

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ТА САМОМАСАЖ ПРИ ГОНАРТРОЗІ

Андрійчук О. Я.

Волинський національний університет ім. Лесі Українки

Анотація. Подано історичні аспекти становлення масажу, внесок учених у його розвиток. Розглядаються питання як загального впливу лікувального масажу на організм людини, так і локальних ефектів при остеоартрозі колінних суглобів у залежності від застосованих прийомів масажу. Проаналізовано вплив лікувального масажу та самомасажу на об'єктивні (амплітуда рухів у суглобах, сила м'язів) і суб'єктивні зміни у хворих на гонартроз основної та контрольної груп залежно від рентгенологічної стадії захворювання. Наведено приклади схем і прийомів лікувального масажу та самомасажу, які рекомендується включати в програму реабілітації хворих на гонартроз.

Ключові слова: масаж, самомасаж, гонартроз.

Аннотація. Андрійчук О. Я. Лечебный массаж и самомассаж при гонартрозе. Представлены исторические аспекты становления массажа, вклад ученых в его развитие. Рассматриваются вопросы общего

© Андрійчук О. Я., 2011

влияния лечебного массажа на организм человека и локальных эффектов при остеоартрозе коленных суставов в зависимости от используемых приемов массажа. Проанализировано влияние лечебного массажа и самомассажа на объективные (амплитуда движений в суставах, сила мышц) и субъективные изменения у больных гонартрозом основной и контрольной групп в зависимости от рентгенологической стадии заболевания. Приведены примеры схем и приемов лечебного массажа и самомассажа, которые рекомендуется включать в программу реабилитации больных гонартрозом.

Ключевые слова: массаж, самомассаж, гонартроз.

Abstract. Andriychuk O. Therapeutic massage and self-massage by gonarthrosis. This article deals with the historical aspects of establishing the massage, the contribution of scientists into the development of massage. The problems of general influence of the therapeutic massage upon the human organism and the problems of the local effects by osteoarthritis of knee joints depending on the massage receives are studied. Here is analyzed the influence of therapeutic massage and self-massage upon the objective and subjective changes by persons sick with gonarthrosis in the main and control groups, depending on roentgenological stage of illness. Are given the examples of diagrams and receives of the therapeutic massage and self-massage, which are recommended to be included into the rehabilitation of persons sick with gonarthrosis.

Key words: a massage, a self-massage, gonarthrosis.

Постановка проблеми. Серед захворювань опорно-рухового апарату патологія суглобів посідає перше місце. Хронічне порушення метаболізму хряща, кісткової структури епіфіза з розвитком прогресуючого дегенеративно-дистрофічного процесу призводить до виникнення найбільш поширених захворювань суглобів – деформуючого остеоартрозу, який уражає 15 % населення [10]. За прогнозами ВООЗ, остеоартроз у найближчі 10 років стане четвертою головною причиною інвалідності в жінок і восьмою в чоловіків [2]. Така ситуація стає як медичною, так і соціальною проблемою, що спонукає до подальшого вивчення, розробки та застосування додаткових складових схеми лікування та фізичної реабілітації.

Робота виконана за планом НДР Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій засвідчує, що частина науковців вивчає артроз як теоретико-методологічну проблему (Сіменач Б. І., Слісаренко П. І., Бабуркіна О. П.), приділяють увагу вивченню клініко-патогенетичного обґрунтування застосування фізичних чинників у реабілітації хворих на артроз (Богатирьова Т. В.) і патогенетичному обґрунтуванню принципів етапного відновлювального лікування хворих на артроз (Вишневський В. О.), деяким аспектам лікування та реабілітації хворих на артроз (Грабовська О. А., Поливода А. Н., Литвиненко А. Г., Ткаліна А. В.). Одним із засобів фізичної реабілітації є лікувальний масаж. Вивчення впливу масажу при лікуванні та реабілітації захворювань органів і систем, а також з метою підтримання функціонального стану організму також цікавить науковців. Так, дослідник Лисак Н. М. розглядав масаж у традиційній, народній і східній медицині [6]. Науковець Мохамад А. вивчав лікувальну фізичну культуру, масаж і електростимуляцію в загальній системі реабілітації хворих з травмами периферійних нервів [7]. Котелевський В. І. досліджував психологічну підготовку, лікувальний масаж та елементи мануальної терапії у фізичній реабілітації хребта при остеохондрозі [3]. Дунець А. розглядала особливості лікувального масажу при шийному остеохондрозі. Левандовський О. С. аналізував кінезітерапію та масаж у системі комплексної реабілітації студентів з клінічними ознаками вегетативного дисбалансу [5].

Хассан Т. Р. вивчав фізичні вправи, масаж, гідро- та механотерапію в реабілітації хворих на нейроциркуляторну дистонію [12].

У той же час відомо, що масаж при захворюваннях суглобів запобігає атрофії м'язів, розтягує їх і підвищує скорочувальну здатність; протидіє сполучнотканним зрощенням, виникненню контрактур, порушенням осі кінцівки, гальмує розвиток дегенеративно-дистрофічних процесів у хрящах і суглобовій сумці, зв'язковому апараті суглобів, підтримує та відновлює їхні функції [8, с. 356–357].

Отже, існує об'єктивна необхідність детальнішого дослідження впливу лікувального масажу та самомасажу у фізичній реабілітації хворих на гонартроз.

Метою нашого дослідження є вивчення спеціальної літератури з питання становлення та застосування масажу; дослідження ефективності та доцільності введення локального лікувального масажу та самомасажу до програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз.

Методи та організація дослідження. При вирішенні поставлених завдань були використані такі методи: аналіз літературних джерел з обраної тематики, об'єктивне обстеження хворих, анкетування; отримані результати опрацьовували, використовувачи методи математичної статистики.

Було обстежено 204 хворих Луцької міської клінічної лікарні (132 жінки (65 %) і 72 чоловіки (35 %) у віці від 32 до 60 років (середній вік 53,4±7,2) з встановленим діагнозом гонартроз відповідно до рекомендацій Асоціації ревматологів України (2006 р.). Серед хворих було 30 % (61 особа) з 0–I рентгенологічною стадією, 45 % (92 пацієнти) з II рентгенологічною стадією і 25 % (51 особа) з III–IV рентгенологічними стадіями захворювання. Накопичення результатів дослідження проводилось у міру надходження хворих у реабілітаційне відділення. Усі хворі, пропорційно, в міру надходження, були розподілені на дві групи: контрольну (КГ) і основну (ОГ). Для реалізації поставленої мети хворим основної групи (n=123) ми запропонували пройти розроблену комплексну фізичну реабілітацію з проведенням локального масажу колінних суглобів, яка була проведена після отримання їхньої згоди. Хворі КГ (n=81) проходили лікування та реабілітацію за загальноприйнятою методикою.

Результати дослідження та їх обговорення.

Професор Саркізов-Серазіні І. М. писав «...Жоден народ, як в далекому минулому так і сьогодні, не може собі одному приписати відкриття та розвиток методів масажу...» [4]. Масаж у вигляді погляджування, розтирання, розминання хворячої частини тіла інстинктивно застосовували ще первісні люди. Масаж робили також на ранніх етапах розвитку народної медицини. У манускрипті, датованому 2698 р. до н. е. – найдавнішій китайській книзі «Конг-фу» («Мистецтво людини») описані прийоми масажу, показання до їх застосування та пояснення їх лікувальної дії. У Єгипті в 12 ст. до н. е. масаж поєднували з лазнею. Розпарену людину розтирали, розтягували, м'яли, натискували руками на різні частини тіла.

У Стародавній Індії в медичних трактатах, датованих 1600 р. до н. е., викладено детально прийоми масажу. У працях основоположника індійської хірургії лікаря Сушрути описані такі різновидності масажу, як тертя (розтирання) та тиск (розминання), вказано показання до їх використання. Впродовж багатьох тисячоліть гімнастичні вправи в Індії включались у систему релігійних церемоній, їх лікувальна дія трактувалась як прояв божественної ласки.

«Батько» сучасної медицини давньогрецький лікар Гіппократ (бл. 460 до н. е. – бл. 370 до н. е.) у своїх працях відділив масаж від релігії, у збірнику «Кодекс Гіппократа» описав вплив масажу на хвору людину, пояснюючи його дію стимуляцією фізіологічних процесів. Його слова: «Лікар повинен бути досвідченим у багатьох речах, у тому числі і в масажі...».

У Стародавній Греції масаж у поєднанні з гімнастикою посідав важливе місце в мистецтві лікування. Перші спроби класифікувати масаж належать лікарю Асклепіаду Віфінському (124–40 рр. до н. е.), він поділяв масаж на сильний і слабкий, сухий і з використанням масла, короткочасний і тривалий, причому в кожного з видів була своя назва.

Клавдій Гален (131–210), двірський медик кількох римських імператорів виділив дев'ять прийомів масажу, розпочинаючи і закінчуючи сеанс легкими прийомами.

У VI ст. н. е. вперше в світі в Китаї був відкритий державний медичний інститут, де студентам як обов'язкову дисципліну викладали лікувальний масаж. Поступово, практично в усіх провінціях, відкривались лікувально-гімнастичні школи, де готували лікарів, що практикували масаж і лікувальну гімнастику.

Таджицький медик Абу Алі аль-Хусейн Ібн Сіна (Авіценна), лікуючи людей, досліджував дію китайської та індійської медицини, в тому числі й масажу. У своїй багатотомній праці «Канон лікарської науки» (1027 р.) велику увагу приділяв використанню масажу з лікувально-профілактичною та оздоровчою метою. Він виділяв такі види масажу: сильний (тонізує тіло); слабкий (розслабляє тіло); тривалий (сприяє схудненню); помірний (сприяє розвитку тіла); підготовчий (робиться перед фізичними вправами); відновлювальний або заспокойливий (виконується після фізичних вправ).

У Стародавній Русі застосовували масаж разом із загартовувальними процедурами. При травмах, болях суглобів розтирали, м'язи розминали, часто із застосуванням мазей, жирів, відварів з рослин.

На необхідності фізичних вправ у вихованні під-

ростаючого покоління акцентував увагу педагог, «яскравий» представник італійського гуманізму Вікторіно да Фельтре (1378–1446), який у 1424 р. відкрив у Мантуї школу («Дім радості»), в якій, поряд з розумовим, естетичним вихованням, велику увагу приділяли фізичному вихованню з елементами масажу.

Сприятливим фактором у розвитку масажу стали відкриття в галузі анатомії та фізіології людини в XIV–XV ст.: бельгійського анатома Андреаса Везалія «Про будову людського тіла» (1543 р.); англійського лікаря Вільяма Гарвея «Про рух серця і крові тварин» (1628 р.).

Італійський лікар Ієронім Меркуріаліс, узагальнюючи відомі на той час дані щодо масажу та гімнастики, написав ілюстровану працю «Мистецтво гімнастики» (1573 р.), в якій описав види розтирання, подав методичні вказівки, запропонував класифікувати фізичні вправи за трьома групами: лікувальні, бойові (військові), атлетичні.

Подальшому становленню та розвитку масажу сприяли праці науковців середніх віків: Сімфоріуса Шампіє «Про рухи в спокої», Антоніуса Газі «Про збереження здоров'я і досягнення глибокої старості», Проспера Альпінуса «Єгипетська медицина» (1591 р.), Ф. Сент-Жори «Рух» (1595 р.), Джованні Бореллі «Рух тварин» (1630 р.).

Англійський дослідник Ф. Фуллер у своїй праці «Медична гімнастика» (1750 р.) розкрив механізм дії масажу на фізіологічні процеси в організмі.

У XVIII ст. праці Гофмана і Андре заклали фундамент сучасного використання масажу в хірургії та ортопедії: німецький науковець Гофман видав об'ємну дев'ятитомну працю «Радикальна вказівка, як людина повинна робити, щоб уникнути ранньої смерті і всіляких хвороб» (1718 р.), у якій автор рекомендує робити масаж, використовуючи різні прийоми, а в 1771 році вийшла в світ двотомна праця Андре, в якій детально розглядається масаж як необхідний елемент лікування хірургічних і ортопедичних хвороб.

У 1780 році Клеман Жозеф Тіссо написав монографію «Медична і хірургічна гімнастика», в якій він розкриває ефективність масажу та гімнастики в хірургії, наводить великі статистичні дані, причому найдієвішим прийомом масажу він вважав розтирання. Він писав, що «рух може часто замінити різні ліки, але жодні ліки не замінять рух».

Значний внесок у розвиток масажу та гімнастики вніс Петр-Генріх Лінг (1776–1839 рр.), з його іменем пов'язують відкриття в Стокгольмі Державного інституту масажу та лікувальної гімнастики. Він на власному досвіді переконався в дієвості масажу, акцентував увагу на застосуванні масажу як засобу боротьби із втомою та при лікуванні травм. Свої напрацювання він опублікував у праці «Загальні основи гімнастики», в якій писав, що «масаж є складовою частиною всіляких видів руху, що роблять свій благотворний вплив на людський організм». Він та його син Я. Лінг вважаються основоположниками шведської системи масажу та гімнастики.

Використання масажу як самостійного методу лікування суглобів запровадив французький лікар Ж. Бонне (1853 р.). Продовжуючи цей напрям роботи, голландський хірург І. Мецгер написав дисертаційну роботу «Лікування вивихів стопи масажем» (1868 р.), що сприяло появі великої когорти послідовників і прихильників ма-

сажу: Бергман, Галледій, Норстрем, Рейбмаер, Ейленбург, Есмарх, Лангенбек, Шарко, Гофф, Труссо.

Інтерес до масажу спричинив проведення низки експериментів і дослідів, що вважаються зародженням експериментально доказового впливу масажу на діяльність органів і систем. Так, у 1876 році німецький професор Мозенгейль і в 1877 році шведський вчений Лінг, проводячи дослідження на тваринах, довели вплив масажу на швидкість лімфообігу. Наукові дослідження проводили також Клеен (1888 р.), Мажжіорі (1892 р.), В. М. Бехтерев (1895 р.), Егрн (1901 р.) та інші.

У ХІХ ст. у Західній Європі з'являються численні праці про масаж і його ефективність при лікуванні та реабілітації різних хвороб: «Лікарський масаж» (К. Клемен, 1885), «Лікувальна гімнастика і масаж» (Г. Нобель, 1886), «Масаж, його техніка, застосування і дія» (К. Вернер, 1887), «Техніка масажу» (А. Гофф, 1893) та інші.

Мудров М. Я. (1776–1831 рр.) настійно рекомендував використовувати водолікування, гімнастику та масаж. У своїй книзі «Наука збереження здоров'я військовослужбовців» (1809 р.) він широко пропонував масаж, головним чином у вигляді розтирань і погладжування. В. О. Манасеїн у 1876 році запропонував до навчального плану Військово-медичної академії ввести практичний курс масажу та гімнастики.

Значний внесок у розвиток і втілення в практику лікувального масажу зробили вчені: Остроумов О. О., Боткін З. П., Захар'їн Г. А., Вельямінов М. О., Заблудовський В. І., Саркізов-Серазіні І. М., Добролюбов В. П. і багато інших [1; 4; 6; 11].

Нині прийнято виділяти чотири системи масажу: російську, шведську, фінську та східну. Перші три системи масажу мають багато спільного. Так, згідно з російською системою, основоположником якої був Мудров М. Я., найбільш ефективними є прийоми погладжування та розтирання, причому масаж він рекомендував застосовувати поряд з водолікуванням і гімнастикою. Шведська система, засновником якої вважають П. Лінга, спрямована в основному на масаж суглобів. Основні прийоми масажу: погладжування та розтирання поєднувались з рухами, причому масажування нижніх кінцівок проводиться за зворотною до класичного масажу схемою: стопа, гомілка, стегно. Мета такої схеми – розтягнення м'язів, нервово-судинних пучків, розтирання ущільнень у тканинах, а не відсмоктувальна дія, покращення крово- та лімфообігу. Фінська система масажу має таку саму послідовність, але при використанні прийому розминання залучаються тільки подушечки великих пальців. На відміну від попередніх систем, східна система спрямована на звільнення масажованих м'язів від венозної крові та збільшення рухливості суглобів.

Прийнято розрізняти такі види масажу: лікувальний, гігієнічний, спортивний, косметичний. За визначенням Єфіменко П. Б., Каніщева О. П., «вид масажу – це сукупність масажних прийомів, спрямованих на досягнення певної мети і обумовлених його кінцевим результатом». Так, лікувальний масаж призначається з метою покращення стану здоров'я людини, зменшення або усунення наявних патологічних процесів і змін, для відновлення рухливості суглобів і нормалізації м'язового тону. Гігієнічний масаж засто-

совується з метою підтримки та активізації життєвого тону, фізіологічних процесів та обміну речовин в організмі здорової людини. Використання спортивного масажу сприяє покращенню спортивних показників, показаний особам, які регулярно займаються фізичною культурою. Косметичний масаж спрямований на покращення стану та зовнішнього виду шкіри окремих ділянок тіла.

Ми включали до комплексної програми лікування та фізичної реабілітації хворих на гонартроз лікувальний масаж. Сутність такого масажу зводиться до механічного впливу на тканини. Проте у механізмі дії масажу на організм людини виділяють, поряд з механічним фактором, ще нервовий і гуморальний. На першому (початковому) етапі масажу відмічається подразнення чутливих рецепторів шкіри, м'язів, сухожил, стінок судин. Унаслідок чого імпульси передаються до ЦНС і відбуваються зрушення на рівні всього організму. Звичайно, ці зрушення залежать від вихідного стану ЦНС, характеру прийомів та тривалості масажу. Гуморальний вплив зумовлений утворенням в шкірі та надходженням у кров біологічно активних речовин, які впливають на передачу нервових імпульсів, продукцію гормонів, судинні та інші реакції. Механічний фактор посилює обмін речовин у ділянці тіла, яка масажується, усуваються при цьому застійні явища. Все проявляється за рахунок покращення крово- та лімфообігу, посилення циркуляції міжклітинної рідини.

Виділяють п'ять основних типів дії масажу на функціональний стан організму: тонізуюча, енерготропна, трофічна, седативна (заспокійлива), для нормалізації функцій організму. Тонізуюча дія спрямована на усунення гіподинамії, енерготропна та трофічна дії – на підвищення працездатності нервово-м'язового апарату, покращення крово- та лімфообігу. Масажні прийоми седативної дії показані при збудженні ЦНС, чутливих рецепторів. Нормалізація функцій організму під дією масажу проявляється в урівноваженні процесу збудження та гальмування в корі головного мозку.

У залежності від дії масажних прийомів розрізняють загальний і локальний масаж. При остеоартрозі колінних суглобів ми акцентували увагу на локальному масажі.

Під впливом масажу поліпшується кровопостачання суглоба та прилеглих тканин, прискорюється утворення і рух синовіальної рідини, яка зменшує тертя та підтримує живлення хрящової тканини суглобових поверхонь кісток, збільшується амплітуда рухів у суглобах. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язових волокон, їх скоротлива функція, зменшується м'язова атрофія, а також уже наявна гіпотрофія. Масаж сприяє також підвищенню працездатності м'язів [11, с. 29–30].

При остеоартрозі масаж можна робити руками, масажерами, апаратами та комбінований.

При виконанні масажу використовуються класичні прийоми: погладжування, розтирання, розминання, вібрація. При цьому рухи масажиста направлені за ходом лімфатичних судин.

Погладжування проводиться у вступній і заключній частині масажу, а також при заміні одного прийому на інший. Дія погладжування: місцево-знеболювальна та загально-заспокійлива; підвищення місцевої температури; розслаблення м'язів; розширення капілярів

шкіри, покращення кровообігу, стимуляція обмінних процесів у шкірі та підшкірній жировій клітковині; стимуляція відтоку лімфи, зменшення набряку; покращення еластичності та пружності шкіри. При масажі коліна використовують також колове та площинне погладження.

Розтирання виявляє, завдяки пересуванню, зміщенню, розтягуванню тканини тіла, глибоку дію, яка направлена на підвищення рухливості суглобів і еластичності м'язів. Ефекти розтирання: трофічна дія – розширення судин, посилення кровообігу та лімфообігу; місцево-болегамувальна; розсмоктувальна дія з виведенням відкладень у тканинах суглобів; відновлення функцій суглобів – підвищення їх рухливості та міцності; розслаблення та підвищення еластичності м'язів. Найчастіше застосовують прямолінійне, колове зсовування надколінника.

Розминання – основний прийом масажу, який здійснює доступ до глибоко розташованих тканин, при цьому значно покращується трофіка тканин, покращується тонус м'язів. Завдяки розминанню відбувається розтягування м'язових волокон, збільшується сила м'язів. При захворюваннях колінних суглобів проводиться у вигляді натискання.

Вібрація – прийом масажу, при якому масажованим ділянкам передаються коливання різної швидкості та амплітуди, при цьому залучаються глибоко розміщені судини, нерви та внутрішні органи. Проводиться разом з іншими прийомами масажу.

Під час проведення сеансу масажу виділяють три частини: вступну частину, яку проводять спокійно, основну – більш інтенсивно, заключну – навантаження зменшується.

При призначенні масажу ми враховували, чи не існує протипоказань до його проведення, а саме: грибок і гнійні захворювання шкіри; ГРВІ з підвищеною температурою тіла, вище 37,5°C; тромбози, тромбофлебії, системні захворювання крові; онкологічні захворювання; активні форми туберкульозу та ревматизму; гострий період травм; гематоми; гострі гінекологічні захворювання; менструація; кровохаркання [9].

Необхідно відмітити, що масаж проводиться як на хвору, так і на здорову ногу. Ми користувалися рекомендаціями науковців Спешашко М. В. та Супостат Л. В., які пропонували масаж колінного суглоба та м'язів стегна на неушкодженій гонартрозом кінцівці проводити у такому порядку: масаж м'язів задньої поверхні стегна, масаж колінного суглоба, масаж м'язів передньої поверхні стегна, масаж колінного суглоба на боці надколінника. Масаж колінного суглоба та м'язів стегна на пошкодженій кінцівці проводити в такому порядку: масаж м'язів задньої поверхні стегна з розтиранням фасції чотириголового м'яза стегна, масаж колінного суглоба, масаж м'язів передньої поверхні стегна, масаж фасції чотириголового м'яза стегна, масаж колінного суглоба на боці надколінника. У кінці сеансу застосовувати, з великою обережністю, активні рухи. Загальна тривалість масажу від 5 до 30 хвилин.

Ми включали до схем масажу рекомендації для пацієнтів (Сергеева Н. Г., Кальниболотький В. А.

(<http://silknet.ru>). У таблиці подано перелік основних схем масажу, які придатні для проведення в подальшому самомасажу.

Таким чином, запропонована програма фізичної реабілітації для хворих на гонартроз включала ЛФК, лікувальний масаж, механотерапію, фізіотерапію. Звичайно, ефект від масажу буде найбільшим, якщо його виконує спеціаліст, проте було рекомендовано продовжувати в домашніх умовах одну з форм масажу – самомасаж, за вивченою схемою та методикою. Масажувати необхідно й здорову, і хвору ногу.









Ефективність цілеспрямованого локального лікувального масажу ми вивчали на основі суб'єктивних і об'єктивних даних. З суб'єктивних даних враховувались самопочуття хворих, зміни апетиту та сну, інтенсивність больових відчуттів у суглобі, дисконфорт тощо. За всіма показниками масаж позитивно впливає на функціонування ЦНС, зменшує локальні прояви захворювання. Щодо об'єктивної оцінки, то ми вимірювали показники амплітуди активних і пасивних згинальних рухів у суглобах, силу м'язів-розгиначів коліна.

Так, показники амплітуди рухів у суглобах у осіб ОГ з I рентгенологічною стадією гонартрозу збільшились на 59 %; з II рентгенологічною стадією – на 63 %; з III рентгенологічною стадією – на 69 %; з IV рентгенологічною стадією – на 40 %. Щодо зміни сили м'язів-розгиначів, то показники такі: у хворих з I рентгенологічною стадією гонартрозу сила м'язів збільшилась на 79 %; з II рентгенологічною стадією – на 59 %; з III рентгенологічною стадією – на 53 %; з IV рентгенологічною стадією – на 27 %. У осіб КГ показники амплітуди рухів у суглобі дещо нижчі. Так, у пацієнтів з I стадією позитивні зміни відмічались у 50 %, з II – у 48 %, з III – у 46 %, з IV – у 20 %. Позитивні зміни сили м'язів-розгиначів: з I рентгенологічною стадією гонартрозу сила м'язів збільшилась на 52 %, з II – на 43 %, з III – на 32 %, з IV – на 10 %. Таким чином, отримані дані свідчать, що проведення локального лікувального масажу виявляє позитивну дію в комплексному застосуванні засобів фізичної реабілітації, причому відсоток покращення амплітуди рухів у суглобах вищий, ніж м'язової сили.

Висновки. Отже, аналіз літератури щодо історії масажу свідчить, що застосування масажу сягає давніх часів, у впродовж всієї історії становлення медицини вивчення масажу було й залишається на сьогодні актуальним питанням. Ми запропонували спеціальні прийоми лікувального локального масажу як складову фізичної реабілітації хворих на остеоартроз колінного суглоба. Ефективність та доцільність уведення локального лікувального масажу та самомасажу, окрім ЛФК, фізіотерапії, механотерапії, до програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз підтверджувались позитивними суб'єктивними змінами та позитивною об'єктивною динамікою – збільшення амплітуди рухів у суглобах і м'язової сили, що є однією зі складових мети реабілітації.




До подальших перспектив дослідження ми відносимо моніторинг стану здоров'я осіб основної та контрольної груп.

Орієнтовний перелік схем масажу

 <p>1</p>	<p>Вихідне положення (ВП) – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва – опущена донизу. Права долоня вище коліна, ліва – нижче. Прийоми: поглажування коліна кожною рукою в протилежному напрямі.</p>
 <p>2</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва – опущена донизу. Прийоми: лівою рукою проводиться щипцеподібне розтирання бокових поверхонь суглоба вгору та вниз.</p>
 <p>3</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва – опущена донизу. Прийоми: долонями та великими пальцями проводиться розтирання бокових поверхонь суглоба у напрямку догори і донизу.</p>
 <p>4</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва – опущена донизу. Прийоми: великими пальцями обох рук опираються у верхню частину коліна, а іншими пальцями проводити спіралеподібне розтирання бокових поверхонь суглоба. Прийоми: випрямленими вказівним, середнім і четвертим пальцями проводять штрихування зі зміщенням тканин догори і донизу, глибоко натискуючи прямолінійними рухами.</p>
 <p>5</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва – опущена донизу. Прийоми: пальцями обох рук, починаючи з правого верхнього краю наколінника, проводяться колоподібне розтирання суглоба.</p>
 <p>6</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога дещо зігнута в коліні та розвернута назовні. Прийоми: поперемінно обома руками робити поглажування внутрішньої сторони стегна.</p>
 <p>7</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога дещо зігнута в коліні та розвернута назовні. Прийоми: гребнем кулака розтирати зовнішню поверхню стегна</p>
 <p>8</p>	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога дещо зігнута в коліні та розвернута назовні. Прийоми: давлячими рухами обох рук робити розминання в напрямку від коліна догори.</p>

Андрійчук О. Я. ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ТА САМОМАСАЖ ПРИ ГОНАРТРОЗІ

Продовження схеми

	<p>ВП – сидячи на ліжку, права нога випрямлена, ліва опущена донизу. Прийоми: обхопивши руками стегно, проводити кругові вібраційні рухи.</p>
	<p>ВП – сидячи на кріслі, права нога зігнута в коліні, п'ятка піднята. Прийоми: рукою проводити погладжування та розминання від підколінної ямки до сідничної складки.</p>
	<p>ВП – сидячи або стоячи. Прийоми: подушечками великого пальця проводити кругові рухи в ділянці точок, що розміщені за ходом нервового стовбура, тиск на точки поступово наростає та спадає. Тривалість масажу кожної точки 1–2 хв. Такі прийоми ефективні для стимуляції м'язів передньої поверхні стегна.</p>

Література:

1. Беляя Н. А. Краткая история развития массажа / [Н. А. Беляя, М. С. Голинская, А. Е. Конторович и др.] // ЛФК и массаж. – 2002. – № 1. – С. 9–12
2. Здоховская И. И. Остеоартроз: современное состояние проблемы / И. И. Здоховская, Н. И. Шпилевая // Здоров'я України. – 2009. – № 24. – С. 54–55.
3. Котелевський В. І. Психологічна підготовка, лікувальний масаж та елементи мануальної терапії у фізичній реабілітації хребта при остеохондрозі / Котелевський В. І. – Суми : МакДен, 2005. – 176 с.
4. Куничев Л. А. Лечебный массаж : [практическое руководство] / Куничев Л. А. – К. : Вища шк., 1984. – 280 с.
5. Левандовський О. С. Кінезітерапія і масаж в системі комплексної реабілітації студентів з клінічними ознаками вегетативного дисбалансу : [автореф. дис...на здобуття наук. степеня канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03] / Левандовський О. С. – К., 2007. – 20 с.
6. Лисак Н. М. Масаж у традиційній, народній і східній медицині / Лисак Н. М. – Чернівці : Рута, 2007. – 326 с.
7. Мохамад А. Лікувальна фізична культура, масаж і електростимуляція у загальній системі реабілітації хворих з травмами периферійних нервів : [автореф. дис...на здобуття наук. степеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: 24.00.02] / Мохамад А. – К., 1998. – 16 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник] / Мухін В. М. – [3-тє вид., перероб. та доп.]. – К. : Олімп. л-ра, 2009. – 488 с.
9. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації : [навч. посібник] / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2006. – 248 с.
10. Скляренко Є. Т. Травматологія і ортопедія : [підручник] / Скляренко Є. Т. – К. : Здоров'я, 2005. – 384 с.
11. Степашко М. В. Масаж і лікувальна фізична культура в медицині : [підручник] / М. В. Степашко, Л. В. Супостат. – К. : Медицина, 2006. – 288 с.
12. Хассан Т. Р. Фізичні вправи, масаж, гідро- та механотерапія у реабілітації хворих на нейроциркуляторну дистонію : [автореф. дис...на здобуття наук. степеня канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02] / Хассан Т. Р. – К., 1999. – 17 с.