

Таблиця 1

## Порівняльна характеристика окремих показників фізичного (соматичного) здоров'я молодших школярів

| Показники соматичного здоров'я       | Етап дослідження | Mx ± Smx    | Абс. приріст (у %) | P       |
|--------------------------------------|------------------|-------------|--------------------|---------|
| Індекс Руф'є                         | ВД               | 14,5 ± 0,43 | 19,3               | < 0,001 |
|                                      | КД               | 11,7 ± 0,28 |                    |         |
| Життєвий індекс, см <sup>3</sup> /кг | ВД               | 47,5 ± 0,38 | 17,3               | < 0,001 |
|                                      | КД               | 55,7 ± 0,41 |                    |         |
| Силовий індекс, %                    | ВД               | 45,0 ± 0,46 | 8,1                | < 0,001 |
|                                      | КД               | 53,1 ± 0,37 |                    |         |
| Індекс Робінсона                     | ВД               | 86,5 ± 1,23 | 5,9                | < 0,001 |
|                                      | КД               | 81,4 ± 0,66 |                    |         |

Також суттєві зміни відбулися стосовно показників резерву та економізації функції серцево-судинної системи (індекс Робінсона) через те, що під впливом експериментальних засобів значно знизилась ЧСС. В експериментальній групі молодших школярів індекс Робінсона знизився 5,1 ум.од., що у відсотковому значенні становить 5,9 % (P < 0,001). За іншими показниками фізичного (соматичного) здоров'я також були виявлені кількісні зміни, однак вони були статистично недостовірними (P > 0,05). Таким чином, результати дослідження змін фізичного (соматичного) здоров'я на етапі формуючого педагогічного експерименту ще раз підтвердили гіпотезу про те, що застосування спеціалізованих здоров'язберігаючих технологій ефективно впливає на підвищення окремих показників фізичного стану молодших школярів.

**ВИСНОВКИ.** В ході проведення експериментальної роботи по впровадженню здоров'язберігаючих технологій фізкультурно-оздоровчого спрямування був виявлений позитивний вплив таких засобів на окремі показники фізичного здоров'я молодших школярів.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Проведений аналіз результатів експериментальної роботи не вичерпує розв'язання всіх аспектів означеної проблеми. Подальшого вивчення потребують положення реалізації здоров'язберігаючого впливу спеціалізованих технологій фізкультурно-оздоровчого спрямування на інші показники фізичного та психічного стану молодших школярів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Основи здоров'я і фізична культура: програма для загальноосвітніх навчальних закладів. – 1-11 класи. – К.: Початкова школа, 2001. – 112 с.
2. Rudakova A.O. Vprovadzhennya zdorov'yazberigayuchikh osvitchen'nykh tekhnologiy u navchal'no-vykhovnyi process / A.O. Rudakova, G.S. Richkova // Biologiya. – 2009. – № 34 (gruden'). – S. 10–15.
3. Surkova O.V. Natsilennist' vykorystannya zdorov'yazberigayuchikh tekhnologiy / O.V. Surkova // Fiz. kyl'tyra v chk. – 2011. – № 3. – S. 37–38.
4. Tumanov A.YU. Zdorov'yazberigayuchi tekhnologii v osnovnykh formakh zanyat' / A.. Tumanov // Fiz. kyl'tyra v chk. 20 s.

УДК:615.825:616.728.3

Андрійчук О. Я.

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки м. Луцьк

## ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРИВАННЯ

Запропонована концепція фізичної реабілітації хворих на остеоартроз колінного суглоба, фундаментальними складовими якої є концептуальна основа (мета, задачі, принципи), концептуальні підходи, організаційні заходи та методичні основи. Загальною метою у фізичній реабілітації хворих є наукове пізнання етіологічних і патогенетичних механізмів розвитку захворювання, побудова схеми лікування та фізичної реабілітації. Основними завданнями, які сприяють досягненню мети фізичної реабілітації хворих на гонартроз є їх інтеграція в якісне соціальне життя, покращення стану здоров'я та якості життя, подовження безсимптомного періоду. Фундаментальним принципом концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз є максимальне відновлення функцій та подовження безсимптомного періоду.

**Ключові слова:** остеоартроз, концепція, фізична реабілітація.

**Андрійчук О.Я. Основные положения концепции физической реабилитации больных на дегенеративно-дистрофические заболевания.** Предложенная концепция физической реабилитации больных остеоартрозом коленного сустава, фундаментальными составляющими которой является концептуальная основа (цель, задачи, принципы), концептуальные подходы, организационные мероприятия и методические основы. Общей целью в физической реабилитации больных является научное познание этиологических и патогенетических механизмов развития заболевания, построение схемы лечения и физической реабилитации. Основными задачами, которые способствуют достижению цели физической реабилитации больных гонартрозом, является их интеграция в качественную социальную жизнь, улучшение состояния здоровья и качества жизни, продления бессимптомного периода. Фундаментальным принципом концепции физической реабилитации больных гонартрозом является максимальное восстановление функций и удлинение бессимптомного периода.

**Ключевые слова:** остеоартроз, концепция, физическая реабилитация.

**Olga Andriychuk.** *The main provisions of the concept of physical rehabilitation of patients with degenerative-dystrophic diseases.* Analyzed the latest developments in the treatment and rehabilitation of patients with gonarthrosis. Given the increasing rates of disease, rejuvenation of degenerative-dystrophic processes arises the need to develop the concept of rehabilitation of patients with osteoarthritis. The concept of physical rehabilitation of patients with osteoarthritis of the knee joint, which is holistic in nature. The concept is built according to the scheme, the fundamental components of which are the conceptual framework, conceptual approaches, institutional arrangements and methodological foundations. Conceptually based on the purpose, objectives and principles. The General goal of physical rehabilitation is scientific knowledge of the etiological and pathogenetic mechanisms of the disease development, a scheme of treatment and physical rehabilitation. The main tasks that contribute to achieving the goal of physical rehabilitation of patients with gonarthrosis is their integration into the quality of social life, improved health and quality of life, prolong the asymptomatic period. The fundamental principle of the concept of physical rehabilitation of patients with gonarthrosis is the maximum restoration of function and the lengthening of the asymptomatic period. The addition of new content scientific conceptual approach was the construction of an integrated therapeutic and rehabilitation and pedagogical approaches, as well as individual orientation in the formation of the concept of physical rehabilitation of patients with gonarthrosis, which in turn formed the basis of the organizational tools and methodological foundations.

**Key words:** osteoarthritis, concept, physical rehabilitation.

**Постановка проблеми.** Дегенеративно-дистрофічних захворювань – це захворювання суглобів і хребта в основі яких закладена дегенерація суглобового хряща, яка має прогресуючий характер і призводить до деформації суглоба з розвитком крайових остеофітів та змін кісткових суглобових поверхонь. Одним з форм дегенеративно-дистрофічних захворювань є остеоартроз, різновидом локальної форми – гонартроз (ураження колінних суглобів). Ураження суглобів належить до найбільш давніх захворювань людства. Під час палеонтологічних досліджень ознаки артрозу знаходили в людей, які жили ще в кам'яному віці. На сьогодні це захворювання трапляється в всіх країнах світу, проте його поширеність коливається в значних межах. Сучасна ревматологія розглядає остеоартроз як гетерогенну групу захворювань суглобів різної етіології, але зі схожими біологічними, клінічними ознаками та наслідками, які призводять до повної втрати хряща, пошкодження субхондральної кістки, синовіальної оболонки, суглобової капсули, внутрішньосуглобових зв'язок і периакулярних тканин (О. П. Борткевич, 2008). Медико-демографічні показники Європи й США засвідчують продовження старіння населення та збільшення частки осіб понад 60 р. У 2020 році кількість населення цієї вікової групи збільшиться вдвічі та прогнозується відповідне збільшення захворювання на остеоартроз. Крім того, передбачається «омолодження» захворювання [2]. Так, у США близько 7 % населення (більше 21 млн людей) хворі на остеоартроз, причому у 2 % із них молодші 45 років, 30 % – 45–64 років і 63–85 % – старші 65 років [7]. Майже 6 % населення Швейцарії у віці 50–70 років хворіють на остеоартроз. В Австралії цей показник становить 15 %. Поширеності гонартрозу в Японії у вікових групах до 39 років – 2,2 %; 40–49 рр. – 10,7 %; 50–59 рр. – 28,2 %; 60–69 рр. – 50,8 %; 70–79 рр. – 69,0 % і більше 80 років – 80,5 % [12]. У Саудівській Аравії 13 % населення страждає на гонартроз [9]. Для раннього виявлення хвороби та надання повноцінної інформації про характер недуги в Канаді діє програма із залученням інтернет-ресурсів і телефонного зв'язку з хворими [10]. У Тайвані для осіб, хворих на гонартроз, розроблена й утілена в життя програма обговорення та взаємопідтримки. Її ефективність уже підтвердилася [11]. Розроблена світова програма, направлена на узагальнення інформації та вивчення остеоартрозу COPCORD (Community Oriented Program For Control Of Rheumatic Disorders) [8].

**Аналіз останніх досліджень.** Актуальність питання зумовило низку досліджень з проблем остеоартрозу. Так, висвітлено клініко-патогенетичне обґрунтування застосування фізичних чинників у реабілітації хворих на артроз [1]. Проведено клініко-експериментальне дослідження щодо патогенетичного обґрунтування принципів етапного відновлюваного лікування [3] та експериментальна розробка біологічних замінників синовіальної рідини (О.Є. Пашков, 2007). Визначено біомеханічні зміни у колінному суглобі при гонартрозі за допомогою системи GAITRite (В.О. Фіщенко, 2008). Доведено роль порушень імунітету в патогенезі гонартрозу (І.В. Пузирьов, 2007) та клініко-патогенетичне значення вмісту металів в організмі таких пацієнтів (М.О. Северін, 2008). Вивчено особливості застосування магнітотерапії та кальцеміну [4], поетапного поєднання сануючої артроскопії та застосування фармакологічних препаратів (І.П. Семенів, 2005), низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії [6], контрастної кріотерапії у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на остеоартроз (А.М. Арват, 2009). Доведено ефективність застосування комбінованої інфрачервоної лазерної та фармакотерапії у хворих на гонартроз (В.І. Маколінець, 2011). Розроблено алгоритм хірургічного лікування [5], особливості коригувальної остеотомії (Т.І. Осадчук, 2009) та комплексна фізична реабілітація після хірургічного лікування остеоартрозу (Мосаб С.Х. Амуді, 2010), запропоновано алгоритм диференційного вибору хірургічного лікування остеоартрозу колінного суглоба (М.П. Головаха, 2011). Висвітлено досвід використання системи HUMER Motion Lab для корекції постави, поліпшення балансу та координації рухів людини (Ю.А. Попадюха, 2012). Проаналізовано вибір індивідуальної терапевтичної тактики (І.А. Боева, 2010) й оптимізація патогенетичної терапії остеоартрозу у поєднанні з атеросклерозом та метаболічним синдромом (М.В. Ткаченко, 2011). Обґрунтовано медико-біологічні критерії визначення ризику виникнення та прогресування остеоартрозу (І.В. Лисенко, 2010), гендерні особливості остеодефіциту у таких хворих (О.В. Добровинська, 2011). Опрацьовуючи теоретичний і практичний досвід лікування та реабілітації гонартрозу, ми виявили, що є потреба у побудові концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз, для реалізації якої треба розробити програму фізичної реабілітації із застосуванням різних сучасних методів об'єктивізації та фізичних засобів реабілітації хворих на гонартроз залежно від рентгенологічної стадії.

Проблема відсутності цілісної системи фізичної реабілітації хворих на гонартроз, розв'язання якої стосується наша

робота, обумовлена наявністю таких суперечностей:

- між сучасним усвідомленням необхідності більш поглибленого вивчення, узагальнення й удосконалення фізичної реабілітації, особливо у людей працездатного віку і з зростаючою тенденцією захворюваності на гонартроз і наявним домінуванням моноспрямованості лікування;

- між необхідністю теоретичного обґрунтування створити концепцію оптимального використання фізичної реабілітації хворих на гонартроз і недостатністю наукових досліджень у вибраному напрямку;

- між нагальною необхідністю розробки програми фізичної реабілітації у хворих із зазначеною патологією та недостатністю теоретичних і практичних уявлень про шляхи її вдосконалення;

Наведені аргументи дозволяють сформулювати *мету роботи*: розкриття концептуальних основ фізичної реабілітації хворих на гонартроз. Для вирішення поставленої мети були виділені *такі завдання*:

1) визначити проблемне поле впливу фізичної реабілітації у хворих на остеоартроз;

2) визначити традиційні підходи щодо лікування та реабілітації хворих на гонартроз залежно від рентгенологічної стадії, функціонального стану суглоба, гостроти перебігу процесу та якості життя хворих;

3) обґрунтувати та розробити концепцію фізичної реабілітації хворих на гонартроз;

**Виклад основного матеріалу.** Опрацьовуючи теоретичний і практичний досвід лікування та реабілітації хворих на гонартроз, ми прагнули побудувати цілісну *концепцію* фізичної реабілітації. Хворобомодифікуюча концепція спрямована на зменшення основних симптомів захворювання й на структурну модифікацію недуги, тобто можливість призупинення дегенеративно-дистрофічних процесів у тканинах суглоба та навіть відновлення хряща. Адже, згідно з сучасним баченням, гонартроз це хронічне прогресуюче незапальне захворювання суглобів різної етіології, яке характеризується дегенеративно-дистрофічними змінами суглобового апарату, основними симптомами яких є ранкова скутість і больові відчуття. Згідно з сучасними рекомендаціями щодо ведення хворих на остеоартрозу, необхідно інтегрувати дві взаємодоповнюючих, але самостійних напрямків, таких як: лікування і реабілітація, що є єдиним шляхом для досягнення максимальної допомоги хворому на гонартроз. Концепція лікування – включає в себе побудову патогенетичної і симптоматичної схеми лікування. *Концепція реабілітація* хворих полягає в тому, щоб за допомогою системи координованих заходів максимально можливо відновити фізичний, психологічний, соціальний статус людини, попередити інвалідність, мінімізувати ступінь зниження працездатності, бути інтегрованим в суспільство з досягненням максимально можливої соціальної і економічної незалежності (Е. Б. Лазарева, 2012).

Фундаментальними складовими схеми концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз є її концептуальні основи, концептуальні підходи, організаційні заходи та методичні основи. При побудові концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз, ми виходили з того, що концептуальними основами наукових досліджень є: мета, задачі та принципи. Загальною метою у фізичній реабілітації хворих є наукове пізнання етіологічних і патогенетичних механізмів розвитку захворювання, побудова схеми лікування та фізичної реабілітації, перевірка гіпотези в експерименті чи спостереженні. Згідно з Гельсинською декларацією, розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, у медичних дослідженнях за участю людини як об'єкта вивчення, аналіз її благополуччя має бути пріоритетним серед інших інтересів (стаття 6). Ціль таких досліджень – зрозуміти причини, розвиток і наслідки захворювань та вдосконалити превентивні, діагностичні й терапевтичні заходи (стаття 7). Основною метою фізичної реабілітації хворих на гонартроз є їх інтеграція в якісне соціальне життя, покращення стану здоров'я та якості життя, подовження безсимптомного періоду. Для досягнення запланованої мети, було виділено такі завдання фізичної реабілітації хворих на гонартроз: попередження структурного руйнування хряща та субхондральної кістки; зниження (усунення) больового відчуття; зменшення (усунення) ранкової скутості; покращити відновні процеси і в суглобі, і в організмі загалом; надати допомогу щодо контролю над симптомами гонартрозу й підтримувати досягнутий стан; надати допомогу в усуненні причин, які сприяють загостренню захворювання; надати допомогу в підтримці фізичного стану хворого, його рухових можливостей; підтримувати рівень фізичної активності хворого; зменшити негативний вплив медикаментозного лікування на організм хворого; запобігти розвитку контрактур; розвантажити суглоби; корекцію порушень статика й ходи; запобігти (відтермінувати) оперативному лікуванню гонартрозу.

Курс лікування й реабілітації, у тому числі фізичної, повинен проводитись у комплексі та вимагає суворого дотримання хворим усіх рекомендацій лікаря й реабілітолога. Основною сутністю фізичної реабілітації як основи реабілітаційного процесу є процес використання різноманітних занять, що ґрунтуються на використанні спеціально організованої рухової активності хворого тобто переважно опорно-рухового апарату і зовні проявляється в зміні напруженості м'язів, переміщенні тіла або його частин у просторі й часі. Основне завдання лікування та реабілітації – реалізація системи заходів, направлених на усунення або максимальне зниження проявів захворювання, усунення причин прогресування захворювання, подовження процесу ремісії, стимуляція обмінних процесів і відновлення пошкодженої хрящової тканини, відновлення працездатності та покращення якості життя хворого, подовження тривалості життя. Завдання педагогічних, психологічних, соціально-економічних й інших заходів направлени на пристосування хворого до повсякденного життя та праці, здійснення диспансерного нагляду. Це можливо досягнути лише при комплексному застосуванні всіх складників лікувального й реабілітаційного процесу. Концепція фізичної реабілітації хворих на гонартроз передбачає виконання вимог основних клініко-медичних, психолого-педагогічних та фізіологічних принципів та їх адаптація до сучасного процесу фізичної реабілітації. Фундаментальним принципом концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз є максимальне відновлення функцій та подовження безсимптомного періоду. При цьому провідними принципами концептуальної основи фізичної реабілітації хворих на гонартроз є: загальні принципи:

- своєчасність – рання реабілітація сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій, попереджує розвитку соціальної і психічної дезадаптації, виникненню і прогресуванню ускладнень;

- індивідуальний підхід та адекватність реабілітації – підбір засобів фізичної реабілітації в залежності від рентгенологічної стадії гонартрозу, функціональних змін в ураженому суглобі, стану здоров'я загалом, а також, звичайно, врахування інтересів, побажань хворих щодо певних фізичних вправ, особливостей хворих, зумовлених статтю, віком, розвитку моторних та психічних функцій;

- зв'язок з життєдіяльністю хворого - визначає прикладну функцію рухової діяльності, що враховує особливості вже наявних і випереджує можливі відхилення у рухових уміннях (навичках) із акцентуванням на самозабезпечення і професійну діяльність;

- компенсаторно і корекційно-розвиваюча спрямованість визначає прикладну функцію рухової діяльності, яка направлена на стимулювання компенсаторних механізмів, активізацію збереження функцій для створення стійкої адаптації;

- системність і тривалість передбачає стійкість сформованих умінь та навичок у вивчених рухових діях. Це важливо з огляду на прогресування дегенеративно-дистрофічних змін в тканинах суглоба, що негативно впливає на рухові можливості хворих за відсутності постійного вдосконалення (підтримки на досягнутому рівні) рухового стереотипу;

- синергізм дії засобів фізичної реабілітації та їх кумуляція - вибір найбільш взаємодоповнюючих засобів фізичної реабілітації

- етапність з обов'язковим розв'язанням мети й завдань поточного етапу передбачає поступовий перехід з одного реабілітаційного етапу до іншого з досягненням кумулятивної адаптації;

- наступність з урахуванням ефективності на основі суб'єктивних і об'єктивних даних передбачає поступове підвищення фізичних навантажень на фоні проведення синдрому-патогенетичної фізіотерапії.

- відкритість реабілітації в майбутньому, її динамічність та варіативність передбачає можливість зміни складових засобів фізичної реабілітації, що зумовлено зміною віку хворих, динамікою основного захворювання, зміною загального стану здоров'я, психологічного настрою, зміною (удосконаленням, відкриттям) технічних засобів реабілітації.

- активна участь хворого, а також залучення рідних та близьких у реабілітаційний процес: у створенні програми реабілітації, форм, методів, місця і часу проведення,

- контроль за процесом та керований вплив на нього;

- принцип реалістичності, який орієнтує на постановку реальних цілей, що дозволяє досягнути «ефект успішності»;

- спеціальні та дидактичні принципи при застосуванні фізіотерапії, механотерапії, лікувального масажу та при проведенні ЛФК.

Гонартроз є не тільки медичною проблемою, а й соціальною, адже в 10–30 % випадків захворювання призводить до різного ступеня втрати працездатності, а реабілітація за своєю сутністю є важливою складовою частиною соціальної політики, тому що вона дає можливість відновити чи компенсувати втрачену працездатність, реалізуватися на ринку праці. Таким чином, при побудові концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз, є необхідність базуватись на принципах, які рекомендовані для соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я (А. Г. Шевцов, 2006) . До таких принципів належать:

- принцип нової моделі інвалідності базується на економічній, функціональній, медичній та соціальній моделях інвалідності, де інтегруються проблеми хворих на гонартроз та взаємозв'язок людини та навколишнього середовища. Саме базуючись на цей принцип як концептуальній основі фізичної реабілітації хворих на гонартроз можна досягнути одну з складових мети концепції – інтеграція хворих в якісне соціальне життя, допомога в усвідомленні й реалізації ними своїх невід'ємних людських прав;

- системно-синергетичний принцип, побудови концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз передбачає мультидисциплінарний характер впливу на реабілітацію всіх можливих нерозривно пов'язаними складових: психології, педагогіки, техніки, правазнавства, медицини;

- принцип неперервності реабілітаційного процесу є логічним продовженням системно-синергетичного принципу фізичної реабілітації хворих на гонартроз. Він передбачає виконання аксіоми – «реабілітація через все життя», для постійної корекції (підтримання) рухових можливостей хворими, адже на сьогоднішній день немає загальнодоступних механізмів стовідсоткової гарантії зворотного розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів, що виникають в тканинах суглоба при остеоартрозах;

- освітній принцип реабілітаційного процесу полягає в обов'язковому застосуванні педагогічної складової, яка сприятиме підвищенню ефективності фізичної та соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції хворих в соціум. Отже, реабілітація – це компонування та практична реалізація оптимальної для кожного хворого програми, яка має на меті оптимізувати спосіб життя для забезпечення нормальних умов життєдіяльності.

Базовою основою побудови концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз є доповнення новим змістом загальнонаукових концептуальних підходів, які становили основу запропонованої концепції: комплексний лікувальний, реабілітаційних і педагогічний підходи, індивідуальна спрямованість. Таким чином, при розробці, обґрунтуванні і реалізації концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз використовувались такі концептуальні підходи:

- системно-цільовий - визначення мети та виділення завдань фізичної реабілітації на кожному етапі відновлення, їх взаємозв'язку;

- системно-ресурсний - підбір адекватних засобів фізичної реабілітації з врахуванням їхнього синергізму, для реалізації мети та завдань кожного етапу та періоду фізичної реабілітації хворих на гонартроз;

- системно-елементарний – врахування всіх чинників, що впливають на характер і спрямованість складових фізичної реабілітації: індивідуальних особливостей хворого, його об'єктивного стану та суб'єктивних відчуттів, психологічної налаштованості, результатів попереднього лікування та реабілітації, а також етапу й періоду фізичної реабілітації;
- системно-інтеграційний – аналіз системних елементів фізичної реабілітації і їх взаємозв'язку в межах лікувально-профілактичної установи, де проводиться фізична реабілітація хворого;
- системно-еволюційний – визначення й врахування характеру процесу фізичної реабілітації хворих на гонартроз, що ґрунтується на етапності й наступності проведених заходів, з'ясування критеріїв їх дієвості, можливості спостереження та аналізу за станом здоров'я хворого на кожному етапі та періоді, а також подальших можливих перспективах відновлення або максимально компенсації функцій;
- системно-комунікативний – виявлення взаємозв'язку організму з зовнішнім середовищем (професійна діяльність, соціальне середовище, особливості життєдіяльності тощо),
- системно-структурний – врахування впливу засобів фізичної реабілітації на загальний стан здоров'я хворого та його опорно-руховий апарат.

Ґрунтуючись на концептуальних підходах та основі концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз формуються організаційні заходи фізичної реабілітації. В основу організації приватних (індивідуальних) програм фізичної реабілітації хворих на гонартроз, покладено фундаментальні положення: 1) інтегральний підхід до оцінки стану здоров'я хворого з урахуванням особливостей протікання гонартрозу; 2) обов'язкове врахування патогенетичних і клінічних характеристик гонартрозу, віку й тренуваності хворого; 3) визначення лікувальної та реабілітаційної мети, яку потрібно досягнути з конкретним хворим і прогноз результатів; 4) планування заняття, систематизація спеціальних вправ, направлених на відновлення функцій опорно-рухового апарату; 5) раціональне комбінювання спеціальних фізичних вправ із загальнозміцнювальними, щоб підвищити тренуваність усього організму; 6) реалізація запланованої програми; 7) лікарський контроль; 8) корекція. Щодо методичних основ, то до складу розробленої та запропонованої концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз, окрім базового медикаментозного лікування, засобів фізичної реабілітації (ЛФК, лікувального масажу, механотерапії, фізіотерапії), входять ще освітні програми, психологічної підтримки та дієтотерапії. У хворих стимулом протягом усієї програми фізичної реабілітації було бажання підвищити рівень своєї життєдіяльності, позбутись основних симптомів хвороби, які погіршували якість життя (біль, ранкова скутість, обмеження рухливості суглобів). Важливими були аргументи щодо незадовільного ефекту попереднього лікування, побічних дій від прийому протизапальних препаратів, вартості та малої ефективності хондропротекторів. Хворі прагнули засвоїти чітку схему застосування фізичних вправ, придатних для виконання в домашніх умовах.

**ВИСНОВОК.** Вивчення та аналіз літературних джерел засвідчують, що на сьогодні велика увага приділяється вивченню питань патогенезу остеоартрозу, змін тканин суглоба при дегенеративно-дистрофічних процесах, медикаментозному лікуванню хворих. Проте, недостатньо вивчене питання комплексної фізичної реабілітації хворих із застосуванням ЛФК, фізіотерапії. З одного боку, це зумовлено значним поширенням гонартрозу в структурі дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів, а з другого – відсутністю концепції фізичної реабілітації хворих на гонартроз, єдиних базових програм, положень з освітніми заходами, психолого-педагогічними програмами, спрямованими на відновлення (максимальну корекцію) порушень функцій, психічного дискомфорту й поліпшення якості життя з урахуванням індивідуального підходу. Традиційні підходи до лікування та реабілітації хворих на гонартроз передбачають застосування протизапальної й знеболювальної терапії, хондропротекторів, місцевого застосування мазевих і гелевих форм нестероїдних протизапальних засобів, ортопедичного лікування, курсів лікувальної фізичної культури та фізіотерапевтичних процедур, санаторно-курортне лікування без урахування рентгенологічної стадії гонартрозу. Основним завданням є зменшення (усунення) клінічних проявів захворювання, поліпшення стану здоров'я та якості життя. В основі концепції – комплексний лікувальний, реабілітаційний і педагогічний підходи, індивідуальна спрямованість, з основною метою – попередження структурного руйнування хряща й субхондральної кістки. Подовження безсимптомного періоду й попередження прогресування, призупинення дегенеративно-дистрофічних процесів у тканинах суглоба – фундаментальний принцип нашого підходу до планування концепції фізичної реабілітації.

**ДО ПЕРСПЕКТИВНИХ НАПРЯМКІВ** подальшого дослідження ми відносимо аналіз результатів отриманих в процесі практичної реалізації програми фізичної реабілітації, побудованої на основі розробленої концепції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Богатирьова Т. В. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування фізичних чинників в реабілітації хворих на артроз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : [спец.] 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / Т. В. Богатирьова. – О., 2001. – 33 с.
2. Бур'янов О. А. Лікування остеоартрозу в рамках доказової медицини / О. А. Бур'янов // Здоров'я України. – 2011. – Лютий. – С. 12– 14.
3. Верхратський С. А. Історія медицини / С. Верхратський. – 3-тє вид., перероб. та доп. – К.: Вища шк., 1983. – 384 с.
4. Грабовська О. А. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування магнітотерапії та кальцеміну у комплексному лікуванні хворих на артроз : автореф. дис. ... канд. мед. наук : [спец.] 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / О. А. Грабовська. – О., 2004. – 24 с.
5. Ейтутіс Ю. Г. Клініка, діагностика та лікування деформівного артрозу першого плесно-фалангового суглоба : автореф. дис. ... канд. мед. наук : [спец.] 14.01.21 «Травматологія та ортопедія» / Ю. Г. Ейтутіс. – К., 2006. – 23 с.

6. Канут М. І. Використання низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз : автореф. дис. ... канд. мед. наук : [спец.] 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / М. І. Канут. – О., 2008. – 20 с.
7. Frey R. J. Osteoarthritis: Encyclopedia of Medicine [Електронний ресурс] / R. J. Frey – Access mode : [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_g2601/is\\_0009/ai\\_2601000993](http://findarticles.com/p/articles/mi_g2601/is_0009/ai_2601000993)
8. Haq S. A Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world / S. A. Haq, F. Davatchi // International Journal of Rheumatic Diseases. – 2011. – № 12. – P. 122–129.
9. March L. M. Epidemiology of osteoarthritis in Australia / L. M. March, H. Bagga // Med. J. Australia. – 2004. – № 180. – P. 6–10.
10. Stinson J. An Internet-based Self-management Program with Telephone Support for Adolescents with Arthritis: A Pilot Randomized Controlled Trial / J. Stinson, P. McGrath, E. Hodnett // Rheumatol. – 2010. – № 37. – P. 1944–1952.
11. Vivienne Wu S. Effects of an osteoarthritis self-management programme / S.-F. Vivienne Wu, M.-J. Kao, M.-P. Wu // Journal of Advanced Nursing. – 2011. – № 67. – P. 1491–1501.
12. Yoshimura N. Association of Knee Osteoarthritis with the Accumulation of Metabolic Risk Factors Such as Overweight, Hypertension, Dyslipidemia, and Impaired Glucose Tolerance in Japanese Men and Women / N. YOSHIMURA, S. MURAKI // Rheumatol. – 2011. – № 38. – P. 921–930.

УДК 616-056.52-072.8:159.9.07

**Аравицька М.Г.**

**ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», м. Івано-Франківськ**

### **ВСТАНОВЛЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ФАКТОР РОЗРОБКИ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ОЖИРІННЯМ**

*Стаття присвячена встановленню особливостей харчової поведінки як визначального фактору розробки реабілітаційної програми хворих ожирінням I-III ступеня. За Голландським опитувальником харчової поведінки з'ясовано, що обмежувальний тип не є властивим для хворих ожирінням. Для них характерні екстернальний та емоціогенний типи, останній виразніше проявляється у жінок. Визначено, що першим етапом реабілітаційного втручання повинно бути визнання хворим наявності проблеми власного ожиріння та вироблення активного прагнення її подолання на основі виявленого типу харчової поведінки.*

**Ключові слова:** ожиріння, типи харчової поведінки, реабілітація.

*Аравицькая М.Г. Установление особенностей пищевого поведения как определяющий фактор разработки программы физической реабилитации больных ожирением. Статья посвящена установлению особенностей пищевого поведения как определяющего фактора разработки реабилитационной программы больных ожирением I-III степени. За результатами анкетирования при помощи Голландскому опроснику пищевого поведения определено, что ограничительный тип не является типичным для больных ожирением. Для них характерны экстернальный и эмоциогенный типы, последний особенно проявляется у женщин. Определено, что первым этапом реабилитационного вмешательства должно быть признание больными наличия проблемы собственного ожирения и выработки активного стремления ее преодоления на основе выявленного типа пищевого поведения.*

**Ключевые слова:** ожирение, типы пищевого поведения, реабилитация.

***Aravitska M.G. Setting the features of eating behavior as a determinant of the development program of physical rehabilitation of obesity.** Obesity is one of the most common medical and social problems of modern society, plays a significant role in the formation of overall morbidity negative impact on overall health and reduces efficiency and quality of life, reproductive potential, therefore, requires new approaches to complex programs correction. The consumption of food is determined by feeding behavior, denoted value attitude to food and its reception system stereotypes, rituals and eating habits in everyday and stressful conditions, certain behavioral strategies focused on the formation and transformation of the image of his own body. The aim of the research was to determine the types of eating behavior in obese patients with varying degrees of severity depending on the sex. The work was based on interviews 114 second adulthood people with alimentary-constitutional obesity varying degrees. Obesity is classified by body mass index. Violation of eating behavior was determined by the Dutch eating behavior questionnaire. The results showed that restrictive type of obesity not a characteristic of patients with obesity. Conversely, when a high degree of obesity was characteristic decrease the number of control eating. Emotiogenic feeding behavior was observed in both gender groups more clearly, the greater was the degree of obesity, but women at all levels of obesity, it was statistically significantly higher relative rate of men ( $p < 0.05$ ). External type of behavior was typical for both men and women, its expression also depended on the degree of obesity, but the difference between members of both sexes was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Conclusions. Thus, in obese patients rehabilitation programs should be used not only various means and methods of physical rehabilitation, but also necessarily affect the etiologic agent overeating - psychological abuse eating behavior. The first stage of rehabilitation intervention must be active recognition and awareness of patients there is a problem of obesity and develop their own desire to overcome identified on the basis of the type of eating behavior.*

**Key words:** obesity, eating behavior types, rehabilitation.