

Алла Альошина, Антон Альошин. Особливості регуляції вертикальної стійкості в пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу. Руховий дефіцит як прояв порушень довільної моторики, що виникає у хворих унаслідок перенесеного інсульту, є провідним синдромом, що призводить до інвалідизації. У статті проаналізовано вплив вертикальної стійкості на відновлення функції руху в пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу. В експерименті брали участь 14 пацієнтів у віці від 43 до 61 року. Обстеження пацієнтів проводили в пізньому та резидуальному періодах інсульту. Результати аналізу ґрунтуються на вимірюванні методом стабілометрії показників вертикальної стійкості пацієнтів. Виявлено відхилення ОЦМ пацієнтів на здорову сторону. У комплексну реабілітацію хворих із постінсультними геміпарезами на різних періодах відновлення (ранньому, пізньому та резидуальному) потрібно включати ранню вертикалізацію, тренування вертикальної стійкості й відновлення статодинамічного стереотипу.

Ключові слова: гостре порушення мозкового кровообігу, вертикальна стійкість, фізична реабілітація.

Alla Alyoshina, Anton Alyoshin. Regulation of Vertical Stability in Patients with Acute Stroke. Motor deficit, as a manifestation of any violations is the leading syndrome of the motor that occurs in patients and it can be a result of a stroke, leading to disability. The article analyzes the effect of vertical stability on the recovery of movement function in patients with acute stroke. The experiment involved 14 patients aged 43 to 61 years. The survey was conducted in a remote patient rehabilitation stage. The analysis is based on the stabilometry measurement, parameters of vertical stability of patients. Revealed a common center of mass deviation of the patient's healthy side. In the physical rehabilitation complex of patients with post-stroke hemiparesis at different periods of recovery (early, late and residual) should be included early verticalization, vertical stability training and restoration of static and dynamic stereotype.

Key words: acute stroke, vertical stability, physical rehabilitation.

УДК 616-08

Ольга Андрійчук

Результати реалізації програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії

Волинський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень. Дистрофічні зміни в суглобах виявляються майже в 50 % людей старших 40 років, а у віці 70 років це захворювання вже трапляється в 90 % населення. Частка остеоартрозу в загальній структурі захворюваності населення складає близько 12 % і посідає перше місце в патології суглобів [1]. Остеоартроз, за результатами епідеміологічних досліджень розповсюдженості, у різних регіонах земної кулі сягає 30 % [2], причому серед осіб старших 60 років – 97 % [3].

На сьогодні немає достатньо ефективних засобів, які б сприяли виліковуванню. Загальноприйняті медикаментозні засоби з протизапальною активністю (НПЗЗ) лише симптоматично допомагають, а хондропротектори вимагають тривалого лікування, є досить вартісними препаратами та ефективні лише на початкових стадіях захворювання. Одним із радикальних методів є видалення ураженого суглоба із заміною його імплантантом. Тому, на нашу думку, вивчення питання щодо реалізації комплексної програми фізичної реабілітації із застосуванням різних засобів відбувається, щоб призупинити дегенеративно-дистрофічні процеси в суглобах. Подовження періоду ремісії є актуальним і нагальним.

Роботу виконано за планом НДР Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Завдання дослідження – порівняти динаміку змін основних об'єктивних і суб'єктивних показників стану опорно-рухового апарату в процесі лікування та реабілітації у хворих КГ і ОГ.

Матеріали й методи дослідження: для розв'язання поставлених завдань обстежено 269 пацієнтів Луцької міської клінічної лікарні та Луцької міської поліклініки № 3, хворих на остеоартроз колінних суглобів II рентгенологічної стадії.

Під час дослідження використано такі методи, як анкетування, опитування, аналіз, порівняння, систематизація отриманих даних, методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Згідно з рентгенологічною ознакою, хворих на гонартроз II стадії було 269 осіб. Методом вибіркового поділу та за добровільною згодою хворих сформовано дві групи – контрольну (КГ) й основну (ОГ).

До КГ увійшло 132 особи – 53 чоловіки (40 %) та 79 жінок (60 %). ОГ складала 137 пацієнтів – 60 чоловіків (44 %) і 77 жінок (56 %). Середній вік пацієнтів КГ – 54,37±4,51; ОГ – 52,63±4,22. Тривалість захворювання – від п'яти до 10 років.

Результативність проведеного лікування й фізичної реабілітації оцінювалася комплексно на основі об'єктивних і суб'єктивних показників: оцінювався стан опорно-рухового апарату та функції колінних суглобів (больові відчуття, ранкова скутість, больовий індекс, амплітуда активних і пасивних рухів у суглобах, сила м'язів (тест Ловетта)).

Результати рентгенологічних досліджень підтвердили мінімальні зміни й ознаки гонартрозу. Хворі змушені були звернутися за допомогою до лікарів, оскільки їх турбував біль, який виникав зранку, тривав не довше 10–15 хвилин, дискомфорт у суглобах, підвищена стомлюваність ніг, неможливість тривалого перебування на ногах через больові відчуття в суглобах, що вимагає відпочинку, обмеження амплітуди рухів та слабкість м'язів. При обстеженні з'ясовано, що функціональна здатність хворих обмежена при значних фізичних навантаженнях – функціональна недостатність суглоба (ФНС – 0–I).

Больовий синдром має різний характер – нічний, стартовий, механічний, блокадний, рефлекторний, віддзеркальний (О. А. Бур'янов, Т. М. Омельченко, О. Е Міхневич, 2009). Для об'єктивної оцінки суб'єктивного больового відчуття застосовано візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ) Хаскісона (мм).

У хворих II рентгенологічної стадії гонартрозу середній показник болю за ВАШ у чоловіків (n=113) становить 58±10,9, у жінок (n=156) – 60±9,1. Розподіл за групами й у динаміці відображено в табл. 1 та рис. 1.

Таблиця 1

Порівняльна динаміка зміни інтенсивності больових відчуттів хворих КГ та ОГ (ВАШ, мм)

Кількість хворих (%)	0–25		26–50		51–75		76–100	
	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137
Чоловіки (на початку дослідження)	4 (8 %)	3 (5 %)	32 (60 %)	38 (63 %)	14 (26 %)	18 (30 %)	3 (6 %)	1 (2 %)
Жінки (на початку дослідження)	1 (1 %)	4 (5 %)	40 (51 %)	41 (53 %)	32 (41 %)	28 (36 %)	6 (8 %)	4 (5 %)
Σ	5 (4 %)	7 (5 %)	72 (54 %)	79 (58 %)	46 (35 %)	46 (33 %)	9 (7 %)	5 (4 %)
Чоловіки (при виписуванні з лікарні)	31 (58 %)	47 (78 %)	16 (30 %)	10 (17 %)	6 (11 %)	3 (5 %)		
Жінки (при виписуванні з лікарні)	39 (49 %)	45 (58 %)	30 (38 %)	26 (34 %)	10 (13 %)	6 (8 %)		
Σ	70 (53 %)	92 (67 %)	46 (35 %)	36 (26 %)	16 (12 %)	9 (7 %)	–	–
Чоловіки (через три місяці після виписування)	23 (43 %)	46 (77 %)	22 (42 %)	10 (17 %)	8 (15 %)	4 (7 %)		
Жінки (через три місяці після виписування)	25 (32 %)	44 (57 %)	43 (54 %)	26 (34 %)	11 (14 %)	7 (9 %)		
Σ	48 (36 %)	90 (69 %)	65 (49 %)	36 (23 %)	19 (15 %)	11 (8 %)	–	–
Чоловіки (через шість місяців після виписування)	13 (25 %)	42 (70 %)	25 (47 %)	13 (22 %)	14 (26 %)	5 (8 %)	1 (1 %)	
Жінки (через шість місяців після виписування)	15 (19 %)	40 (52 %)	45 (57 %)	29 (38 %)	17 (22 %)	8 (10 %)	2 (3 %)	
Σ	28 (21 %)	82 (60 %)	70 (53 %)	42 (31 %)	31 (24 %)	13 (9 %)	3 (2 %)	–

При першому визначенні на початку дослідження інтенсивності болю ми з'ясували, що найбільшу групу становлять хворі, у яких фіксація больового відчуття була в межах 26–50 мм (КГ – 54 %, ОГ – 58 % осіб). Третина опитаних – 35 % у КГ і 33 % в ОГ – відзначили інтенсивність больових відчуттів у діапазоні 51–75 мм. 7 % хворих у КГ та 4 % в ОГ указали на максимальну

інтенсивність больових відчуттів у суглобах. При виписуванні з лікарні практично у всіх хворих зменшилися болі в суглобах. Так, на мінімальну інтенсивність указали 53 % осіб КГ і 67 % в ОГ. Відмітку в другій половині шкали, у межах 51–75 мм, відзначили 12 % хворих КГ та 9 % у ОГ. Вивчаючи скарги хворих через три й шість місяців після виписування з лікарні, ми з'ясували, що в осіб КГ поступово підвищується інтенсивність болю: через три місяці 36 % опитаних відзначили мінімальний біль, через шість місяців – лише 21 %. Респонденти ОГ, котрі дотримувалися рекомендацій лікарів і реабілітологів щодо зміни способу життя, рухового режиму, охорони праці, відзначали, що біль не так сильно докучає їм (через три місяці – 69 % осіб, а через шість місяців – 60 % указали на незначну інтенсивність больових відчуттів).

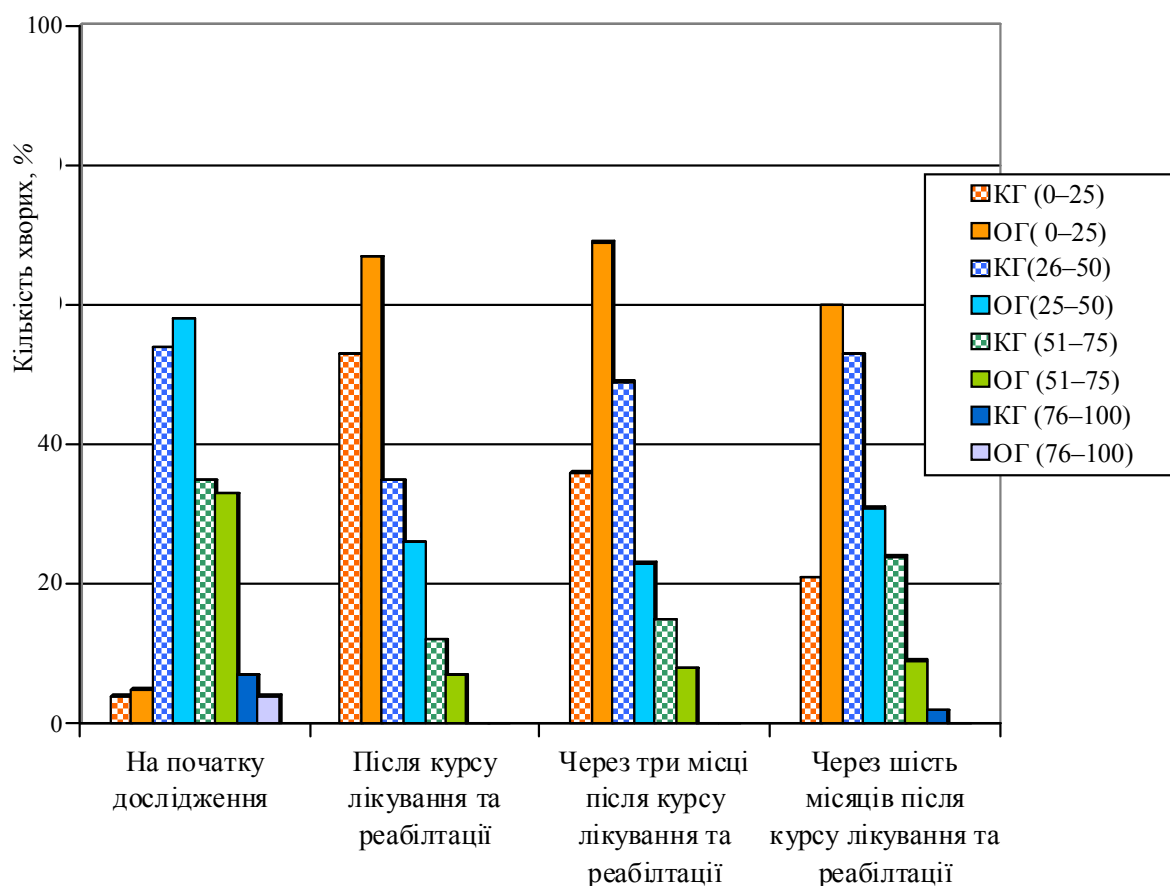


Рис. 1. Порівняльна динаміка показників болю (ВАШ, мм) у хворих КГ і ОГ II рентгенологічної стадії гонартрозу

Ранкову скутість суглобів у хворих оцінювали за тяжкістю, оскільки тривалість у всіх опитаних була до 30 хвилин. Визначення тривалості ранкової скутості є важливим показником для диференційованої діагностики, наприклад ревматоїдного артрити, а встановлення тяжкості – показник ефективності лікування та реабілітації. Так, оцінку тяжкості ранкової скутості ми проводили за ВАШ (100 мм).

При зверненні до лікаря більшість хворих (64 % у КГ і 59 % в ОГ) відзначала тяжкість ранкової скутості в колінних суглобах у діапазоні 26–50 мм. Лише 14 % хворих КГ і 19 % в ОГ указали на незначну інтенсивність ранкової скутості (до 25 мм). Однаковою мірою, по 22 % опитаних, зазначили тяжкість на рівні 51–75 мм. Жоден з опитаних як у КГ, так і в ОГ, не вказали на останню чверть шкали, яка відповідає найтяжчій вираженості скутості в суглобах. При виписуванні з лікарні, при повторному визначенні тяжкості ранкової скутості в колінних суглобах, встановлено такі показники: у КГ – 48 % хворих та 73 % – у ОГ відзначають мінімальну тяжкість, 48 % – у КГ і 27 % – в ОГ – тяжкість в інтервалі 26–50 мм і в шести хворих (4 %) у КГ суттєвих змін не простежено – позначку тяжкості зафіксовано в діапазоні 51–75 мм (табл. 2, рис. 2, 3).

Таблиця 2

Порівняльна динаміка зміни тяжкості ранкової скрутості в суглобах у хворих КГ і ОГ (ВАШ, мм)

Кількість хворих (%)	0-25		26-50		51-75		76-100	
	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137	КГ n=132	ОГ n=137
Чоловіки (на початку дослідження)	12 (23 %)	9 (15 %)	31 (58 %)	40 (67 %)	10 (19 %)	11 (18 %)		
Жінки (на початку дослідження)	7 (9 %)	17 (22 %)	53 (67 %)	41 (53 %)	19 (24 %)	19 (25 %)		
Σ	19 (14 %)	26 (19 %)	84 (64 %)	81 (59 %)	29 (22 %)	30 (22 %)	-	-
Чоловіки (при виписуванні з лікарні)	36 (68%)	46 (77 %)	16 (30 %)	14 (23 %)	1 (2 %)			
Жінки (при виписуванні з лікарні)	27 (34%)	54 (70 %)	47 (59 %)	23 (30 %)	5 (6 %)			
Σ	63 (48 %)	100 (73 %)	63 (48 %)	37 (27 %)	6 (4 %)	-	-	-
Чоловіки (через три місяці після виписування)	24 (45 %)	42 (70 %)	25 (47 %)	17 (28 %)	4 (8 %)	1 (2 %)		
Жінки (через три місяці після виписування)	16 (20 %)	50 (65 %)	55 (70 %)	24 (31 %)	8 (10 %)	3 (4 %)		
Σ	40 (30 %)	92 (67 %)	80 (61 %)	41 (30 %)	12 (9 %)	4 (3 %)	-	-
Чоловіки (через шість місяців після виписування)	17 (32 %)	41 (68 %)	29 (55 %)	17 (28 %)	7 (13 %)	2 (3 %)		
Жінки (через шість місяців після виписування)	9 (11 %)	48 (62 %)	55 (70 %)	26 (34 %)	15 (19 %)	3 (4 %)		
Σ	26 (19 %)	89 (65 %)	84 (64 %)	43 (31 %)	22 (17 %)	5 (4 %)	-	-

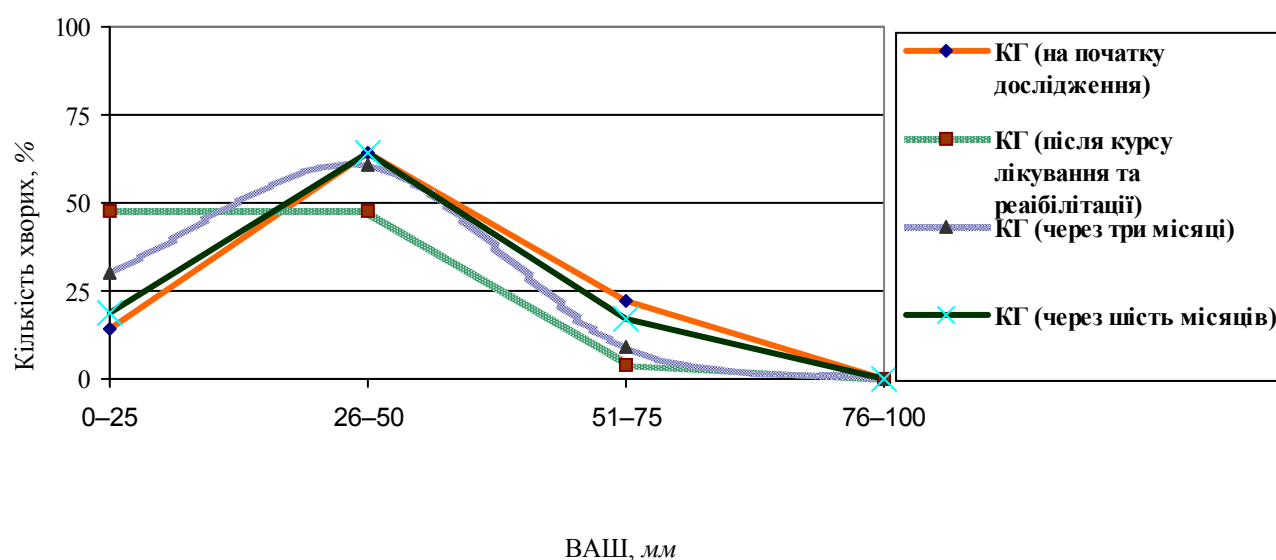


Рис. 2. Порівняльна динаміка показників тяжкості ранкової скрутості (ВАШ, мм) у хворих КГ II рентгенологічної стадії гонартрозу

Вивчення тяжкості ранкової скрутості у хворих через три місяці лікування показало, що 30 % пацієнтів КГ і 67 % ОГ, а через шість місяців лише 19 % опитаних КГ і 65 % ОГ відзначали мінімальну тяжкість ранкової скрутості в суглобах. Отже, досліджуваний показник у КГ за півроку

практично “повернувся” до рівня на початку експерименту. В осіб ОГ, які продовжували в позалікарняних умовах виконувати фізичні вправи та дотримуватися цих рекомендацій, підвищення тяжкості ранкової скутості в колінних суглобах несуттєве.

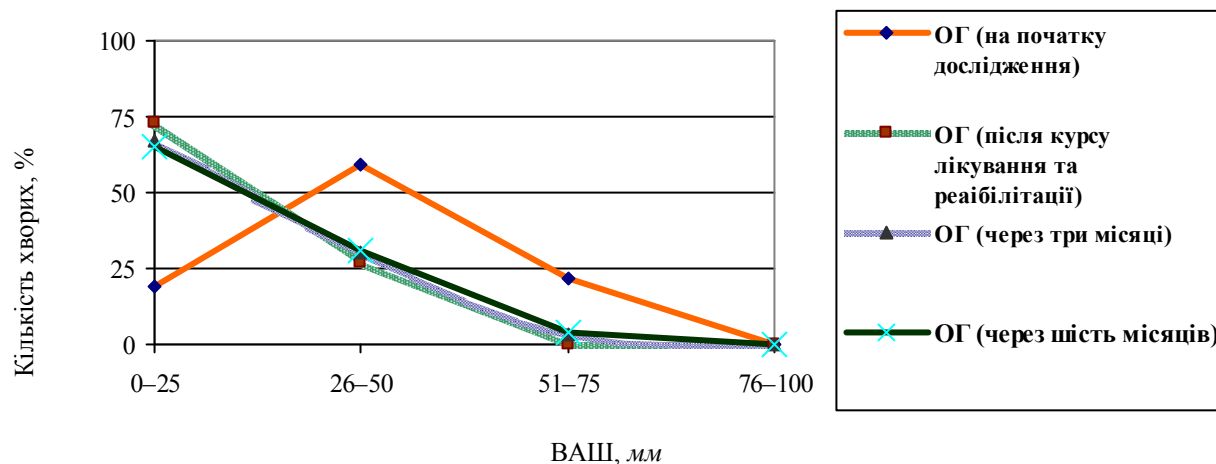


Рис. 3. Порівняльна динаміка показників тяжкості ранкової скутості (ВАШ, мм) у хворих ОГ II рентгенологічної стадії гонартрозу

Окрім болю, ранкової скутості, до проявів дискомфорту в суглобах, які турбують хворих, належить біль, що виникає як при активних, так і при пасивних рухах у колінному суглобі. Для аналізу цього показника ми визначали больовий індекс. Больовий індекс підраховується в балах при активних і пасивних рухах у суглобах: 0 – болю немає; 1 – незначний біль; 2 – помірний біль, рухи обмежені; 3 – сильний біль, рухи різко обмежені або неможливі.

На початку дослідження встановлені такі результати: 4 % осіб КГ не відзначали болю при активних і пасивних рухах кінцівкою, серед хворих ОГ 6 % не зазначали про біль при активних рухах і 5 % – при пасивних рухах. 1 бал (незначний біль) виставлено 30 % осіб КГ при активних рухах і 24 % – при пасивних рухах; 22 % хворих ОГ при активних рухах і 20 % – при пасивних рухах. Рухи обмежені й помірний біль (2 бали) було виявлено в основній групі хворих як КГ, так і ОГ: 59 % хворих КГ – при активних рухах і 65 % – при пасивних рухах; 65 % обстежених в ОГ – при активних рухах і 67 % – при пасивних рухах. Максимальну кількість балів – 3 бали больового індексу – зафіксовано в 7–8 % хворих обох груп.

Безпосередньо після курсу лікування та реабілітації, повторне дослідження больового індексу при рухах в коліні дало такі результати: болю не відчували 22–20 % осіб КГ і 32 % пацієнтів ОГ як при активних, так і при пасивних рухах, що на 18 % та 26 % більше, порівняно з вихідним рівнем. 1 бал больового індексу при рухах установлено в 30–27 % хворих КГ і 34–33 % ОГ. 48–53 % хворих КГ та 34–35 % осіб ОГ скаржилися на помірний біль й обмежені рухи (2 бали). У жодного з обстежених три бали не зафіксовано.

Трьохмісячний та піврічний термін після консультацій лікаря дав свої результати. Серед пацієнтів КГ поступово почав зменшуватися контингент осіб, які не скаржилися на біль при активних і при пасивних рухах: через три місяці лише 8–7 %, а через шість місяців 6–5 % не відчували болю при рухах, що на 16 % менше, порівняно з показниками на момент виписування з лікарні. Практично однакова кількість людей указала на незначний біль при рухах (1 бал): 43 % через три місяці й 40–41 % через шість місяців. 2 бали больового індексу простежено в 49–50 % через три місяці та в 51–52 % – через півроку. Четверо хворих, що становить 3 % від загальної кількості осіб КГ, через шість місяців після курсу лікування вказали на сильний біль, різко обмежені рухи в суглобі (3 бали).

Серед хворих, які входили до ОГ, також поступово зменшувалася кількість осіб, які не відчували болю при рухах: через три місяці – 20–18 % і через шість місяців – 20–15 %, що на 12–17 % менше, порівняно з показником на момент виписування з лікарні, та на 12–11 % менше, порівняно з КГ. 1 бал больового індексу виставлено 48 % хворим через три місяці і при активних, і при пасивних рухах та 44 % – при активних рухах, 47 % – при пасивних рухах через шість місяців. Помірний біль при рухах (2 бали) турбував 32–34 % обстежених через три місяці й 36–37 % – через шість місяців. Лише в одного пацієнта через півроку після лікування та реабілітації встановлено 3 бали больового індексу при рухах у зв'язку з різко обмеженими рухами в суглобі й сильним болем.

Досліджуючи амплітуду рухів у колінному суглобі, ми, передусім, звертали увагу на активне розгинання, адже слабкість чотириголового м'яза стегна трапляється частіше, ніж слабкість м'язів-згиначів (В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич, 2005).

Аналізуючи дані щодо визначення амплітуди активного розгинання колінного суглоба (табл. 3) на початку дослідження, з'ясувано, що в осіб у КГ нормальна амплітуда рухів (5 балів) установлена для 19 обстежених, що становить 14 %, 4 бали зі збереженням амплітуди на 75 % відзначалося в 54 % хворих і 3 бали при 50 % амплітуді рухів – у третини пацієнтів. Приблизно такий самий розподіл був і у хворих, які увійшли до ОГ: у 16 % обстежених амплітуда рухів у повному об'ємі, у 53 % – амплітуда збережена на 75 % й у 31 % – амплітуда рухів у колінному суглобі складає 50 % від повному об'єму.

Таблиця 3

Показники зміни амплітуди рухів у суглобі при гонартрозі до та після проведеного лікування й реабілітації

Кількість хворих		Амплітуда рухів, бали					
		5		4		3	
		ч	ж	ч	ж	ч	ж
КГ n=132	до лікування	5 (9%)*	14 (18%)	21 (40%)	50 (63%)	27 (51%)	15 (19%)
	Σ	19 (14%)**		71 (54%)		42 (32%)	
	після лікування	19 (36%)	38 (48%)	22 (41%)	32 (41%)	12 (23%)	9 (11%)
	Σ	57 (43%)		54 (41%)		21 (16%)	
	% покращення			67	48	56	40
				X=57,5		X=48	
ОГ n=137	до лікування	7 (11%)	14 (18%)	25 (42%)	48 (62%)	28 (47%)	15 (20%)
	Σ	21 (16%)		73 (53%)		43 (31%)	
	після лікування	26 (43%)	40 (52%)	26 (43%)	30 (39%)	8 (14%)	7 (9%)
	Σ	66 (48%)		56 (41%)		15 (11%)	
	% покращення			76	54	71	54
				X=65		X=62,5	
	% без змін			33	52	44	60
				X=42,5		X=52	
				24	46	29	47
				X=35		X=38	

* % від кількості хворих однієї статі;

** % від загальної кількості хворих у групі.

Проте повторні виміри, які ми проводили після курсу лікування та реабілітації, у пацієнтів КГ й ОГ різнилися. 3 бали залишилось у 16 % осіб КГ та 11 % – в ОГ, що становить 52 % і 38 %, відповідно. Суттєвих змін у показниках амплітуди рухів пацієнтів із чотирма балами не зафіксовано в 43,5 % у КГ й у 35 % у ОГ. Отже, покращення після проведеного традиційного курсу лікування та реабілітації зафіксовано в 56,5 % осіб КГ із 4 балами амплітуди рухів та в 48 % із 3 балами. У той же час додатково до традиційного лікування запропоновано курс фізичної реабілітації, який посприяв кращим результатам. В ОГ 62,5 % осіб, які мали 3 бали, та в 65 % хворих із 4 балами амплітуда рухів покращилася. Різниця в показниках – 8,5 % і 14,5 % – є суттєвою.

Функціональна сила м'язів є одним із важливих показників функціональної спроможності суглоба. Для встановлення ступеня м'язової сили проведено тест Ловетта. Оцінюється м'язова сила за тим опором, який хворий у змозі подолати. Загальноприйнятою є шестибальна шкала, у випадку нормальної м'язової сили виставляли найвищі бали, а при повній її відсутності – нижчі.

При первинному обстеженні виявлено, що всі хворі мали знижені показники м'язової сили. У КГ у 13 % хворих та в 14 % у ОГ установлено 4 бали тесту, задовільна сила м'язів була у 25 % хворих КГ і ОГ. Посередню силу м'язів (2 бали) зафіксовано в 62–61 % хворих КГ та ОГ. Такі дані свідчать, що суттєвої різниці у вихідних даних немає. Після курсу лікування й реабілітації показники тесту Ловетта варіюють, якщо порівнювати дві групи. Так, у КГ, яка проходила традиційне лікування, лише у 22 % осіб із посередньою силою м'язів-розгиначів коліна відзначена позитивна динаміка змін. 39 % хворих ОГ із такою ж силою м'язів, які додатково були залучені до реалізації комплексної програми фізичної реабілітації, відзначили бажані результати. 17 % різниці між показниками двох

груп є наочним відображенням ефективності запропонованої програми. Задовільна сила м'язів при повторному обстеженні виявлена у 23 % хворих КГ і в 42 % ОГ. 4 бали тесту й добру силу м'язів простежено у 29 % осіб КГ та у 24 % пацієнтів ОГ. Нормальну м'язову силу відзначено у 8 % обстежених КГ й у 12 % осіб ОГ (табл. 4).

Таблиця 4

Показники тесту Ловетта у хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії КГ і ОГ на початку дослідження та після лікування й фізичної реабілітації

Бали	Кількість хворих (%)	На початку дослідження				Після курсу лікування та реабілітації			
		КГ		ОГ		КГ		ОГ	
		ч n=53	ж n=79	ч n=60	ж n=77	ч n=53	ж n=79	ч n=60	ж n=77
0	Повний параліч	-	-	-	-				
1	Сліди функції	-	-	-	-				
2	Посередньо	34 (64 %)	48 (61 %)	30 (50 %)	53 (69 %)	20 (38 %)	33 (42 %)	12 (20 %)	18 (23 %)
		82 (62 %)		83 (61 %)		53 (40 %)		30 (22 %)	
3	Задовільно	10 (19 %)	23 (29 %)	17 (28 %)	18 (23 %)	10 (19 %)	20 (25 %)	24 (40 %)	34 (44 %)
		33 (25 %)		35 (25 %)		30 (23 %)		58 (42 %)	
4	Добре	9 (17 %)	8 (10 %)	13 (22 %)	6 (8 %)	16 (30 %)	22 (28 %)	15 (25 %)	18 (23 %)
		17 (13 %)		19 (14 %)		38 (29 %)		33 (24 %)	
5	Нормально			-	-	7 (13 %)	4 (5 %)	9 (15 %)	7 (9 %)
		-		-		11 (8 %)		16 (12 %)	
	Усього	53	79	60	77	53	79	60	77
		132		137		132		137	

Висновок. Практична перевірка запропонованої додаткової до традиційного лікування програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії виявилася дієвою. Про її користь свідчать порівняльні результати динаміки змін основних об'єктивних і суб'єктивних показників стану опорно-рухового апарату в процесі лікування та реабілітації у хворих КГ і ОГ.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо в апробації розробленої програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз III рентгенологічної стадії та дослідженні її ефективності.

Список використаної літератури

1. Миронов С. П. Остеоартроз: современное состояние проблемы / С. П. Миронов // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н. Н. Приорова. – 2001. – № 2. – С. 96–102.
2. Реабілітація хворих при ендопротезуванні кульшового суглоба : метод. рек. / В. А. Філіпенко, В. І. Маколінець, В. О. Гращенкова-Танькунт [та ін.]. – К. : [б. в.], 2005. – 28 с.
3. Pennock A. T. Role of Apoptotic and Matrix-Degrading Genes in Articular Cartilage and Meniscus of Mature and Aged Rabbits During Development of Osteoarthritis / A. T. Pennock, C. M. Robertson, B. C. Emmerson [et al.] // Arthr. Rheum. – 2007. – Vol. 56. – № 5. – P. 1529–1536.

Анотації

На сьогодні немає достатньо ефективних засобів, які б сприяли вилікуванню остеоартрозу. Загальноприйняті медикаментозні засоби допомагають лише симптоматично. Тому актуальними є реалізація комплексної програми фізичної реабілітації із застосуванням різних засобів, щоб призупинити дегенеративно-дистрофічні процеси в суглобах, та подовження періоду ремісії. Завдання дослідження – порівняти динаміку змін основних об'єктивних і суб'єктивних показників стану опорно-рухового апарату в процесі лікування та реабілітації у хворих КГ і ОГ. В експерименті брали участь 132 хворих на остеоартроз колінних суглобів, котрі проходили традиційне лікування, та 137 хворих, яким додатково запропоновано пройти програму фізичної реабілітації. Програма включала лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, механотерапію, фізіотерапію. Практична перевірка запропонованої автором додаткової до традиційного лікування програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії виявилася дієвою. Про її користь свідчать порівняльні результати динаміки змін основних об'єктивних і суб'єктивних показників стану опорно-рухового апарату в процесі лікування та реабілітації у хворих КГ і ОГ.

Ключові слова: гонартроз, фізична реабілітація, біль, скутість, візуальна аналогова шкала.

Ольга Андрийчук. Результаты реализации программы физической реабилитации больных на гонартроз II рентгенологической стадии. На сегодня нет достаточно эффективных средств, которые бы помогли в лечении остеоартроза. Общепринятые медикаментозные средства помогают только симптоматично. Поэтому актуальна реализация комплексной программы физической реабилитации с применением различных средств, чтобы приостановить дегенеративно-дистрофические процессы в суставах, и удлинение периода ремиссии. Задача исследования – сравнить динамику изменений основных объективных и субъективных показателей состояния опорно-двигательного аппарата в процессе лечения и реабилитации у больных КГ и ОГ. В эксперименте принимали участие 132 больных на остеоартроз коленных суставов, которые проходили традиционное лечение, и 137 больных, которым дополнительно было предложено пройти программу физической реабилитации. Программа включала лечебную физическую культуру, лечебный массаж, механотерапию, физиотерапию. Практическая проверка предложенной автором дополнительной к традиционному лечению программы физической реабилитации больных на гонартроз II рентгенологической стадии оказалась действенной. О её пользе свидетельствуют сравнительные результаты динамики изменений основных объективных и субъективных показателей состояния опорно-двигательного аппарата в процессе лечения и реабилитации у больных КГ и ОГ.

Ключевые слова: гонартроз, физическая реабилитация, боль, скутость, визуальная аналоговая шкала.

Olga Andriychuk. Results of Realization of Physical Rehabilitation Program Among Patients With Gonarthrosis on the Second Roentgenologic Stage. For today there are no effective remedies that would help with osteoarthritis curing. Generally used medicines help only symptomatically. Realization of complex program of physical rehabilitation using different remedies is very topical and it is fulfilled with the aim to stop degenerative and dystrophic processes in joints and to make the period of remission longer. Aim of research is to compare dynamics of changes of the main objective and subjective indicators of condition of locomotive apparatus in the process of treating and rehabilitation of the ill of control and main groups. 132 of ill people with knee joints osteoarthritis who were treated using traditional method and 137 of the ill who additionally passed the program of physical rehabilitation took part in the experiment. The program included remedial gymnastics, therapeutic massage, mechanotherapy and physiotherapy. Practical testing of the offered by the author program of physical rehabilitation that is an addition to the traditional treatment for the ill with gonarthrosis on the second roentgenologic stage turned out to be effective. The proof of its effectiveness is comparative results of dynamics of changes of main objective and subjective indicators of condition of locomotive apparatus in the process of treatment of the ill of control and main groups.

Key words: gonarthrosis, physical rehabilitation, pain, strain, visual analogue scale.

УДК 615.8-053.4:616.233-002:616-073

**Юлія Арєшина,
Юрій Лянной**

Оцінка ефективності комплексної програми фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з рецидивним бронхітом на лікарняному етапі на основі даних спірометрії

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка (м. Суми)

Постановка наукової проблеми та її значення. Захворювання органів дихання залишаються одними з найбільш розповсюджених в Україні. За даними епідеміологічних досліджень, із 1998 до 2008 р. кількість пульмологічних захворювань у дітей збільшилась у 3,6 рази. Зростання їх розповсюдженості відбулося переважно за рахунок гострих та рецидивних форм патології дихальних шляхів. Серед цієї групи захворювань одне з чільних місць належить бронхітам. Вони входять до групи найчастіших причин, через які звертаються до педіатрів. За даними різних авторів, частота захворюваності на бронхіти складає від 15 до 50 % серед дитячого населення [1; 3].

В останні роки значно зросла зацікавленість дитячих пульмонологів такою формою бронхіту, як рецидивний бронхіт (РБ). Згідно із сучасним уявленням, РБ є мультифакторним захворюванням, що протікає фазово й характеризується рецидивуючим запаленням слизової оболонки бронхів та наявністю в періоді ремісії порушень імунної й ендокринної систем. РБ трапляється найчастіше в дітей від чотирьох до семи років [1; 9].

© Арєшина Ю, Лянной Ю., 2012