośladkowej oraz okolicy grzebienia kości biodrowej w kierunku linii tali, wykonujemy kilka chwytów. Długość i ilość pasm zależna jest od napięć mięśniowych, ukształtowania pośladków i talii, tj. ilości lokalnego rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w tych okolicach.

- ♦ Tworzymy niewielki fałd skórno-mięśniowy 3-4 palcami i obserwujemy jak się przemieszcza przesuując dłoń od miednicy w kierunku żeber. Obserwujemy miejsca w których dłoń obniża się schodząc z pośladka w linii grzebienia biodrowego i talii.

U osób bardzo szczupłych wyczuwalny jest talerz kości biodrowej, u przeciętnej osoby dopiero po głębszym ucisku. Obserwujemy jak się zachowuje skóra podczas przesuwania dłoni, jaka jest tkanka – zbita czy wiotka? Czy wyczuwalne są miejscowe „złogi” tłuszczowe?





Chwyt opracowania pasmowego z ustabilizowanym fałdem jest podstawowym chwytym w Dynamicznym Masażu Antycellulit, stosowanym przede wszystkim na obszarze bioder, pośladków, dolnej części grzbietu, prawie całych ud, a czasem i górnego odcinka łydek. Wykonujemy go zarówno podczas ułożenia pacjentki na brzuchu, jak i na plecach.

W ułożeniu na boku opracowanie pasmowe dotyczy opracowania linii talii, bioder i w przypadku akumulacji tkanki tłuszczowej w okolicy kołców biodrowych i tkanki tłuszczowej występującej w paśmie skóry przebiegającym ponad talerzem biodrowym.

Chwyt ten polega na precyzyjnym oddziaływaniu impulsu właśnie w tym miejscu, gdzie odbywa się masaż. W ten sposób skutecznie opracowujemy lokalnie tkanki bez rozproszenia impulsu i zbędnego rozgrzewania tkanek sąsiednich.

Chwyt polega na rozcieraniu i ugniataniu w ustabilizowanym fałdzie skórnym. Chwyt jest skuteczny min. podczas opracowania lokalnego nadmiaru (akumulacji) tkanki tłuszczowej, w miejscach nagromadzonych

złogów, zgrubień, zwłóknień w tkankach, występujących na ograniczonej powierzchni. Chwył ten nie powinien być jednak stosowany podczas jednej sesji masażu na większych powierzchniach ciała.

Chwył pomocny jest także w przypadku ograniczonego, lokalnego celulitu u pacjentek o zbitej strukturze tkanek, a także u osób o napiętej skórze i silniejszych mięśniach.

Chwył w ustabilizowanym fałdzie wykonujemy pasmowo poruszając się w kilku krótkich pasmach wachlarzowato. Rozpoczynamy na wysokości mm. pośladkowych i przechodząc na dolny odcinek grzbietu kończymy w zależności od pasm ponad talerzem biodrowym, powyżej przednich kolców biodrowych lub na wysokości kręgosłupa lędźwiowego. Co kilka pasm – po rozcieraniach – wykonujemy chwył głaskania.



Pojedyncze rozcieranie charakteryzuje się stopniowym zwiększaniem impulsu.

Rozpoczynamy od głaskania i po chwili przechodzimy w rozcierania, a pojedyncze pasmo kończymy także zgłaskaniem. Następnie przystępujemy do kolejnego rozcierania.

Kończąc opracowanie grzbietu, wykonujemy kilka dłuższych, wolniejszych i głębszych głaskań. Jedno z pierwszych podstawowych pasm, następnie przykrywamy pacjenta.



Podsumowanie dotychczasowego opracowania

Opracowanie partii ciała od miednicy do żeber może się odbywać w tym masażu opcjonalnie w dwóch etapach. Masaż dotyczy kształtowania linii talii oraz bioder. Pierwsza część masażu obejmuje masaż od miednicy do połowy grzbietu, pacjent leży na brzuchu.

Druga część masażu odbywa się w ułożeniu na boku i opracowujemy boczną stronę ud, analogicznie masujemy z drugiej strony. Tutaj następuje masaż modelujący przede wszystkim górne okolice bioder i częściowo boczne strony powłok brzusznych.

Daje to możliwość precyzyjnego opracowania tkanek w okolicy grzebienia biodrowego, lokalnego nadmiaru tkanki tłuszczowej w okolicach przednich górnych kolców biodrowych oraz w przebiegu dolnej części środkowej linii pachowej.

Część masażu wpływającego na stan skóry, tkankę tłuszczową oraz mięśnie bocznej strony grzbietu – w linii pachowej – odbywa

się także w ułożeniu pacjenta na plecach, kiedy opracowujemy powłoki brzuszne. Ale ta część masażu ma jednak mniejsze znaczenie w modelowaniu linii talii.

Następnie przechodzimy do masażu kończyn dolnych.

MASAŻ KOŃCZYN DOLNYCH

ułożenie na brzuchu

Kończąc masaż grzbietu, spokojnie przykrywamy pacjentowi grzbiet rękami aby zachować komfort i ciepło. W tym momencie jest czas na ewentualne krótkie omówienie tego jak pacjent odebrał masaż i jakie miał odczucia.

Jeżeli pacjent leżał z głową ułożoną na jednej stronie, prosimy, aby powoli położył ją na drugiej, co zapobiegnie odrętwieniu w okolicach głowy, szyi i kończyn górnych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów, którzy bez problemu relaksują się podczas masażu i zdarza im się zasypiać.

Natomiast jeżeli dłuższe leżenie na brzuchu sprawia pacjentce trudności, to prosimy o położenie się do masażu nóg od razu na boku, a następnie na plecach. Czasem pomimo słabszych efektów masażu, musimy tak postępować. Pomijając masaż kończyn dolnych w pozycji ułożenia pacjenta na brzuchu, masaż jest o wiele uboższy w swoim oddziaływaniu.

Następnie odkrywamy jedynie tę kończynę, którą będziemy masować.

STOPA I PODUDZIE

Podczas masażu DMA opracowując stopę i podudzie, masaż nie ma bezpośredniego znaczenia jako metoda modelowania górnych partii nóg lub też leczenia cellulitu.

Owszem czasem cellulit pojawia się na wysokości górnej części łydki na obszarze skóry pod kolanem oraz na wysokości mm. brzuchatego łydki, ale masaż ma tutaj przede wszystkim znaczenie w celu poprawy krążenia. Skupiamy się więc na łydce, a nie na całym podudziu.

Masaż tych okolic ma za zadanie wzmocnienie, uelastycznienie tkanek miękkich osłabionego podudzia i stopy, w zaburzeniach pompy naczyniowo-mięśniowej.

Jeśli jednak u pacjenta występują poważniejsze, zdiagnozowane, daleko posunięte zmiany, na przykład żylaki, popękane naczynka, masaż może stanowić miejscowe przeciwwskazanie.

Pojawiające się zmiany w postaci siatki pękających kruchych drobnych naczyń, powodują duże ograniczenie w masażu tej okolicy kończyn dolnych.

Podczas DMA – masując podudzie skupiamy się najpierw na podeszwowej stronie stopy i od niej rozpoczynamy niektóre chwytty przechodząc płynnie na łydkę. Stosujemy miękkie ale głęboko efektywne chwytty wykonywane bez zbędnego rozgrzewania i przekrwienia tkanek.

Jeśli mamy już widoczne, zdiagnozowane zmiany w postaci żylaków lub też siatki kruchych, pękających naczyń na poziomie łydki, omijamy ten obszar i przechodzimy do masażu uda.

Masaż stopy i łydki wykonujemy w podstawowym ułożeniu pacjenta na brzuchu, natomiast masaż uda następuje we wspomnianych już trzech różnych ułożeniach. Podczas opracowania górnej części pośladka, biodra, linii tali, wskazane jest ułożenie pacjenta na boku.

- ♦ Przeglaskania diagnostyczne stopy i podudzia, wykonujemy najpierw. Masaż skupiony jest na poziomej skórze, masujemy początkowo bez oliwki, płasko ułożoną dłoń. Jedną dłoń masuje, druga lekko podtrzymuje stopę w pobliżu stawu skokowego.



- ♦ **Po 2-3 głaskaniach stopy przechodzimy na łydkę**, po 2-3 głaskaniach łydki przechodzimy na udo omijając dół podkolanowy. Potem kładziemy pod podudzie niewielki walek lub zrolowany ręcznik, na którym noga spoczywa.



- ♦ Wykonujemy chwyt – **głaskanie od palucha**, płasko ułożoną dłońią, łukiem do pięty.



- ♦ **Głaskanie kłębem i kciukami** po stronie podeszwy brzegów stopy, później z mocniejszym akcentem na pięcie.
- ♦ **Głaskanie kłębem przez środek stopy** (bardzo napiętych mięśni lub wrażliwych stóp).
- ♦ **Masaż całą dłońią strony grzbietowej i podeszwy**, wykonujemy dłońmi ułożonymi poprzecznie. Masaż wykonujemy naprzemiennie z podchwyt/ druga dłoń stabilizuje raz stronę grzbietową, raz podeszwową.
- ♦ Po głaskaniach **przechodzimy do rozcierań, wykonywanych w podobnych trzech pasmach**. Możemy łączyć opracowanie obu stron i czasem podnieść lekko stopę, aby wykonać głaskanie po stronie grzbietowej.

- ♦ Najpierw masujemy nieco dłużej okolice palucha i przyśrodkowy brzeg stopy. Przechodząc do pięty, co kilka ruchów zgłaskujemy, wykańczając ruch na ścięgnie Achillesa.



- ♦ Masaż stopy całą dłonią, wykonujemy jako **rozcieranie centralnie** nieco intensywniej po podeszwowej stronie stopy i łagodniej po grzbietowej stronie stopy.
- ♦ Masaż całą dłonią strony podeszwowej stopy, **rozcieranie kłębami** po brzegach stopy, co kilka ruchów wychodząc kłębami na łydkę, pomiędzy kostkami a ścięgnem Achillesa.

Jeśli stopa jest bardzo napięta po głaskaniach **przechodzimy najpierw do ugniatań**, starając się rozluźnić stopę wykonujemy ugniatania wolniej z nieco większą amplitudą i mniejszą częstotliwością.

- ♦ **Ugniatając wzdłuż brzegów stopy**, kciuki pracują po stronie podeszwowej wraz z całym **kłębem i kłębikiem**, to one stanowią tutaj podstawę masażu a nie paliczki.

Co kilka ruchów na stopie, przechodzimy ciągłym ruchem głaskania na łydkę, ruch kończymy w połowie długości łydki.

- ♦ Dodatkowo wykonujemy wibrację jeśli w dalszym ciągu stopa jest bardzo napięta. Wibracja powolna ale głębsza w liniach brzegów stopy a potem centralnie.
- ♦ Uciski podłużne pełnią także dodatkową rolę w napiętej podeszwowej stronie stopy.
- ♦ Pod koniec wykonujemy głaskanie całą dłonią poprzecznie ułożoną, po obu stronach stopy.

ŁYDKA

Łydkę masujemy poczynając od kilku głaskań diagnostycznych bez oliwki, z uwzględnieniem zwłaszcza górnej części. Sprawdzamy stan tkanek powyżej kostek (tu często występują niewielkie obrzęki i drobne zwłóknienia). Potem sprawdzamy stan tkanek w górnej części, pomiędzy gło-

wami brzuchatego łydki (często występują tu zmiany naczyniowe, żylaki czasem jeszcze mniej widoczne). Nie wykonujemy jednak masażu w okolicy dołu podkolanowego.



- ♦ Po wstępnym diagnostycznym głaskaniu, **przechodzimy do głaskań w dwóch a potem w czterech pasmach. Głaskania wykonujemy dłonią ułożoną podłużnie, płasko.** Poczynając od pięty, przez ścięgno Achillesa przechodząc najpierw centralnie na brzuchate łydki, masujemy w dwóch pasmach.



- ◆ Następnie zaczynamy podobnie, ale masaż wykonujemy już na łydce nie w dwóch pasmach, ale w przebiegu głów brzuchatego łydki **rozchodzimy się na cztery pasma**, po dwa pasma na jedną stronę m. brzuchatego.



- ◆ Kolejne głaskania przypominają **głaskania półpięściowe**, w ich przebiegu poprzez masaż zwłaszcza palcem wskazującym oraz kciukami, możemy dokładnie kontrolować jak poddają się masażowi tkan-



ki miękkie. Pojedyncze, powolne zastosowanie tego chwytu daje duże możliwości diagnostyczne.

- ♦ **Rozcierania podłużne jedną dłonią** wykonujemy w podobnych pasmach, z tym że w odróżnieniu od typowego postępowania w masażu klasycznym, tutaj masaż zwłaszcza rozcieranie wykonywane jest przez ustawienie odpowiedniego kąta względem tkanek. Pracujemy nie tylko ostatnimi paliczkami czy opuszkami palców, ale całymi płasko ułożonymi palcami. Staramy się wyczuć odpowiedni poziom skóry, bez zbędnego, intensywniejszego masażu mięśni.



- ◆ Kolejne **podstawowe rozcieranie**, to **rozcieranie wykonywane z prowadzonym równoległym fałdem**. Chwyty dotyczą opracowania w przypadku miejscowego nagromadzenia tkanki tłuszczowej.



- ◆ Następnie wykonujemy **rozcieranie trzema palcami w prowadzonym fałdzie** pomiędzy palcem wskazującym a kciukiem drugiej ręki lub wykonujemy masaż z wspomnianym już podchwycem. Podchwyt wskazany jest przy problemach z wiotkością skóry. Prowadzany jest wzdłuż linii brzegów zewnętrznych głów brzuchatego łydki.





- ♦ **Ugniatania.** Analogicznie jak w przypadku stopy, jeśli łydka jest napięta, najpierw wykonujemy ugniatania w celu rozluźnienia łydki. Z tym, że ugniatania wyglądają podobnie jak uciski, po jednym impulsie, ucisku, nie odrywamy całkiem rąk, ale przechodzimy do następnego ucisku. Wykonujemy **ugniatania podłużne** początkowo w jednym paśmie rozpoczynając od ścięgna Achillesa później rozchodząc się na 2 pasma w przebiegu brzuchatych łydki.



Uwagi do opracowania zwłóknień w okolicy kostek i stawu skokowego: Po bocznej lub grzbietowej stronie stawu skokowego, często w tkankach wyczuwamy zwłóknienia. Najczęściej na grzbietowej stronie, w paśmie przechodzącym poprzecznie w kierunku kostek. Wykonujemy wtedy masaż na poziomie skóry i powięzi, starając się rozluźnić i uelastyczyć te miejsca. Ma tutaj duże znaczenie masaż tkanki łącznej i manipulacje tkankami miękkimi. Zwłóknienia w tych miejscach utrudniają przepływ limfy.

UDA I POŚLADKI **masaż w podstawowym ułożeniu**

Masaż ud w ułożeniu pacjenta na brzuchu wykonujemy w kilku pa-smach, ale w zależności od stanu skóry, masaż opcjonalnie wykonujemy także w ułożeniu na boku oraz na plecach.

- ♦ Na wstępie zazwyczaj przed opracowaniem danej partii ciała wykonujemy kilka chwytów diagnostycznie bez oliwki. Wykonujemy **głaskanie podłużne** jedną dłonią ze zmiennym naciskiem. Druga dłoń nieco wyżej ustawiona jest poprzecznie, sprawdza napięcie tkanek w okolicy nad stawem biodrowym, potem na pośladku.





- ♦ Wykonujemy dodatkowe chwyt diagnostyczne jak: **uniesienie fałdu skórniego** w kilku miejscach gdzie spodziewać możemy się wiotkości skóry.



- ◆ Wykonujemy też **głęboki masaż poprzecznie ułożonym palcem wskazującym** w miejscach problemowych, zwracając uwagę na tylną część uda w środkowym paśmie, okolice krętarzową oraz na stan skóry okolicy dolnej części fałdu pośladkowego.
- ◆ **Na tylnej stronie uda** masaż przebiega w dwóch głównych pasmach poczynając od okolicy nad stawem kolanowym kończąc na wysokości fałdu pośladkowego. Część chwytów z tego pasma, w drugiej fazie przechodzi na pośladek.





- ♦ **Drugie pasmo** w masażu uda przebiega bardziej tylno-przyśrodkowo. Początkowo biegnie w linii dwugłowego uda i kończy się na wysokości fałdu pośladkowego (bruzda pośladkowa oddziela dolną część pośladka od górnego odcinka uda). To pasmo jest krótsze i obejmuje

też częściowo stronę przyśrodkową, przywodzicieli. W zależności od budowy ciała masaż możemy wykonać w 2-3 sąsiednich pasmach, blisko siebie.



- ♦ Czasem w przypadku osłabienia tkanek miękkich czyli skóry i mięśni w okolicach wypukłości pośladka, potrzebne jest także **miejscowe opracowanie w linii bruzdy pośladkowej** i opadającego fałdu pośladka. Można w ten sposób podkreślić zarys pośladka oraz zapobiegać lokalnemu nagromadzeniu tkanki tłuszczowej. Na tę okolicę zwracamy szczególną uwagę w przypadku pseudocellulitu (opadania zwiotczonego pośladka).



Masujemy w krótkich pasmach jedno obok drugiego, przesuając się pionowo w kierunku pośladka. Natomiast następujące po sobie pasma przebiegają w kierunku krętarza. Absolutnie nie masujemy w kierunku szpary międzypośladkowej.

Opracowanie miejscowe w linii pośladkowej jest najbardziej skuteczne jeśli zastosujemy techniki rozcierania i ugniatania w ustabilizowanym fałdzie lub też techniki podchwytu.



Kluczowym problemem jest kwestia, jak wykonać skutecznie masaż na poziomie skóry tak, aby ją pobudzić, stymulować, a jednocześnie jej nie rozciągać. Pomocna jest tutaj technika masażu w ustabilizowanym fałdzie i precyzyjny, a nie siłowy masaż. Takie rozwiązanie ma szczególnie uzasadnienie na pośladkach i okolicy biodrowej.

Pasmo tylnobocznej strony uda rozpoczynamy nad dołem podkolanowym, przy czym przechodząc na wysokości stawu biodrowego rozdzielają się na dwa drobniejsze pasma:

- ♦ Jedno pasmo **skręca łukiem** i kierujemy się wzdłuż przebiegu mięśnia pośladkowego przez pośladek do okolicy stawu krzyżowo-biodrowego. Najczęściej do podstawowego chwytu dołączamy podchwyt drugą stabilizującą dłoń.



- ♦ Drugie **pasmo poprzez staw biodrowy** (tutaj nacisk zmniejszamy) przechodzi wyżej, poprzez powięź szeroką. Masujemy dalej w kierunku przedniego, górnego kolca biodrowego. Część masażu wykonywana jest na skórze w okolicy mięśnia napinacza powięzi szerokiej.

Jeżeli jednak na bocznej stronie uda mamy problemy z akumulacją tkanki tłuszczowej, a dodatkowo skóra jest mniej elastyczna, warto zastosować masaż w ułożeniu na boku. Opracowanie to jest dokładnie przedstawione w dalszej części tego rozdziału.





- ♦ **Najpierw wykonujemy podłużne głaskania w podanych pasmach.** Głaskania rozpoczynamy od chwytów wykonywanych prostymi palcami. Jeśli w połowie tylnej strony uda wyczuwamy dużą ilość tkanki tłuszczowej lub lokalnie obrzęknięte tkanki (na przykład cellulit) najpierw te miejsca masujemy stosunkowo słabiej niż pozostałe. Intensyfikujemy masaż dopiero w kolejnych zabiegach.



W pierwszych zabiegach warto zastosować wariant masażu najpierw nad i obok zmian, tak iż jedna dłoń masuje delikatniej w miejscach kumulacji, a druga na przykład nieco poniżej ustawiona pod kątem wykonuje głębszy masaż. Dopiero potem centralnie i intensywniej masujemy w miejscu ich występowania. Bądźmy ostrożni, nie znamy reakcji naczyńniowych na silniejszy bodziec w tych okolicach.



- ♦ Wykonujemy **rozcierania najpierw koliste, potem spiralne**, i tutaj zaczyna się swoista **mozaika rozcierań**. Jeśli czujemy miejscowe, punktowe zmiany, złogi, stwardnienia, najpierw pracujemy intensywniej powyżej i obok nich, potem dopiero z tymi miejscami.





- ♦ Jeśli dochodzi szybko do przekrwienia, przechodzimy masując w inne sąsiednie miejsca, po chwili dopiero wracamy. Jeśli mamy do czynienia z dużą wiotkością skóry pomocne będą **spiralne rozcierania z ustabilizowanym faldem**.



- ♦ Następnie dopiero wykonujemy rozcierania na prostych palcach oraz **rozcierania z dodatkowym prowadzonym faldem**. Jedną dłoń wy-

konuje masaż na przykład po stronie bocznej uda, druga dłoń w sąsiednim paśmie przesuwana się prowadząc fałd.



- ◆ **Następnie rozcieramy obręcz**, ale każda dłoń w innych sąsiednich pasmach. Rozpoczynamy od pasma bocznego i tylnego. Następnie krótsze przyśrodkowe i tylne oraz przyśrodkowe i boczne.



Uwaga na okolicę kulszową, aby nie podrażniać nerwu. Może do tego dojść przypadkiem na przykład u kobiet w trakcie rewitalizacji po porodzie, u których w okresie ciąży występowały problemy z tą okolicą. Podobnie ostrożniej należy masować w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego.

- ◆ Następnie wykonujemy **ugniatania podłużne** lub, podobnie jak już o tym wspominaliśmy, jeśli są bardzo mocno napięte mięśnie, najpierw wykonujemy ugniatania a potem rozcierania. Najpierw ugniatamy jedną ręką, druga w tym czasie bada tkanki za pomocą delikatnych, sprężystych opukiwań opuszkami palców.



- ◆ W przypadku dużej ilości tkanki tłuszczowej w okolicy biodra, wykonujemy **ugniatania dłonią obok dłoni**, kciuki zwrócone są do siebie. Wizualnie jest to chwyt podobny do testu unoszenia tkanek który przedstawiony został wcześniej, tym razem jednak pracujemy znacznie głębiej.

Uwaga, mimo że ręka pracuje za ręką, nie powinniśmy stosować tzw. ugniatania ze skruceniem tkanek, zwłaszcza przy wiotkiej skórze. Po prostu kiedy jedna dłoń zwalnia druga ugniata i tak na przemian się przesuwają.



Jeśli zdarzy się bardzo napięta tylna lub boczna strona uda, w tym momencie powinniśmy zastosować także podłużne, powoli ale **głęboko wykonywane uciski**.

- ◆ Następnie płasko ułożoną dłońią, lub dwiema obok siebie wykonujemy 2-3 sekundowe uciski i przerwa, następnie przesuujemy się. Kłęby opierają się na pośladkach a palce lekko dotykają stołu.



- ◆ **Testy.** Dłonie ustawione podobnie. Zwróć teraz uwagę jak przesu- wają się tkanki nad powięzią. Czy skóra przesuwa się bez problemu, czy rozwinięte już zwłóknienia utrudniają przesuwanie skóry. Popra- cuj z uciskami na różnej głębokości i następnie postaraj się raz przesu- nąć skórę i nieznacznie mięśnie w kierunku do przedniego górnego kolca, a za drugim razem od biodra do góry w kierunku pośladka. **Najpierw wykonaj ten chwyt kłębami, następnie palcami. Nie- znaczne, spokojne, warstwowo wykonywane chwyt, podobne są do manipulacji tkankami miękkimi.**
- ◆ Podstawowy chwyt rozcierania z prowadzonym fałdem odgrywa tutaj najistotniejszą rolę. W masażu tym liczy się precyzja, a dokładny prze- bieg pasm jest adekwatny do wyczuwalnej tkanki tłuszczowej lub też „zajętych” partii skóry w przypadku cellulitu.
- ◆ Co kilka chwytów wplątujemy **powierzchnowe, powolne głaskanie** płasko ułożoną całą dłońią, na większej partii skóry.

Wspomniałem, iż na tylnobocznej stronie uda wykonujemy masaż w dwóch pasmach, z tym że zwalniamy i zmniejszamy nacisk w okolicy stawu biodrowego i zmieniamy kierunek przechodząc na pośladek.

Czasem jednak w przypadku lokalnego nadmiaru tkanki tłuszczowej, skuteczniejszy będzie tutaj masaż w ułożeniu na boku i masaż z zastosowaniem podobnych technik.

Rozcierania z prowadzonym fałdem

W opracowaniu uda i pośladków rozcieranie z prowadzonym lub też ustalizowanym fałdem jest podstawowym chwytem. Aplikujemy je po kilku głaskaniach i rozcieraniach kolistych, wykonywanych prosto ułożonymi palcami.

Masaż za pomocą chwytu rozcierania z prowadzonym fałdem wymaga szczególnego skupienia i precyzji, dynamizm oznacza tutaj różnicowanie impulsu, dostosowanie bodźca do stanu skóry a nie wykonywanie silnego masażu!

Jeśli masowana osoba ma w tej okolicy silniej rozbudowane mięśnie lub też więcej lokalnej tkanki tłuszczowej, pamiętajmy, iż w masażu skupiamy się zwłaszcza na poziomie tkanki podskórnej, a masaż oddziałuje pośrednio na powierzchowne grupy mięśni.

Zmiana kierunku na poziomie stawu biodrowego, kiedy z uda przechodzimy do masażu pośladków jest powodowana kierunkiem przebiegu mięśnia pośladkowego wielkiego oraz zmianą przebiegu linii Langerera, których przebieg także determinuje masaż wykonywany na poziomie skóry właściwej i tkanki podskórnej.

Ponadto masaż na pośladkach ma charakter liftingujący, ujędrniając skórę i pośrednio mięśnie. Dlatego stosujemy oprócz chwytów rozcierania i ugniatania z prowadzonym fałdem, chwyt rozcierania i ugniatania z tzw. podchwytym. Wspominany był już podczas opracowania miednicy, górnej części pośladka jako krótkie pasmo. Podczas opracowania uda wraz z pośladkiem **technika z podchwytym** ma dużo większe zastosowanie.

POŚLADEK

W opracowaniu DMA – skupiamy się na skórze, masujemy jednak tak aby impuls oddziaływał warstwowo, czyli skupiał się na poziomie skóry właściwej oraz tkance podskórnej a nie na naskórku czy z kolei od razu na mięśniach głębokich. Po prostu nie ma potrzeby wykonywania masażu zbyt intensywnego, aby był kierowany głównie na mięśnie. Są one masowane niejako przy okazji. Takie podejście dotyczy praktyki i wyuczulenia pracy na odpowiednim poziomie tkanek.

Nie ma tutaj sztucznego podziału w masażu na udo i okolice miednicy ze względu na anatomiczny podział. Część chwytów pod innym kątem i kierunkiem prowadzimy na pośladki, przechodząc z uda na miednicę.

W razie potrzeby szczególną uwagę skupiamy na fałdzie pośladkowym, fałdzie skórny utworzonym pomiędzy bruzdą pośladkową a fałdem biegnącym w kierunku krętarza.

Po przejściu z okolicy udowej tylnej i bocznej na miednicę, masaż przebiega w trzech głównych pasmach: wzdłuż mięśnia pośladkowego wielkiego i do grzebienia kości biodrowej, do kości krzyżowej i w kierunku powięzi piersiowo-lędźwiowej.

W kolejnym paśmie bocznym, masujemy w kierunku napinacza powięzi szerokiej, jako osobne pasmo w kierunku przedniego górnego kolca biodrowego. Chwyty rozpoczynamy od okolicy krętarzowej, podobnie jak na udzie, ilość pasm i intensyfikacja zabiegu determinowana jest przez zmiany w tkance podskórnej (panikulopatie/cellulit) lub też lokalne nagromadzenie tkanki tłuszczowej.

Tutaj dosłownie masaż traktowany jest jako dynamiczny, zmieniający bowiem intensywność, amplitudę oraz częstotliwość chwytów.

- ♦ Podstawowe chwytów to **głaskania podłużne** w przedłużeniu głaskań z bocznej i tylnej strony uda, lecz pod zmienionym kątem i kierunkiem wyznaczonym przez przebieg mięśnia pośladkowego wielkiego.
- ♦ Drugie głaskanie to **głaskanie z podchwycem drugą ręką**, pozwala ono na prowadzenie głaskania w pożądanym miejscu. Możemy także

w ten sposób bardziej kontrolować napięcie tkanek na pośladku. Jest to chwyt wykonywany częściej tam gdzie mamy problemy z wiotkością skóry lub też lokalnym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej.

Jeśli mamy główny problem z tkanką tłuszczową, także tutaj dużą skuteczność ma masaż z zastosowaniem ustabilizowanego fałdu. Masaż z ustabilizowanym fałdem wykonujemy podczas rozcierań oraz ugniatań.

Pod koniec masażu uda wykonujemy kilka głąskañ w podstawowych pasmach. Po masażu jednej kończyny dolnej przechodzimy oczywiście do drugiej, a przed ułożeniem pacjenta na boku, sprawdź jeszcze raz stan tkanek zwłaszcza tych okolic na których się skupisz w kolejnej części opracowania DMA.

- ♦ Wykonaj kilka ucisków. Jedną dłoń wyprzedza drugą, kciuki są zwrócone do siebie i odwiedzone. Jedną dłoń lekko naciska druga puszcza i odwrotnie.



OPRACOWANIE UD I POŚLADKÓW w ułożeniu na boku

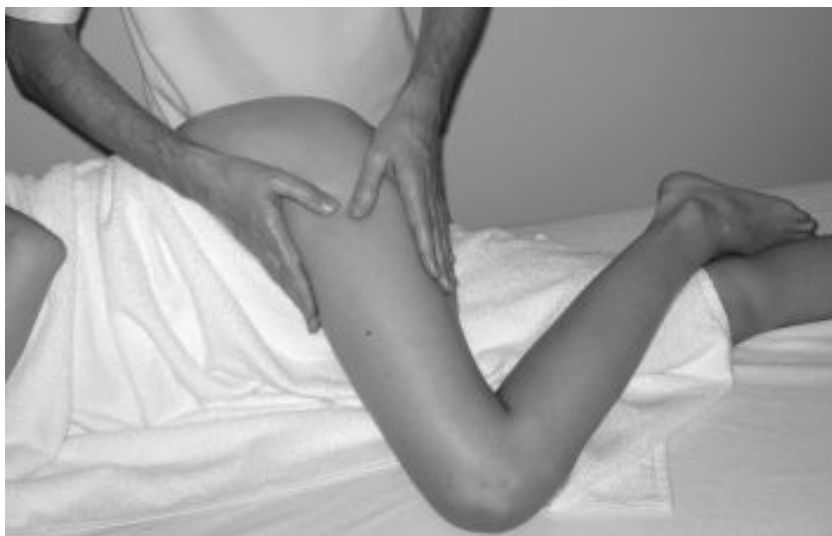
Masaż w dogodnej dla nas pozycji jest także bardziej efektywny dla pacjenta. Tak się składa, iż podczas DMA masujemy w różnych ułożeniach. Poza podstawową pozycją leżąc na brzuchu, pacjent częściej masażu ma przeprowadzoną w ułożeniu na boku. Jest to pozy-



cja opcjonalna i nie dla każdej pacjentki musi być najwygodniejsza. Chodzi także o odpowiednie napinanie bądź rozluźnienie tkanek.

Opracowanie na boku jest bardziej dogodne dla masażu skóry nad stawem kolanowym, omijamy jednak dół podkolanowy i na wstępie stosujemy kilka głasknięć stojąc raz z przodu a raz tyłu pacjenta. Masaż w ułożeniu na boku jest bardziej efektywny w celu opracowania tkanki tłuszczowej w okolicy grzebienia biodrowego, lokalnego nadmiaru tkanki tłuszczowej okolicy górnych kolców biodrowych oraz wyniosłości pośladkowej.

- ◆ Głaskanie diagnostyczne możemy przeprowadzić kciukami ustawionymi pod kątem, lekko stykającymi się. Powoli przeprowadzamy głaskanie zaczynając od stawu kolanowego kończąc ponad stawem biodrowym. Staramy się wyczuć co się dzieje z tkankami, czy wyczuwamy nagromadzenie zbitej tkanki tłuszczowej, punktowe o lokalnych charakterze złogi, czy też palce trudniej jest przesuwać ze względu na wyczuwalny obrzęk i właściwe zmiany cellulitowe. Możemy powtórzyć ten chwyt w 2-3 pasmach obok siebie. Najpierw masażysta wykonuje masaż stojąc frontem do pacjentki, następnie z tyłu za stołem.



- ♦ **Głaskanie płasko ułożoną dłońią** przeprowadzamy na wstępie w kilku pasmach, część z nich z okolicy nadkolanowej do okolicy fałdu pośladkowego, strona tylna uda.



- ♦ Cześć **głaskań podłużnych** wykonuje się w paśmie bocznym i przyśrodkowym obręcz, podobnie w paśmie tylnym i przednim.



- ♦ Wykonujemy także chwyt **rozluźniający dłonią obok dłoni** ustawioną poprzecznie w paśmie przyśrodkowym i bocznym. Pierwsze chwytaki wykonujemy stojąc z boku kozetki, ale ustawieni jesteśmy frontem do pacjenta. Dopiero w kolejnych chwytach przechodzimy na drugą stronę stołu, z tyłu pacjenta.
- ♦ Tradycyjnie po głaskaniu wykonujemy **rozcieranie** podłużnie, najpierw płasko ułożonymi palcami przesuwamy się w kilku pasmach. Tutaj



w niektórych przypadkach od razu wykonujemy **rozcierania z faldem**, lub też wykonujemy **masaż jedną dłonią, a drugą prowadzimy fald** i przesuamy go równoległe do masowanego obok pasma.



- ♦ **Kciuki obok siebie.** W przypadku miejscowych zmian na ograniczonej powierzchni i wyczuwalnych złogów oraz zwłóknień, pracujemy całymi dłońmi, ale kciuki wykonują podstawowe ruchy rozcierania spiralnego i prowadzimy je blisko siebie.



- ♦ **Uwaga: najpierw kłęby.** Jeśli mamy bardzo wrażliwą lub też wiotką skórę, możemy rozcieranie wykonać stojąc najpierw z tyłu pacjentki. Wtedy najpierw przesuwają się miękko kłęby, a za nimi dopiero palce. Chwył tak wykonywany mniej podrażnia także w przypadku pojawiających się już w zmianach cellulitowych guzków, jest także bezpieczniejszy w przypadku tendencji do pękających naczyń!





- ♦ **Ugniatania w ułożeniu na boku** wykonujemy głównie w tylnej i przedniej części uda, jeśli możemy tkanki uchwycić. Ugniatania i rozcierania wykonujemy opcjonalnie stojąc za pacjentem.

OPRACOWANIE OKOLICY BIODROWEJ w ułożeniu pacjenta na boku

Podczas opracowania grzbietu i bioder możemy się zorientować w jakiej kondycji są tkanki, skóra i mięśnie tej okolicy. Jeśli powinniśmy tym obszarom poświęcić więcej czasu, to pamiętajmy, aby krócej masować nogi w innych ułożeniach.

Większość chwytów stosowanych tutaj wykonujemy w kierunku górnego przedniego kolca biodrowego lub ponad nim. Rozpoczynamy w punktach, które zależą po prostu od budowy pacjenta w tej okolicy, czyli ilości tkanki tłuszczowej lub też zmian cellulitowych.

To miejscowe opracowanie polega na wykonywaniu kilku chwytów przeplatanych ze sobą:

- ♦ **Głaskanie podłużne w liniach z pośladka w kierunku kolca biodrowego.**





- ♦ Głaskanie w liniach z pośladka **ponad kolec biodrowy** i dalej w linii pachy.





- ♦ Głaskanie **po bokach grzbietu i w linii pachowej**, zaczynając poniżej kolca i idąc dalej w linii pachowej środkowej do żeber.



- ♦ Rozcierania podłużne wykonujemy podobnie, rozpoczynamy powyżej stawu biodrowego idąc dalej zbieżnie do górnego przedniego kolca biodrowego, potem ponad nim.







- ♦ **Rozcierania z faldem wykonujemy**, jeśli jest taka potrzeba, czyli lokalne nagromadzenie tkanki tłuszczowej. Chwyty ten z podchwytem wykonujemy zwłaszcza wtedy, gdy pacjentka ma bardzo wiotką skórę.

- ♦ **Ugniatania** mają tutaj duże znaczenie. Wykonywane są w liniach pachowych, jako krótkie pasma ugniatania, w których ręka pracuje za ręką, jednak bez skręcania tkanek!



- ♦ Następnie stosujemy **chwyt specjalne**, czyli z ustabilizowanym fałdem lub z przesuwającym fałdem. Bardzo często ta właśnie pozycja ułożeniowa na boku jest przydatna w masażu tych okolic, kiedy u pacjenta jedynie w tej okolicy występuje lokalna akumulacja tkanki tłuszczowej.





- ♦ Z uwagi na miejscowe, ograniczone oddziaływanie masażu, pacjent powinien leżeć wygodnie. Stabilizujemy miednicę tak, aby pacjent nie kiwał się z boku na bok, stosując kliny.

OPRACOWANIE UDA w ułożeniu pacjenta na plecach

Masaż w ułożeniu na plecach, przebiega w podobnej kolejności i ilości pasm (tylko analogicznie do drugiej strony uda i oczywiście bez przejścia na pośladek). Szczególne opracowanie stosuje się jeśli w przyśrodkowej i przedniej części ud występuje cellulit. Ponadto jeśli w zmianach wyczuwalne są już zwłóknienia, złogi tłuszczowe a także nadwrażliwość lub bolesność.

OPRACOWANIE PRZYŚRODKOWEJ STRONY UDA

Masaż obejmuje szczególne postępowanie w tej okolicy w przypadku jeśli zmiany w okolicy nadkolanowej, przyśrodkowej, wymagają szcze-

gólnego masażu, na przykład w wyniku nagromadzenia tkanki tłuszczowej z jednoczesnym znacznie rozwiniętym cellulitem lub w przypadku występowania cellulitu oraz osłabienia naczyń tego obszaru.

W takich przypadkach najpierw powinniśmy wykonać masaż o charakterze odprowadzającym, stosujemy zmodyfikowane techniki masażu klasycznego jak głaskanie, rozcieranie, ugniatanie lub opracowujemy tę przyśrodkową okolicę po prostu **zapożyczając kilka chwytów z drenażu limfatycznego**. Wtedy ograniczamy masaż strony przyśrodkowej do tych chwytów, tzn. nie wykonujemy drenażu z innymi chwytami klasycznymi podczas jednego zabiegu!

Postępowanie takie jest szczególnie uzasadnione jeśli mamy znaczne zmiany po stronie przedniej i przyśrodkowej uda, zwłaszcza obrzęki z niewielkimi zwłóknieniami, bolesność i wrażliwość na intensywniejszy masaż oraz wspomniane już słabe, kruche naczynka, tendencje do siniaków.

- ♦ Na wstępie wykonujemy ogólne przygłaskanie uda stosując oliwkę lub kremy.





Jeśli występuje tylko większa ilość tkanki tłuszczowej, bez dodatkowych zmian patologicznych, wykonujemy masaż w dwóch głównych pasmach. W przypadku wrażliwszej skóry stosujemy początkowo większą ilość środka poślizgowego.

- ♦ **Rozpoczynamy od głaskań poprzecznie ułożoną dłońią**, początkowo układając palce jeszcze pod kolanem lekko je zginając i od przyśrodkowej strony kolana wykonujemy ruch niewielkim łukiem do wysokości połowy przyśrodkowej strony uda.





- ◆ Nie przesuwamy dłoni w kierunku pachwiny! Drugie pasmo prowadzimy w linii nieco powyżej, także po przyśrodkowej stronie uda do 2/3 jego długości.



- ◆ Po głaskaniach wykonujemy **rozcierania najpierw miejscowe**, okrężne a potem spiralne. Opcjonalnie wykonujemy rozcierania w prowadzonym fałdzie.



- ◆ **Ochrona węzłów chłonnych.** Podczas intensywniejszego rozcierania przedniej strony uda, może przypadkowo dochodzić do zbyt intensywnej stymulacji lub wręcz podrażnienia układu limfatycznego,



zwłaszcza węzłów chłonnych. Jeśli mamy dużą ilość tkanki tłuszczowej w górnej, przedniej części uda, masujemy jedną dłonią, a druga ułożona jest w poprzek uda, na wysokości linii poziomej węzłów pachwinowych. W ten sposób ochraniaamy węzły przez przypadkowym podrażnieniem.

- ♦ Rozcieranie po bocznej stronie wykonujemy najczęściej z zastosowaniem rozcierań z prowadzonym fałdem lub z technika podchwytu.



- ◆ Po rozcieraniach wykonujemy **ugniatania w dwóch liniach**. Podczas pierwszych masaży opracowujemy nieco dłużej tkanki ponad występującymi zmianami oraz obok nich, dopiero w następnych zabiegach skupiamy się na samych zmianach centralnie.



- ◆ Po stronie przyśrodkowej uda, ugniatamy w krótszym paśmie, dłoń ustawiona poprzecznie.



Pod koniec opracowania uda wykonujemy podstawowe głaskania, najpierw głaskania podłużne rozpoczynamy na podudziu i przechodzimy na łydkę.



OPRACOWANIE POWŁOK BRZUSZNYCH

Wstępny masaż

Jak zaznaczyłem już wcześniej, przejście do odpowiedniego odcinka masowanego ciała wiąże się z okryciem wymasowanej już partii ciała, w celu zapewnienia odpowiedniego komfortu oraz ciepła. Wymasowane nogi a także klatka piersiowa są przykryte ręcznikami, odsłaniamy tylko brzuch. Tutaj podobnie podczas pierwszych ruchów masażu, przeprowadzamy także kilka chwytów diagnostycznych, wplecionych w sam masaż.

Przyjrzyj się przez moment jak przebiegają smugi mięśnia prostego brzucha, a także jak przebiegają linie mięśni skośnych. Zaobserwuj gdzie jest najwięcej tkanki tłuszczowej, a gdzie jest bardziej wiotka skóra. Podczas pierwszych głaskań wzdłuż linii pachowej przedniej oraz głaskań od linii pachowej przedniej w kierunku linii mostka

porównaj napięcie skóry powłok brzusznych. Z uwagi na większe napięcia w przebiegu okrężnicy zstępującej, przyśrodkowo od lewego górnego kolca biodrowego zauważyć można nieco większe napięcie lub rozciągnięcie skóry. Stan taki powodowany może być obstrukcją.

- ♦ Na wstępie stoimy bokiem do pacjenta. Kładziemy **dłonie na wysokości talerza biodrowego** i wykonujemy głaskanie wzdłuż linii pachowej środkowej a następnie przedniej, do wysokości żeber. Palce skierowane są do bioder nieco pod kątem, najpierw masują kłęby. Sprawdzamy także napięcie lekko głaszcząc jedną dłonią ponad jeli-tem grubym części wstępującej i zstępującej.



- ♦ Stoimy frontem do pacjenta. Kładziemy **dłonie na środku brzucha**, kłęby na wysokości pępka, palce skierowane do mostka i przesuwa-
my lekko, płasko ułożonymi dłońmi skórę raz w lewo raz w prawo

w kierunku linii sutkowej, następnie w górę w kierunku mostka i w dół wzdłuż linii środkowej przedniej. Potem odwracamy dłońe.



- ♦ Chwył ten u pacjentki szczuplejszej, wykonujemy jedną dłonią ustawioną w lini środkowej i na wysokości pępka.
- ♦ Wykonujemy następnie **ruch okrężny wokół pępka** płasko ułożoną dłonią oraz spiralny, zaczynając od pępka i zataczając coraz większe koło. Obserwujemy czy nie wzrasta napięcie powłok brzusznych. Druga dłoń ustawiona jest w linii pachowej a kłębem nieco nad zstępnicą. Staramy się wyczuć napięcie w sąsiedztwie jelita grubego.

FAZA 1. W początkowej fazie, na początku masażu stoimy z boku pacjenta, następnie frontem do niego. Większość chwytów wykonujemy jako pasmowe głaskania, rozcierania z fałdem oraz ugniatania.



- ♦ Kładziemy dłonie powyżej stawów biodrowych, kłębami na wysokości kolców biodrowych i przesuwamy w przebiegu linii pachowej przedniej i w kierunku żeber. Kolejne pasmo nieco bardziej przyśrodkowo do linii sutka.
- ♦ Następnie kładziemy dłonie na talerzu kości biodrowej, kłębami na wysokości kolców biodrowych i masujemy (**najpierw głaskanie**) w kierunku mięśnia prostego brzucha. Przechodzimy wyżej do kolejnych pasm 3-5 w zależności od budowy i napięcia powłok, rozbudowanych mięśni. Kolejne pasma rozpoczynamy od przedniej linii pachowej.

Poszczególne linie masażu przypominają choinkę zwróconą pniem w kierunku miednicy, a wierzchołkiem w kierunku mostka. Główne linie wyznaczają smugi ścięgna. Chwyty wykonujemy w liniach przypominających łuk. Przyciągając nieco skórę w kierunku linii pośrodkowej przedniej.

- ♦ W podobnych liniach przeprowadzamy pierwsze **rozcierania oraz ugniatania**. Następnie stoimy frontem do pacjenta i wykonujemy najpierw masaże w liniach pachowych środkowych oraz przednich, pierwsze głaskanie jedną dłonią a następnie oburącz.
- ♦ Głaskania, rozcierania i ugniatania z podchwytym. Jeśli mamy do czynienia z dużą wiotkością skóry lub też z dużą ilością tkanki tłuszczowej, można najpierw w formie podchwytu jedną dłonią tak prowadzić chwyt, aby powłoki przesunąć nieco od linii pachowej środkowej w kierunku linii sutka. (To jedna z orientacyjnych linii pionowych na klatce piersiowej, biegnie od linii sutka poprzez powłoki brzuszne w pionie i przyśrodkowo od przedniego kolca biodrowego, symetrycznie po obu stronach). Druga dłoń w tym czasie wykonuje główny chwyt.

W praktyce wygląda to tak, iż stojąc po prawej stronie pacjenta twarzą do niego nasza lewa dłoń ułożona poprzecznie do linii pachowej przedniej przyciąga skórę, a prawa wykonuje główny chwyt. Oczywiście odwrotnie po stronie drugiej.

- ♦ **Rozcierania** w podobnych liniach wykonujemy za pomocą takich samych ustawień dłoni i według linii, uważamy jednak aby palców nie ustawiać zbyt pionowo co może podrażnić narządy wewnętrzne. Chwyty te można także zastosować w kolejnych masażach po liposukcji powłok brzusznych.
- ♦ **Ugniatania** wykonujemy podobnie jak ugniatania podłużne z tym, że nieco szerzej na początku. Staramy się uchwycić skórę, aby masaż skupił się na niej, a nie uciskał jelit.

FAZA 2. Polega na opracowaniu powłok brzusznych w 4/4, to jest w czterech obszarach/strefach skóry powłok brzusznych, z jednoczesnym stabilizowaniem skóry, tak aby masaż maksymalnie oddziaływał na poziomie skóry, bez zbędnego nacisku na narządy wewnętrzne.

W tej fazie wykonujemy przede wszystkim rozcierania z ustabilizowanym fałdem, w strefach:

- ♦ Powyżej pępka po stronie lewej w kierunku mostka i lewego łuku żebrowego.



- ♦ Powyżej pępka po stronie prawej w kierunku mostka i prawego łuku żebrowego.



- ♦ Poniżej linii pępka strefa od linii środkowej przedniej w kierunku lewego kolca biodrowego.



- ♦ Poniżej linii pępka strefa od linii środkowej przedniej w kierunku prawego kolca biodrowego.



Uwaga w podanych strefach, każde rozcieranie wykonujemy zgodnie z klasycznymi kierunkami. Rozcierania pomimo, iż najpierw wykonywane są jako koliste a potem spiralne są zbieżne. Kierunek spirali od linii sutkowej w kierunku linii środkowej przedniej.

- ♦ Wykonując rozcieranie w jednej strefie masaż praktycznie przebiega następująco. Pracując z pierwszą strefą, stoimy po prawej stronie pacjenta, lewa dłoń ułożona jest płasko z odwiedzionym kciukiem tworzącym prawie kąt prosty z palcem wskazującym. Tak przygotowujemy pole do masażu. W tym ustabilizowanym fałdzie wykonujemy masaż prawą dłonią, pracując zwłaszcza palce wskazujący i środkowy, najpierw ułożonymi płasko, następnie nieco pod kątem.



- ♦ Zaczynamy powoli **od krótkich głaskań**, w liniach „choinki”.
- ♦ Następnie przechodzimy do **rozcierań kolistych**, wykonywanych w pasmach jeden obok drugiego, podobnie wykonujemy następne rozcierania **spiralne**.

- ♦ Co kilka chwytów przegłaskujemy i powtarzamy 1-2 głaskania wzdłuż brzoza bocznego mięśnia prostego brzucha.
- ♦ Ugniatania wykonujemy podobnie. Starając się uchwycić nieznaczny fałd, pomiędzy kciuk a pozostałe palce, druga dłoń pracuje powyżej tworząc niewielki fałd.

Chwyty w pięciu liniach. Wykonujemy chwyty w pięciu liniach, dwóch parzystych, to jest w liniach pachowych przednich i w liniach sutkowych oraz centralnej przez pępek.

W zależności od napięcia powłok i ukształtowania mięśni stoimy z boku pacjenta jeśli mamy do czynienia ze słabszą bodową lub frontem do niego w przypadku rozwiniętej muskulatury.



- ♦ **Głaskanie** w pięciu liniach.
- ♦ **Rozcierania** spiralne w pięciu liniach.
- ♦ **Ugniatanie** w pięciu liniach, wykonujemy najpierw jako podłużne, potem staramy się uchwycić niewielki fałd skóry. Po jednej stronie mięśnia prostego brzucha pracują kciuki zwrócone do siebie, a po drugiej pozostałe palce.



Można posiłkować się dodatkowymi chwytami wykonywanymi z podchwyttem. Na końcu wykonujemy **ogólne przygłaskanie powłok brzusznych**.

Masaż w celu rewitalizacji po porodzie

W takich sytuacjach w masażu powłok brzusznych skupiamy się na drugiej fazie opracowania. Nie znaczy to że pierwszą pomijamy, albo że bardziej skupiamy się na opracowaniu brzucha. Po prostu jak każdy masaż także i to opracowanie wpływa na organizm podobnie jak klasyczny masaż. Tak więc z uwagi na skuteczność, wzmocnienie mięśni i skóry powłoki brzusznej ważniejsza jest w tym przypadku faza 2. Masaż powłok brzusznych nie powinien przekraczać 15-20 minut. Dlatego także ważne jest, aby już podczas masażu dolnego odcinka grzbietu – kiedy to pacjentka leży na brzuchu – skupić uwagę na chwytach masażu w liniach pachowych. Część masażu wpływającego na wzmocnienie mięśni i skóry tej okolicy odbywa się także w ułożeniu pacjenta na boku.

W dalszej części książki zawarte są dodatkowe artykuły, jeden z nich poświęcony jest zastosowaniu masażu w rewitalizacji poporodowej. Polecam część opracowania powłok brzusznych w początkowej fazie rewitalizacji, w ułożeniu pacjentki na boku.

(Patrz ponadto: opracowanie w ułożeniu na boku, masaż w okolicy biodrowej).

Wskazania, przeciwwskazania, dawkowanie i czas masażu według opracowania DMA

Przeciwwskazania do DMA są takie same jak podstawowe przeciwwskazania do masażu klasycznego z uwzględnieniem czasowych lub też miejscowych przeciwwskazań.

Masaże wykonujemy w miarę możliwości regularnie, na wstępie 3 lub przynajmniej 2 razy w tygodniu, serię około 10 zabiegów. Następnie w celu podtrzymania efektów można już wykonać sesję raz na dwa tygodnie. Okazjonalne, nieregularne masaże aplikowane w celu modelowania sylwetki lub też terapii cellulit nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Cały masaż, pełna sesji według opracowania DMA zajmuje około 60 minut.

Masaż blizn po cesarskim cięciu

Masaż blizn po cesarskim cięciu jest efektywny, wykonywany zwłaszcza jako regularny, codzienny automasaż przez samą zainteresowaną. Nasza rola polega najczęściej na tym, iż po prostu instruujemy jak go wykonać. Początkowe chwyty głaskania i rozcierania wykonujemy powyżej i poniżej blizny. Następnie wykonujemy masaż w zbieżnych liniach do linii przebiegu cięcia tj. blizny. Potem wykonujemy masaż techniką uchwycenia blizny w fałdzie skórny, podciągamy ją i wykonujemy „masaż tkanek od spodu”.

Na początku masażu blizn, możemy także zaaplikować drenaż limfaticzny, ale w całym obszarze, w tym przypadku regionie powłok brzusznych.

Dodatek

Poniższe uwagi nie dotyczą właściwego opracowania DMA, jednak poruszamy w tym miejscu temat masażu powłok brzusznych i okolic jelita grubego z przezorności, ponieważ wspomniane dolegliwości występują bardzo powszechnie. Prędzej czy później musimy się do nich w praktyce ustosunkować.

Postępowanie w przypadku obstrukcji. W przypadku obstrukcji spastycznej, w schorzeniach narządów jamy brzusznej, występującego ryzyka spowodowania krwawienia lub innego podrażnienia zwłaszcza jelit oraz w dolegliwościach związanych z zaparciami a także w pierwszych dniach menstruacji, masaż powłok brzusznych według podanego opracowania jest przeciwwskazany.

Jeśli natomiast pacjent ma problemy z obstrukcją wiotką, dolegliwości związane z nieregularnymi wypróżnieniami w związku z osłabieniem pracy jelita grubego, także powinniśmy zachować wszelką ostrożność, aby nie podrażniać jelita, nie stymulować go mechanicznie. Dlatego podczas masażu wykonujemy masaż wzdłuż przebiegu jelita grubego klasycznie, ale rezygnując z masażu zwróconymi w kierunku przebiegu jelita grubego trzecimi paliczkami, opuszkami palców. Wykonujemy raczej ruchy „ściągające”.

Stosujemy masaż powłok brzusznych nad jelitem grubym według 9 linii. Wykonujemy go palcami zwróconymi poprzecznie lub też za pomocą ruchu zgłaskującego, płasko ułożonymi palcami. Najpierw w kierunku pracy jelit ułożony jest kłęb, a palce pracują za nim.

- ♦ Rozpoczynamy od części zstępującej, czyli zstępnicy. Wykonujemy tutaj 3 coraz dłuższe pasma.
- ♦ Następnie wykonujemy 3 kolejne pasma w przebiegu poprzecznicy, kolejno powracamy do części zstępującej jelita grubego,
- ♦ Potem wykonujemy masaż nad częścią wstępującą jelita grubego, kolejne 3 pasma.

Rozpoczynamy od głaskań i kontynuujemy masaż wykonując powolne spiralne rozcierania. Masaż odbywa się w ułożeniu na plecach, pacjent ma lekko podkurczone nogi, tak aby rozluźnić powłoki brzuszne.

ARTYKUŁY
DODATKOWE

Masaż w rewitalizacji po porodzie

Masaż w rewitalizacji po porodzie

W ostatnich latach coraz częściej stosuje się masaż w rewitalizacji poporodowej jako osobne postępowanie lub kontynuację masaży jeśli kobieta uczęszczała na masaż w okresie ciąży. Masaż stosowany jako metoda przyspieszenia powrotu do zdrowia i pełni sił witalnych w okresie poporodowym znany jest od bardzo dawna. Akcenty dotyczące szczególnego zadbania o zdrowie i urodę po porodzie sięgają kanonu wschodniej medycyny zwłaszcza tradycji chińskiej jak i hinduskiej *ayurwedy*. Od wieków masaż był także aplikowany w antycznej Grecji i Rzymie.

Współcześnie tematem zainteresował się świat kosmetyki, odnowy i spa, ale rewitalizacja choć pod innymi medycznymi określeniami, sukcesywnie była praktykowana zarówno przez lekarzy, masażyстів i w dużej mierze przez położne od początku XX wieku, także w Polsce.

Pierwszy okres rewitalizacji

Rewitalizacja w pierwszym etapie to okres od kilkunastu dni po porodzie. W praktyce masażyści mogą zauważyć, iż najczęściej jednak wprowadzać masaż zaczyna się od pierwszych tygodni po porodzie (4-6 tygodni) do około szóstego miesiąca. Nie oznacza to, iż masaż aplikowany później nie ma sensu, ale po prostu główne cele rewitalizacji osiąga się w pierwszych tygodniach. W późniejszym okresie mamy nieco inne cele.

Drugi okres rewitalizacji

Drugi okres rewitalizacji to w sumie zakończenie karmienia, rzecz jasna trudno w tym przypadku mówić o konkretnym okresie, ponieważ czas

zakończenia karmienia jest bardzo różny. Ponadto po kilku miesiącach przystępujemy także do bardziej intensywnych zabiegów zarówno samego masażu jak i ćwiczeń w klubach, uprawiania sportu czy siłowni. Nie skupiamy się w masażu jedynie na wzmocnieniu mięśni, ale też na uelastycznieniu skóry zwłaszcza w miejscach problemowych.

Dzisiaj intensywniejszą rewitalizacją są zainteresowane zarówno pacjentki których sytuacja życiowa i aktywność popycha do jak najszybszego, aktywnego powrotu do pracy zawodowej już w pierwszych miesiącach, jak i kobiety które są w stanie poświęcić więcej czasu bezpośredniemu wychowaniu dzieci. Zdarza się iż masażysta uczy mamy lub rodziców razem, jak na przykład wykonać bezpiecznie i skutecznie masaż niemowląt, w celu stymulacji rozwoju. Mowa o zupełnie zdrowych noworodkach.

Masaż w okresie rewitalizacji po porodzie zarówno w pierwszym i drugim etapie ma kilka głównych celów:

- ♦ Przyspieszenie powrotu do pełnej aktywności fizycznej, wzmocnienie sił witalnych i powrót do życia zawodowego, uspokojenie i polepszenie stanu emocjonalnego.
- ♦ Wzmocnienie głównych grup mięśniowych oraz aparatu więzadłowo-stawowego zwłaszcza u kobiet, które znacznie przybrały na wadze w okresie ciąży.
- ♦ Przyspieszenie oczyszczenia organizmu, poprawa metabolizmu oraz wzmocnienie układu odpornościowego zwłaszcza w przypadkach dłuższego, przymusowego leżenia w sytuacjach patologii ciąży i komplikacji poporodowych.
- ♦ Wzmocnienie powłok brzusznych, mięśni pośladkowych oraz ustabilizowanie kręgosłupa.
- ♦ Zmniejszenie obrzęków oraz skutków występowania obrzęków podczas ciąży, mogą się pojawić na przykład niewielkie, ograniczone zwłóknienia w okolicy stawów skokowych, kostek, łydek utrudniające przepływ limfy.
- ♦ Przyspieszenie powrotu do dawnej sylwetki, modelowanie okolicy ud, bioder i wzmocnienie górnej części klatki piersiowej.

- ♦ Przy współpracy – tzn. włączeniu do automasaży samej pacjentki – można skutecznie przyspieszyć gojenie się blizn po cesarskim cięciu oraz poprawić wygląd biustu.
- ♦ Czasem w okresie ciąży pojawiają się problemy naczyniowe oraz podrażnienie nerwu kulszowego powodowane parciem na dno miednicy. Masaż leczniczy pomocny będzie w zmniejszeniu tych dolegliwości, zwłaszcza po rozwiązaniu.
- ♦ Wzmocnienie kręgosłupa i powłok brzusznych to podstawowy cel leczniczy w okresie rewitalizacji poporodowej. Ponadto zwracamy uwagę na fakt, iż podczas karmienia pacjentka częściej karmi podtrzymując dziecko z jednej strony, co sprzyja nasilaniu się skrzywień kręgosłupa i powstawaniu przykurczy.

Praktyka masażu w okresie rewitalizacji oraz instruktażu automasażu dotyczy masażystów, fizjoterapeutów a ostatnio coraz częściej lekarzy. Po dłuższym leżeniu w okresie ciąży, zwłaszcza jeśli rekonwalescencja była spowodowana stanami zagrożenia ciąży, stanami zapalnymi, zatruciami czy zagrożeniem wystąpienia krwotoków, co do większości podejmowanych zabiegów powinien wypowiedzieć się prowadzący lekarz. Bezwzględnie przed zabiegami przeprowadzamy wywiad, rozmowę dotyczącą stanu zdrowia pacjentki.

Aspekt fizyczny. Masaż w okresie poporodowym oddziałuje przede wszystkim na drodze fizycznej, leczniczej i na tym aspekcie masażysta powinien się skupić w pierwszej kolejności. Masaż z jednej strony wzmacnia mięśnie, z drugiej pomaga w rozluźnieniu tych partii ciała, które w wyniku przemęczenia i stresu są bardzo napięte.

Okolice szyi i barków bywają stale napięte, powodując ból i dyskomfort, ale te same grupy mięśniowe podlegają także dużemu napięciu emocjonalnemu. Czasem mięśnie i skóra są wręcz drażliwe i nieprzygotowane na sam dotyk. Możemy takie problemy zaobserwować w sytuacji szoku poporodowego, gdzie czasem jeszcze długo po porodzie trudno jest wykonać masaż okolicy ud, zwłaszcza po przyśrodkowej stronie. Występują objawy podobne do przeculicy, ale ich pierwotna przyczyna może tkwić w sferze emocjonalnej.

Aspekt emocjonalno-relaksacyjny to przede wszystkim subiektywne odczucia pacjentki. Podczas rewitalizacji masuje się stopniowo coraz większe partie ciała. Specjalistycznymi masażami można wzmocnić organizm i jednocześnie odprężyć, wyciszyć pacjentkę. Przywracając chęć do życia i stymulując organizm, masaż będzie bardzo przydatny zwłaszcza wtedy, kiedy kobieta przeszła ciążę bardziej traumatycznie, w strachu o zdrowie oczekiwanego dziecka jak i swoje własne. **Aspekty estetyczno-kosmetyczne w takich sytuacjach oddalają się na daleki plan.**

Masaż po porodzie nie zawsze zaczynamy tradycyjnie od masażu grzbietu, od ułożenia na brzuchu. Owszem przeważająca część pacjentek marzy o takim ułożeniu – nie mogą przez miesiące leżeć na brzuchu – ale nie zawsze tak rozpoczynamy masaż. Zdarzy się iż pacjentka na początku poprosi o masaż nadwyreżonych, napiętych stóp i łydek, innym razem zapyta o masaż szyi czy głowy. Dostosowujemy masaż do indywidualnych potrzeb.

Aspekt kosmetyczny. Masażem w celach kosmetycznych, estetycznych, poprawą kondycji skóry, modelowaniem miejsc problemowych mogą się bezpiecznie zająć zarówno masażyści jak i kosmetyczki, pod warunkiem że nie ma przeciwwskazań wynikających ze stanu zdrowia, bądź w dalszym ciągu nie mamy do czynienia z powikłaniami poporodowymi wyłączającymi zastosowanie zabiegów na ciało.

Bezpiecznie dobrane kosmetyki (uwaga matka karmiąca!), zabiegi na ciało wykonywane w pierwszych miesiącach po porodzie, skutecznie przyspieszą rewitalizację i powrót do aktywności zawodowej. Zwrócić możemy także uwagę na pielęgnację biustu, choć w zdecydowanej części jej polega ona jednak na poradach jak ewentualnie masować biust, wcierać kremy, niż na samych zabiegach. Ponadto w tym okresie z praktycznych powodów ważniejszy i bardziej skuteczny będzie automasaż podczas codziennej higieny, niż okazjonalnie wykonywane zabiegi w profesjonalnym gabinecie.

OPRACOWANIE POWŁOK BRZUSZNYCH w ułożeniu na boku, we wczesnym okresie poporodowym

Opracowanie powłok brzusznych we wczesnym okresie poporodowym, rozpoczynamy od oceny stanu skóry, w ułożeniu pacjentki na boku.

Ze względu na ewentualny dyskomfort w pierwszych tygodniach poporodowych, leżenie dłuższy czas na brzuchu może być dla pacjentki trudne. Natomiast ułożenie pacjentki na boku powoduje także dogodną pozycję dla oceny napięcia skóry, rozłożenia tkanki tłuszczowej, siły mięśniowej, zwłaszcza w okolicy wokół pępka, oraz w linii środkowej.

Pozycja wyjściowa do masażu – stoimy z boku lub za pacjentką i na wstępie kładziemy płasko ułożoną dłoń na środku brzucha powyżej pępka, palce skierowane do mostka i przesuwamy lekko powłoki we wszystkich kierunkach. Druga dłoń stabilizuje miednicę.

W tej pozycji można rozpocząć także opracowanie tkanek w okolicy biodrowej, modelowanie okolicy od przednich górnych kołców biodro-





wych w linii pachowej w kierunku łuku żeber. Poniżej kilka przykładów chwytów. Większość masażu przebiega później z zastosowaniem chwytów przedstawionych w poprzednim rozdziale – Dynamiczny Masaż Antycellulit.



Opracowanie poporodowe w ułożeniu na boku odbywa się w większości według zasady: **jedna dłoń masuje, druga lekko stabilizuje**, pomimo, iż pacjentka leży na boku i jest ustabilizowana klinami. Dotyczy



to zwłaszcza głąskań i rozcierań zbieżnych w kierunku górnych kolców biodrowych lub do tkanek ponad nimi, podczas ugniatań nie ma potrzeby dodatkowej stabilizacji.

Zastosowanie masażu

W okresie poporodowym masaż pod kątem jednocześnie leczniczym, jak i estetycznym pozytywnie wpływa na wzmocnienie, uelastycznienie skóry i mięśni zwłaszcza okolic: powłok brzusznych, między innymi poprawiamy wygląd skóry wzdłuż brzegów mięśnia prostego brzucha oraz w okolicy przednich, górnych kolców biodrowych.

Tutaj na rozciągniętą skórę nie zawsze podziałają nawet najintensywniejsze ćwiczenia w fitnessie czy też zabiegi fizykalne wzmacniające mięśnie brzuszne.

Tutaj potrzebny jest precyzyjny masaż skupiony na tkance łącznej, poprawiając kondycję skóry a nie drażniąc niepotrzebnie narządów w okolicy jamy brzusznej. Wymagane są jednak regularne zabiegi masażu wykonywane przynajmniej co drugi dzień.

Masując nogi należy zwrócić uwagę nie tylko na rozwijający się często po ciąży cellulit, ale na kondycję naczyń i ewentualnie pojawiające się obrzęki łydek już podczas ciąży. Przypominamy, iż chodzi o masaż w okresie poporodowym a nie wykonywany w okresie ciąży! Ostrożniej należy masować przyśrodkową, nadkolanową stronę ud, zwłaszcza jeśli występuje tu problem z lokalnym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej, z jednoczesną tendencją do pękających lub rozszerzających się naczyń. Patrz masaż tych okolic w rozdziale na temat opracowania Dynamicznego Masażu Antycellulit.

W liniach pachowych od talerza biodrowego, przednich kolców biodrowych w kierunku łuku żeber możemy wzmocnić skórę pracując jednocześnie z mięśniami skośnymi brzucha jak i mięśniami grzbietu. Z uwagi na bardzo silne rozciąganie powłok brzusznych, działanie sił grawitacji, należy podczas masażu zwrócić uwagę na przyczepy mięśni, okolice te mogą być drażliwe a nawet bolesne. Dobre rezultaty daje także opracowanie wzdłuż linii pachowych w ułożeniu pacjentki na boku.

MASAŻ KLATKI PIERSIOWEJ

Podczas rewitalizacji poporodowej u kobiety karmiącej możemy zastosować opracowanie powłok brzusznych wraz z masażem klatki piersiowej. Nie chodzi tutaj jednak o dosłowny masaż piersi, ale masaż górnej części klatki piersiowej, wykonywany stojąc za głową pacjentki. Opcjonalnie bywa, że wygodniejsze dla pacjentki i skuteczniejsze opracowanie odbywa się w ułożeniu na kolejnych bokach. Masaż skupiony jest na opracowaniu mięśni piersiowych a nie okolicy gruczołów. Część technik wykonuje się od mostka w górę w linii obojczyków do barków. W tym masażu nieco więcej czasu poświęcamy także przyczepom mięśniowym.

Po **zakończeniu okresu karmienia** do masażu możemy włączyć pełne opracowania klatki piersiowej. Wzmacniamy klatkę ale i pośrednio wpływamy tym samym na piersi. Lepsze ukrwienie, odprowadzenie toksyn, wzmocnienie mięśni nie polepszy diametralnie kształtu piersi, ale pozytywnie wpłynie na stan skóry całej klatki piersiowej. W tym okresie w pewnym stopniu możemy poprawić elastyczność skóry i włączyć także zabiegi kosmetyczne.

Wracając jednak do samego masażu piersi czy klatki piersiowej, czasem w praktyce możecie się spotkać, iż masażysta lub kosmetyczka poprosi o pisemną zgodę opracowania tych partii ciała, podobnie okolicy pośladków lub powłok brzusznych zwłaszcza w przypadku opracowania blizn po cesarskim ciecieniu. Takie procedury występują w wielu krajach powodowane bądź to kwestiami obyczajowymi, kulturowymi czy też prawnymi.

Drenaż limfatyczny czy tzw. masaż odprowadzający

W rewitalizacji poporodowej duże zastosowanie ma drenaż limfatyczny. Osłabiony organizm potrzebuje wsparcia w oczyszczeniu oraz stymulowaniu odporności i metabolizmu. Często masażystki włączają drenaż limfatyczny jako pierwszą metodę masażu po porodzie.

Ale jeśli pacjentka przeszła ciążę bez większych problemów odpornościowych i nie występują obrzęki, drenaż limfatyczny jest zbyteczny. Może natomiast służyć jako podstawowy zabieg fizykalny w sytuacji narasta-

jących zmian cellulitowych, oczywiście już po porodzie. Drenaż limfatyczny bywa także trudny do zastosowania jeśli występuje przeczulica skóry lub po prostu nadwrażliwość po wewnętrznej stronie ud.

Drenaż limfatyczny wymaga opracowania regionalnych węzłów limfatycznych, w przypadku nóg są to węzły pachwinowe. Główne techniki w drenażu tych okolic wykonywane są po przedniej i przyśrodkowej stronie ud. Jeśli masaż mimo profesjonalnego wykonania miałby sprawiać pacjentce duży dyskomfort to po prostu stosowanie go nie ma sensu i warto go zastąpić innymi rozwiązaniami, na przykład masażem odprowadzającym, bez potrzeby opracowywania okolicy pachwinowej.

Masaż tkanki łącznej i zmodyfikowany masaż klasyczny

W miejscowych problemach skuteczny jest masaż tkanki łącznej lub także odpowiednio dobrane, nieco zmodyfikowane techniki masażu klasycznego. Podstawa to elementy głaskań, rozcierań i ugniatań z dużym skupieniem na warstwowym a nie na siłowym opracowaniu skóry i mięśni.

Masaż izometryczny (opcjonalnie)

Pacjentki w okresie poporodowym na ogół źle reagują na wibracje lub klasyczne techniki, takie jak roztrząsanie czy wałkowanie. W późniejszym okresie, w celu wzmocnienia okolicy ud, także pośladków, można zastosować serie masażu izometrycznego. Poprzedzamy go jednak masażem klasycznym.

Uwaga! Mimo iż wiele osób preferuje silniejszy, intensywniejszy masaż, wytłumaczyć należy iż w początkowym okresie rewitalizacji poporodowej taki masaż nie ma miejsca, zwłaszcza po przyśrodkowej stronie ud.

Autorskie rozwiązania. Podczas mojej kilkunastoletniej praktyki, spora część dotyczyła masażu w okresie macierzyństwa, na który składa się

masaż przygotowawczy, właściwy masaż kobiet w ciąży oraz rewitalizacja po porodzie. Ten ostatni okres daje najwięcej możliwości zastosowania masażu. Skuteczność optymalnie dobranych metod masażu jest bardzo duża i warto się skupić na najbardziej efektywnych masażach w tym okresie, niż na aplikowaniu wielu różnych zabiegów fizykalnych, których skuteczności nie jesteśmy pewni.

Metoda DMA. Na zdjęciach poniżej przypominamy elementy opracowania według metody DMA (Dynamiczny Masaż Antycellulit) który stosujemy min w trakcie rewitalizacji po porodzie. Podstawowa technika polega na masażu w ograniczonym lub też ustabilizowanym fałdzie. Pozwala to na opracowanie masażu dokładnie w miejscu gdzie chcemy, aby impuls zadziałał bez zbędnego rozgrzewania tkanek sąsiednich i podrażniania narządów jamy brzusznej. Techniki tej metody są stosowane w modelowaniu miejsc problemowych min powłok brzusznych po porodzie, zwłaszcza tam, gdzie mimo powrotu do zgrabnej sylwetki pozostaje nieco rozciągnięta skóra.





ZASTOSOWANIE MASAŻU W CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Uwagi i wnioski dotyczące zastosowania masażu w chirurgii plastycznej w ramach kilkuletniego programu: klinicznego zastosowania masażu w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej.

Zastosowanie masażu w chirurgii plastycznej w okresie okołoperacyjnym

W rehabilitacji, ortopedii, chirurgii, traumatologii, neurologii podobnie jak w wielu innych interdyscyplinarnych dziedzinach medycyny, istnieje możliwość wspomagania efektów leczenia, poprzez zastosowanie zabiegów fizykalnych. Do najskuteczniejszych należą masaże wykonywane ręcznie. Uzupełnienie mogą stanowić odpowiednio dobrane masaże wykonywane przy pomocy specjalistycznej aparatury. Nie zastąpi ona jednak nigdy masażu manualnego. Dzisiejsza paleta metod masażu jest spora. Wykorzystywane są zarówno w leczeniu klinicznym oraz ambulatoryjnym, relaksacji, odnowie psychosomatycznej, kosmetyce jak i w szeroko rozumianej medycynie komplementarnej. Coraz częściej badane klinicznie metody masażu, pozwalają w bardziej obiektywny sposób tak dobrać odpowiednie metody oraz poszczególne techniki, aby precyzyjnie uzyskać pożądane efekty. Skuteczność masażu doceniamy przede wszystkim w sensie stricte leczniczym, ale też relaksacyjnym oraz kosmetycznym. Wartość relaksacyjna masażu to: odprężenie, rozluźnienie poszczególnych mięśni lub uelastycznienie powięzi, ale także zastosowanie w odnowie psychosomatycznej jako masażu całego ciała zmniejszającego dolegliwości długotrwałego stresu oraz skutki negatywnych emocji w tkankach miękkich.

Tak naprawdę z medycznego punktu widzenia istnieje tylko jeden masaż – leczniczy. Można założyć więc, iż masaże kosmetyczne to w sumie masaże lecznicze wspomagające medycynę estetyczną. A masaże relaksacyjne to w sumie tak dobrane techniki lecznicze, poprzez które doprowadzamy do rozluźnienia poszczególnych grup mięśniowych oraz przyczyniamy się do lepszego samopoczucia, co w konsekwencji poprawia relacje psychosomatyczne u pacjenta. Istotną rolę pełni tutaj masaż także w celu pełniejszej akceptacji własnego ciała.

W odnowie psychosomatycznej jednym z zadań jest leczenie zmian wywołanych w tkankach miękkich w wyniku przewlekłego stresu oraz skutków oddziaływania stanów emocjonalnych. Zmiany takie w postaci zwłóknień, ograniczonych napięć mięśniowych lub też przykurczy, negatywnie wpływają nie tylko na funkcjonowanie narządu ruchu, ale powodują także defekty estetyczne.

Nie jest tajemnicą, iż dysfunkcje odcinka szyjnego kręgosłupa przyczyniają się do dysharmonii w napięciu mięśni dolnej części twarzy. Z kolei zwłóknienia w obrębie mięśni lub obrzęki skóry okolicy pośladków powodują kolejne defekty estetyczne. Stale utrzymujące się, nie leczone obrzęki są jedną ze „składowych” schorzenia nazywanego powszechnie cellulit, w konsekwencji także doprowadzają do zwłóknień. Miejsca gdzie powstały zwłóknienia z czasem ulegają stwardnieniu. Proces ten sprzyja pogłębianiu się problemów z mikrokrążeniem i zamknięty krąg przyczynowo-skutkowy napędza się.

Najskuteczniejsze z metod masażu to metody oddziałujące na tkanki miękkie. Fizykalnie poprzez masaż możemy wpływać w różnym stopniu na poszczególne tkanki, za sprawą zmiany ciśnienia, tarcia, zwiększenia ciepłoty ciała, polepszenia ukrwienia, stymulacji układu hormonalnego, rozciągania oraz stymulowania włókien tkanki łącznej. Dlatego za pomocą masażu – w medycynie estetycznej i w chirurgii plastycznej – możliwe jest nie tylko przedłużenie działania pozytywnych efektów samych zabiegów lekarskich, ale wykorzystanie dotyku/palpacji w celach diagnostycznych oraz przygotowanie do zabiegów chirurgicznych, na przykład: liposukcji, plastyki brzucha czy liftingu twarzy i szyi.

Masaż w chirurgii plastycznej

Za pomocą specjalistycznych masażu, najskuteczniej możemy oddziaływać na tkanki miękkie już po wykonanych zabiegach, co przyspiesza efekt końcowy operacji. Najczęściej masaż aplikujemy około 2 tygodni po zabiegu, ale w przypadku bezpośredniej współpracy lekarza z masażystą zabiegi można aplikować już po kilku dniach. W takim przypadku nie dotyczy to miejsc bezpośredniego wykonywania zabiegów chirurgicznych ale sąsiednich stref, a po kilku dniach jeśli stan już na to pozwala dołączamy masaż miejsc bezpośredniej ingerencji chirurgicznej.

W pierwszym etapie szerokie zastosowanie ma manualny drenaż limfatyczny – podstawa fizykalnego leczenia obrzęków, których zmniejszenie w czasie pooperacyjnym jest w tej sytuacji priorytetem. W przypadku dłużej utrzymującego się obrzęku drenaż limfatyczny pozwala uniknąć utraty sprężystości i zniekształceń tkanek miękkich. Drenaż przyczynia się także do doraźnej poprawy funkcjonowania układu odpornościowego.

Czasem jednak z uwagi na rodzaj zabiegu i przebieg cięć chirurgicznych, nie możemy od razu wykonać pełnego drenażu limfatycznego a jedynie doraźny masaż o charakterze odprowadzającym. Dzieje się tak na przykład w wyniku nadwrażliwości, bolesności skóry w okolicy dużych węzłów chłonnych na przykład szyjnych pni limfatycznych. Masaż o charakterze odprowadzającym w odróżnieniu od właściwego manualnego drenażu limfatycznego to masaż wykonywany opcjonalnie, w celu stymulacji nie tylko przepływu limfy, ale i układu żylnego. Jednak masaż taki wykonuje się z pominięciem okolic samych węzłów chłonnych.

W przypadku blizn, najpierw pracujemy dystalnie od miejsca wykonanego zabiegu wzmacniając krążenie. Potem masujemy w samym miejscu wykonania cięć. Tutaj aplikujemy już inne metody masażu, oparte na miejscowym masażu tkanki łącznej oraz specjalny masaż tkanki podskórnej z techniką uchwycenia fałdu skórniego i masowania skóry „oddolnie” poprzez fałd. W przypadku takiej techniki warunkiem jest zagojenie rany.

Później w zależności od charakteru zabiegu chirurgicznego, wykonujemy już inne specjalistyczne masaże charakteryzujące się dużą precyzją ze względu na najmniejsze nawet zmiany w tkankach miękkich. Istotna jest regularność wykonywania, stopniowanie siły bodźca oraz warstwowy a nie siłowy charakter masażu.

Na przykład miejscowy masaż w punktach wprowadzenia kaniul podczas liposukcji uelastyczni skórę wokół cięcia. Jednakże masaż rozpoczęty zbyt późno po zabiegu (kilka tygodni lub kilka miesięcy) nie przyniesie spodziewanych efektów.

Bezpośrednia możliwość współpracy lekarzy i masażystów, sprawia, iż specjalistyczne metody masażu leczniczego – lub jego elementy – można zastosować także w diagnostyce, przygotowaniu oraz jako metodę rewitalizacyjną po wykonanych zabiegach chirurgii plastycznej.

Można przypuszczać, iż rozwiązanie wydaje się nowatorskie, tym bardziej że jesteśmy świadkami powstawania wspólnych programów polegających na zastosowaniu masażu po zabiegach medycznych, estetycznych i chirurgii plastycznej. Nic podobnego, duży wkład w zastosowanie masażu po zabiegach chirurgicznych mieli już lekarze w czasach antycznych. W czasach nowożytnych na uwagę zasługuje wkład lekarzy usprawniający chorych po operacjach w wyniku działań wojennych. Na skuteczność masażu w szybszym dojściu do zdrowia po amputacjach i innych zabiegach chirurgicznych zwrócił uwagę lekarz Ambroży Pare w XVI wieku. Wkład w fizykalne działania i stosowanie masażu mieli także polscy lekarze w XIX w. jednak brak Polski na mapie w czasie zaborów „przyćmił” historykom ich oryginalne pochodzenie.

Do najważniejszych współczesnych, klinicznych badań należą prace Emila Voddera z lat 30. XX wieku. Mianowicie opracował on Manualny Drenaż Limfatyczny, jeden z powszechnie stosowanych zabiegów fizykalnych w okresach okołoperacyjnych oraz w leczeniu obrzęków limfatycznych. MDL stymuluje gospodarkę wodną, a po zabiegach z występowaniem obrzęków pełni także rolę profilaktyki powstawania zwłóknień.

Ponadto dosyć często – ze wskazań chirurgicznych i estetycznych wykonuje się specjalistyczne masaże tkanek miękkich w tym tkanki łącznej, masaż blizn pooperacyjnych oraz stosuje się masaż wspomagający leczenie okolic o przedłużonym gojeniu się..

Zastosowanie masażu w okresach okołoperacyjnych w chirurgii nie należą bynajmniej do praktyk eksperymentalnych, wręcz przeciwnie. Wymagana jest jednak bezpośrednia współpraca masażyisty z chirurgiem, ze względu na precyzyjne określenie wskazań co do rodzaju i metody masażu oraz jeśli jest to możliwe, omówienie danego zabiegu posługując się także lekarską dokumentacją fotograficzną.

Specjalistyczne masaże możemy wykorzystać w trzech głównych celach:

1. **Diagnostyka.** Masaż lub techniki diagnostyczne/palpacyjne mogą być stosowane przez masażyistę jak również przez samego lekarza w celu określenia stanu skóry, powięzi lub innych tkanek miękkich. Na dużych partiach ciała jak i ograniczonych obszarach z powodzeniem można odczytać informacje dotyczące: elastyczności powłoki wspólnej, stopnia możliwości przesuwania tkanek względem siebie i względem tkanek głębiej leżących, a także różnice w temperaturze oraz wilgotności i natłuszczeniu skóry.

Wykonać można technikę przesuwania skóry, uniesienia tkanek lub test fałdu skórniego, podnoszenie czy też uciskanie tkanek oraz rolowanie, wykazując dysfunkcje skóry właściwej lub tkanki podskórnej. Natomiast miejscowe rozcierania posłużyć mogą w teście przekrwienia skóry.

Masażysta wykonując diagnostyczny masaż może dostarczyć informacji na temat ewentualnych asymetrii w budowie i funkcjonowaniu twarzy, różnic w napięciu mięśni oraz anomalii w lokalnym rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej, występowania obrzęków, obecnych zwłóknień czy też wyczuwalnych złożeń tłuszczowych.

Zastosowanie. Informacje te mogą być pomocne podczas planowania takich zabiegów jak: liposukcja, plastyka powłok brzusznych, lifting twarzy oraz korekcja biustu.

2. **Przygotowanie do zabiegu.** Masaże można także wykonać przed zabiegami w celu rozluźnienia napięcia poszczególnych mięśni a po-

średnio i partii skóry. Poprzez masaż nie tylko stymulujemy krążenie krwi żyłnej ale wzmacniamy układ odpornościowy, co ma duże znaczenie z uwagi na planowany zabieg. Głęboki, odprężający masaż przyczynia się do zmniejszenia bodźców bólowych na poziomie skóry. Niebagatelne znaczenie ma także zmniejszenie ogólnego napięcia pacjenta jak i poszczególnych mięśni, zwłaszcza w partii ciała poddanej zabiegowi.

Choć mowa tu zupełnie o subiektywnych odczuciach, dużą rolę odgrywa psychosomatyczny wpływ masażu, relaksując pacjenta w dniu planowanego zabiegu.

- 3. Rewitalizacja po zabiegu.** W tym okresie masaż ma największy wpływ i jest najczęściej stosowany. Optymalnie dobrana metoda masażu przyspiesza całkowity powrót do zdrowia. Masaż zmniejsza obrzęki, siniaki polepsza ukrwienie. Masaż w przypadku zabiegów chirurgicznych z dużym obszarem cięć skóry, stymuluje układ nerwowy przyspieszając także powrót pełnego czucia skór nego.

Jakie masaże?

Po zabiegach chirurgicznych, którym towarzyszą obrzęki i siniaki, podstawowe zastosowanie potwierdzone klinicznie ma Manualny Drenaż Limfatyczny oraz stosowany opcjonalnie – wspomniany już – masaż o charakterze odprowadzającym.

Masaż klasyczny leczniczy ma także pozytywne oddziaływanie, jednak w większości przypadków po zabiegach chirurgii plastycznej, stosujemy jego zmodyfikowane techniki lub też specjalistyczne metody, ukierunkowane na pracę z tkankami miękkimi jak masaż tkanki łącznej, myofasial release (praca z powięzią, rozluźnienie, uwalnianie napięcia), czasem opracowania punktowe.

W zabiegach na twarz stosuje się bardzo precyzyjne techniki, działające miejscowo, ale nie rozciągające skóry. Bardzo duże znaczenie mają tutaj linie Langer'a, determinujące nie tylko sam przebieg cięć chirurgicznych, ale i późniejszy masaż.

Na większych obszarach ciała postępujemy podobnie. Techniki są tak dobierane, aby masaż był optymalny, czyli efektywny, dobrze odczuwalny przez pacjenta, ale bez niepotrzebnego przekraczania granicy bólu. Jeśli to tylko możliwe, masaż powinien być wykonywany w regularnej serii co drugi lub przynajmniej co trzeci dzień.

Po zabiegach chirurgicznych w wyniku których może pojawić się chwilowy obrzęk wykonujemy najpierw masaż działający na usprawnienie układu krążenia, poprawienie przepływu limfy, najlepiej drenaż limfatyczny. Następnie masaż skupiony jest na opracowaniu miejscowym, na przykład: drobnych blizn, miejsc wprowadzenia kaniul, lub innych nacięć, w celu zmiękczenia, uelastycznienia tkanek i miejscowego modelowania.

Obecnie są opracowywane specjalne standardy postępowania w masażu adekwatnie do danego rodzaju zabiegu.

Istotne informacje

W obrębie twarzy specjalistyczne masaże mogą być wskazane w różnym czasie i stosownie do wykonanego zabiegu, w przypadku korekcji powiek, nosa oraz po liftingu twarzy. na przykład po operacji nosa – jego całkowitej korekcji – po minimum 6 tygodniach, po innych zabiegach dużo wcześniej. Wymaga to jednak ścisłej współpracy ze względu na określenie wskazań co do masażu w związku z obszarem ciała poddanego zabiegowi oraz rodzaju zabiegu chirurgicznego.

Masaż ma szczególne znaczenie po zabiegach, którym towarzyszył obrzęk, siniaki, wysięki lub też czasowe zaburzenia czucia. Po liposukcji do masażu przystępujemy po dwóch tygodniach, a czasem już w drugim tygodniu. Możemy wykorzystać także walory diagnostyczne gdzie najważniejsze dla lekarza będą informacje dotyczące niedokrwienia, napięcia jak i sprężystości poszczególnych tkanek, ewentualne obszary zastój limfy, obrzęki.

Ponadto dla lekarza istotne są wszelkie informacje o ewentualnych

asymetriach i innych zmianach na przykład napięcia skóry twarzy lub różnicach w czuciu na poziomie skóry. Zabiegi chirurgiczne w różnym stopniu mogą czasowo naruszyć układ limfatyczny, ponadto w niektórych przypadkach pojawiający się po zabiegu obrzęk, jest niejako wpisany w specyfikę zabiegu. Dlatego też zabiegi wykonywane w celu zmniejszenia i skrócenia czasu trwania obrzęków stanowią tu priorytet.

Uwagi osobiste dotyczące wykonywania masażu

1. Osoby trzecie oraz automasaż

Pomimo wskazań do wykonywania przez terapeutów specjalistycznych masażu, czasem masażysta pełni rolę szkoleniowca, kiedy pacjenci nie są w stanie pojawić się na regularnych zabiegach. Dotyczy to min. rodziców z operowanymi dziećmi, a mieszkającymi z dala od większych miast lub regionów gdzie trudno o dobrego specjalistę. Podobnie jest w sytuacji pacjentów, którzy po zabiegach wyjeżdżają za granicę. Wtedy terapeuta uczy prostych technik i na kolejnych spotkaniach są one korygowane. Ponadto nawet jedno spotkanie i wykonanie masażu ma ogromne znaczenie poglądowe. Pacjent wyjeżdżając ma wtedy chociaż podstawowe wyobrażenie jak taki zabieg powinien przebiegać.

W wyjątkowych sytuacjach terapeuta poucza także pacjentów na jednorazowych spotkaniach jak powinien przebiegać prosty masaż. Dotyczy to najczęściej sytuacji kiedy po kilku wstępnych zabiegach pacjent nie wymaga już specjalistycznych masażu, a raczej zabiegów o charakterze pielęgnacyjnym: masowania blizn, wcierania odpowiednich kremów lub maści. Pacjentki – charakteryzujące się zazwyczaj bardziej subtelnym dotykiem – są w stanie wykonywać także sobie automasaż, zwłaszcza kiedy stan po zabiegu wymaga bardzo regularnych choć prostych masażu.

2. Nieporozumienia wokół głównego celu zabiegu

Jak w każdej dziedzinie życia także i w lecznictwie widzimy wpływ komercji. Niedługo po tym jak w artykułach prasowych i na forach internetowych pojawiły się pierwsze informacje o zabiegach fizykalnych po

operacjach plastycznych, zabiegi masażu stały się po prostu „modne”. Zgodnie z medycznymi wskazaniami winni jesteśmy pacjentom solidne wytłumaczenie w jakim celu jest wykonywany taki zabieg. Dlatego też priorytetem jest masaż zmniejszający obrzęki pooperacyjne, przyspieszający całkowite gojenie się blizn oraz powrót pełnego czucia.

Jednak jeśli pacjent jest zainteresowany dodatkowymi zabiegami, zobowiązani jesteśmy poinformować go o takiej możliwości dopiero po zakończeniu pierwszej, pooperacyjnej serii zabiegów. Następnie powinna nastąpić chociaż kilkudniowa przerwa i możemy kontynuować masaże ale już z zupełnie innych, dodatkowych wskazań, na przykład lokalne domodelowanie miejsc problemowych z nadmiarem tkanki tłuszczowej, bądź zabiegi o charakterze antycellulitowym. Jednak jeszcze raz należy nadmienić, iż kontynuowanie masażu nie dotyczy już głównych wskazań po operacji.

3. Należy absolutnie przestrzegać wskazań pooperacyjnych

Zdarza się, iż pacjenci szukają u terapeutów usprawiedliwienia do szybszego ściągania niewygodnych specjalistycznych strojów czy pasów uciskowych. Należy pacjentowi zwrócić uwagę na zawarte w wypisie wskazania. Jeśli nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć pacjentowi wszystkich reakcji tkanek miękkich po operacji, to należy zasugerować kontrolne spotkanie u lekarza niż wygłaszać niepotwierdzone teorie.

4. Nieporozumienia co do wskazań miejscowych masażu biustu

Najwięcej nieporozumień narasta wokół wskazań do masażu piersi po operacjach plastycznych. Już na wstępie należy wspomnieć o tym, iż miejscowym przeciwwskazaniem do masażu piersi, zwłaszcza w pierwszych tygodniach po operacji, jest zastosowanie podczas zabiegu powiększenia piersi implantów teksturowanych (szorstkich).

Nie znaczy to, iż na przykład pacjentka nie może pobierać masażu innych partii ciała. Jeśli na przykład ma problemy z kręgosłupem i zazwyczaj regularnie pobiera masaże lub też jest zainteresowana masażem relaksacyjnym, to w trakcie kiedy nie powinna jeszcze leżeć na brzuchu, można wykonać masaż grzbietu jedynie na siedząco. Natomiast masaże innych partii ciała odbywać się mogą w tym okresie jedynie w leżeniu na plecach.

5. **Możliwość wystąpienia powikłań masażu po korekcji nosa**

Miejscowym i czasowym przeciwwskazaniem do masażu może być także korekcja nosa, zwłaszcza po bardziej skomplikowanych zabiegach chirurgicznych. W pierwszych tygodniach masujemy jedynie na wyraźne zlecenie wykonującego zabieg chirurga. Ewentualne wskazania mogą być co prawda do automasażu wykonywanego przez samą pacjentkę, ale dotyczy to bardziej delikatnego rozsmarowania maści przyspieszającej gojenie czy nawilżania skóry niż właściwego masażu nosa. Ponieważ masaż wiąże się z chwilowym wzrostem ciśnienia krwi i/lub polepszeniem przepływu krwi, obserwuje się często występujące krwawienia z nosa. Pojawić się mogą już podczas trwania masażu lub krótko po nim.

Przeciwwskazanie dotyczy okresu pooperacyjnego, jako niezbędne minimum określa się 3 tygodnie od operacji lub po całkowitym ustąpieniu obrzęków pooperacyjnych.

Także minimum do 6 tygodni po operacji pacjent powinien wstrzymać się od zabiegów kosmetycznych w obrębie nosa, a inne zabiegi na ciało winne być także wykonywane w ułożeniu na plecach.

Reasumując:

Masaż pomaga w rewitalizacji/rehabilitacji po zabiegach, przyspiesza gojenie się ran, polepsza wygląd blizn. Masaż odgrywa znaczną rolę także w leczeniu oparzeń, zwłaszcza jeśli terapia jest związana z kilkietapowymi przeszczepami skóry, jak też w leczeniu powstałych w wyniku oparzeń przykurczy.

W sytuacji optymalnej, czyli bezpośredniej współpracy lekarza z masażystą bądź fizjoterapeutą, masaż jest stosowany zarówno jako swojego rodzaju pomocnicza metoda diagnostyczna, profilaktyczna i lecznicza. Obecnie w tych przypadkach szczególną wagę przykładają się do działań profilaktycznych.

WSPÓLPRACA

Artykuły Piotra Szczotki dypl. technik masażysta w Polsce i USA oraz mgr Ewy Mikuły, dyrektor Szkoły Bodywork dotyczące wspomnianego programu ukazywały się w latach poprzednich w prasie medycznej, kosmetycznej oraz na forum międzynarodowych kongresów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej. Informacje są także dostępne na stronach internetowych.

Współpraca podczas realizacji programu a dotycząca chirurgii plastycznej, miała miejsce przede wszystkim z dr Piotrem Skupinem, specjalistą chirurgii plastycznej.

Współpraca dotyczyła także tematyki medycyny estetycznej w ramach współpracy z Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej w Warszawie oraz z Ambulatorium Konsylium Medycyny Estetycznej, współpracą z dyrektorem PSME Andrzejem Ignaciukiem.

Ponadto w Poznaniu współpraca przebiegała z dr Waldemarem Janковиakiem z Kliniki Estetyki Ciała.

Wszystkim lekarzom z którymi mam przyjemność współpracować oraz za wszystkie uwagi serdecznie dziękuję.

Dwa lata temu, przygotowana została obszerna publikacja *Masaż twarzy w medycynie estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyce*, opublikowana w 2007 roku. Wnioski w niej zawarte są rezultatem prowadzonego od 5 lat projektu: **kliniczne zastosowanie masażu w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej**.

W zakresie medycyny estetycznej, wnioski z projektu były już przedstawione podczas V Europejskiego Kongresu Medycyny Estetycznej, Kraków wrzesień 2006 i na wcześniejszych krajowych kongresach.

Tematy dotyczyły: zastosowania masażu w medycynie estetycznej, podczas terapii toksyną botulinową oraz roli masażu w terapii cellulit (PEFS) a także w modelowaniu sylwetki – różnicowanie metod.

Z zakresu chirurgii plastycznej prezentacje były przeprowadzone na Międzynarodowym Sympozjum Chirurgii Estetycznej w Polanicy Zdroju w 2007 roku.

Literatura uzupełniająca

Michael Foldi, *Podstawy Manualnego Drenażu Limfatycznego*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2005.

Piotr Szczotka, Ewa Mikuła, *Masaż twarzy w medycynie estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyce*. Wydawnictwo Bodywork, Poznań 2006.

Adam Zborowski, *Drenaż limfatyczny*, Wydawnictwo AZ, Kraków 2006.

Piotr Szczotka, *Zastosowanie masażu w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej*, „Magazyn Medycyny Estetycznej i Anti-aging”, listopad 2003.

Piotr Szczotka, *Kliniczne zastosowanie masażu w terapii botulinowej*, „Magazyn Medycyny Estetycznej i Anti-aging”, luty 2004.

Piotr Szczotka, Ewa Mikuła, *Zastosowanie masażu w terapii cellulit i w modelowaniu sylwetki, różnicowanie metod*, „Magazyn Medycyny Estetycznej i Anti-aging”, sierpień 2006.

W archiwalnych numerach „Magazynu Medycyny Estetycznej” znajduje się ponadto wiele innych artykułów medycznych dotyczących problematyki cellulitu, badań klinicznych, terapii.

Spis treści

Słowo wstępne	5
---------------------	---

I INFORMACJE OGÓLNE, TEORIA

Wstęp	11
Z czym mamy do czynienia?	14
Stopnie cellulitu (PEFS) i diagnostyka	19
Podstawowe zabiegi	30
Profilaktyka, predyspozycje, styl życia	33

II PRAKTYKA I WSPOMAGANIE LECZENIA

Drenaż limfatyczny w terapii cellulit, podstawowe chwytty	43
Zastosowanie masażu izometrycznego w modelowaniu sylwetki na przykładzie opracowania tylna bocznej części ud i pośladków	81

III Dynamiczny Masaż Antycellulit (DMA). Program autorski

DMA – nazwa własna i krótkie wyjaśnienie	88
DMA – podstawowy schemat opracowania	89
DMA – strona praktyczna	100

ARTYKUŁY DODATKOWE

Masaż w rewitalizacji po porodzie	201
Zastosowanie masażu w chirurgii plastycznej	215
Współpraca	225