

**Abstract.** It is set, that near the boxers of high class under act of vestibular irritations, the exposed tendency of increase of spectral power is a delta -, teta -, alpha-, beta-1 of -,beta-2 rhythms, at the closed eyes, and at the opened eyes the power was increased only alpha-rhythm, as near shift to the left, so in a right hemisphere. It is certain decline of high-frequency beta2- rhythm in the left hemisphere of brain, after the vestibular irritations, near in comparison with such near to the right hemisphere.

**Key words:** vestibular irritations, EEG-rhythms, boxers, spectral power.

## АРТРОЗ КОЛІННОГО СУГЛОБУ – ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ – ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

МОСАБ С.Х. АМУДІ

*Харківська державна академія фізичної культури*

**Постановка проблеми.** На даний час у фізичній реабілітації хворих з артрозом колінного суглобу не існує диференційного підходу до хворих з різними стадіями процесу. Крім того, кожне оперативне втручання, маючи свою мету й завдання, повинно бути продовжено комплексною фізичною реабілітацією. У зв'язку з вищевказаним, назріла необхідність у розробці системи фізичної реабілітації, що буде побудована з урахуванням стадії процесу, характеру лікування, віку й стану хворого.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** В літературі, присвяченій артрологічній патології, описуються різні причини та рекомендуються різноманітні концепції щодо генезису (виникнення та розвитку) артрозу колінного суглобу (гонартрозу). Використовуються різні його тлумачення, деколи суперечливі та й застарілі. На різних етапах розвитку науки, в залежності від пануючих у цей час концепцій, суть гонартрозу розглядалася по-різному. Спробуємо з'ясувати основний шлях еволюції уявлень про гонартроз, з їх причинними умовами за матеріалами досліджень останніх років. Так, гонартроз розглядається:

1. Як самостійне захворювання (*gonarthrits deformans sut generis, idiopathica*) з закріпленою постійною клінічною сукупністю симптомів. Основним причинним критерієм гонартрозу є «деформуючий», а точніше «деформований» [1]. Хоча з роками уявлення про «деформований артроз» суттєво змінилося, але термін залишився та використовується і сьогодні;

2. Як дегенеративно-дистрофічне захворювання, що відповідає морфологічній причинності – „морфос”. Прикладом цьому може бути концепція про „дегенеративно-дистрофічні процеси”, до яких зараховують деформуючий гонартроз, асептичний гонартроз та кістоподібну перебудову кістки [2]. До цієї ж групи пізніше віднесли також остеохондропатії. Така концепція існує і сьогодні;

3. Як нозологічна форма. Така нозологічне орієнтована концепція – «нозос», передбачає виділення нозологічної форми «остеоартроз колінного суглобу», на основі клінічних даних у кластері «остеоартрит – остеоартроз». Такі судження і сьогодні широко розповсюджені.

Але ці концепції причинності гонартрозу залишаються емпіричними [3]



В останніх дослідженнях Інституту патології хребта та суглобів АМН України виділені три види гонартрозів за причинами їх виникнення:

травматичний (ТА), диспластичний (ДА) і патичний (ПА).

У випадку ТА ситуація обумовлена особливостями травматичного ушкодження колінного суглобу та результатами його лікування. З ліквідацією ушкоджень можлива повна чи часткова реституція.

В ситуації ДА причинні умови гонартрозу обумовлені особливостями диспластичної патології, як постійно діючого першопричинного фактору. У більшості випадків диспластичної патології, як полігенного захворювання, різні аномалії будови інтегруються в різних комбінаціях, що знаходить своє відображення в формуванні складної семіотики окремих синдромів [4]. ДА зумовлений самим розвитком спадково схильних захворювань суглобів (ССЗС) 6,4, та безпосередньо пов'язаний з генезисом. ССЗС. Але ДА має свої суттєві особливості та потребує своєї особливої діагностичної та лікувальної тактики та подальшої фізичної реабілітації. В умовах спадково схильної патології суглобів є можливість профілактики диспластичного гонартрозу [4;5].

В умовах ПА гонартроз обумовлений, особливостями та перебігом основного системного захворювання організму.

На етапах розвитку захворювання виникають нові, причинно-пов'язані вторинні, додаткові фактори, якими є: порушення рівноваги навантаження колінного суглобу, дія розруйнованих тканин суглобу (джерела альтерації, деструкції), реактивні зміни, що протікають автоматично та стереотипно у формі патологічної репараційної регенерації та інші. Вторинні фактори при зтяжному перебігу захворювання можуть стати постійно діючими.

Проміжний висновок: гонартроз – клінічне відображення стадійного неспецифічного реактивного процесу, як наслідок дисбалансу механічних та біологічних факторів, з порушенням процесів регенерації. За етіологією виділяють три групи гонартрозів: травматичний, диспластичний та патичний. Захворювання поліетіологічне та мультифакторіальне.

Існує безліч варіантів клініко-рентгенологічних класифікацій стадій цього процесу. Найбільш відомі класифікації Н.С. Косинської, Е.Т.Скляренко, Келгрена-Лоуренса, Ахльбека й багато інших [6]. У країнах СНД й в Україні найчастіше використовується 3-х стадійна класифікація Н.С. Косинської.

Лікування гонартрозу – це тривалий процес. Пацієнти лікуються у стаціонарі двічі на рік, що в сполученні з обмеженням навантаження й дотриманням ортопедичного режиму, призводить до вповільнення прогресування патологічного процесу, запобігає розвитку контрактур і поліпшує функцію суглобу. Дуже важливо визначити ту грань, коли консервативне лікування неефективно. У цьому випадку допомогти хворому може оперативне втручання. Кожна стадія гонартрозу характерна своєю клініко-рентгенологічною картиною, що визначає, як обсяг оперативного лікування, так і тактики наступної фізичної реабілітації.

Аналіз наукової літератури з медичної та фізичної реабілітації хворих з артрозом колінного суглобу показав, що питання реабілітації хворих після хірургічного лікування різноманітних форм гонартрозу в них не висвітлені. Єдина методика післяопераційної реабілітації хворих надана у керівництві для лікарів «Медицинская реабилитация» [8], але тільки після ендопротезування кульшового суглобу.



**Мета дослідження.** Визначити найчастіші оперативні втручання, виконуються при артозі колінного суглобу.

Результати концептуального моделювання. Оперативні втручання, виконуються при артрозі колінного суглобу, були умовно розподілені на 2 групи (для можливості диференційного впровадження фізичної реабілітації).

Перша – внутрісуглобові втручання. До них належать:

1. Артротомія, дебридмент, хейлотомія (ревізія суглобу з видаленням зруйнованих ділянок тканин суглобу).
2. Артротомія, видалення вільних хондроматозних тіл.
3. Артротомія, видалення або резекція зруйнованих менісків, обробка зруйнованих ділянок суглобового хряща, спонгіалізація (свердління тунелів у склерозованих ділянках кістки).
4. Трансплантація суглобового хряща.
5. Ендопротезування.

Друга – позасуглобові втручання. До них були віднесені різні варіанти остеотомій стегнової й великогомілкової кісток (з резекцією або остеотомією малогомілкової кістки).

З огляду на розмаїтість течії післяопераційного процесу в цих групах хворих, фізична реабілітація також повинна бути адаптована для кожної групи втручань.

Перша група: втручання 1, 2. Ці втручання на сьогодні виконуються за допомогою малоінвазивної технології – артроскопії, або за допомогою артрологічної технології з нанесенням незначної оперативної травми тканинам колінного суглобу. Опорні ланки суглобової тканини не травмуються.

**Висновок.** Медична та фізична реабілітації хворих, які перенесли такі втручання має бути комбінованою, активною, з ранньою функцією суглобу та навантаженням нижньої кінцівки. Умовно до цих втручань може бути віднесено втручання 3. Однак залежності від операційної травми та обсягу втручання, які визначає хірург, характеру реабілітації може бути змінений (див. далі).

Перша група: втручання 3, 4, 5. Ці втручання (в більшій частині) надають тканинам суглобу велику чи зовсім велику травму. Втручання має вплив на тканини опорної частини суглобу та структури, що відповідають за функцію суглобу. Травмуються частково деякі судини та нерви.

**Висновок.** Медична та фізична реабілітації хворих, які перенесли такі втручання має бути комбінованою, з поступовим збільшенням навантаження, з функцією суглобу після певного часу іммобілізації суглобу та поступовим навантаженням на нижню кінцівку після періоду відсутності навантаження. Велике значення мають заходи реабілітації щодо відновлення функції всіх систем організму хворого, які мають порушення балансу в зв'язку з оперативною травмою.

Друга група. Ці втручання надають тканинам суглобу велику травму. Втручання має вплив на тканини опорної частини суглобу та частково на тканини, що відповідають за функцію суглобу.

**Висновок.** Медична та фізична реабілітації хворих, які перенесли такі втручання, має бути комбінованою, з поступовим збільшенням навантаження, з ранньою функцією суглобу та поступовим навантаженням на вісь нижньої кінцівки. Значення мають заходи реабілітації щодо відновлення функції всіх систем організму хворого.



**Заключний висновок:**

1. Гонартроз – тяжке захворювання колінного суглобу, яке має клінічне відображення стадійного неспецифічного реактивного процесу, як наслідку дисбалансу механічних та біологічних факторів, з порушенням процесів регенерації.
2. Оперативне лікування гонартрозу – один з найсучасніших методів лікування.
3. Впровадження адекватної системи фізичної реабілітації хворих на гонартроз з урахуванням стадії процесу, характеру оперативного лікування, віку й стану хворого дозволить значно покращити результати лікування та якість життя хворих.

**Література**

1. Петленко В.П., Струков А.И., Хмельницький О.К. Детерминизм и теория причинности в патологии. – М.: Медицина, 1978.-260 с.
2. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов: под ред./И.В.Шумады. – Киев: Здоровье, 1990.-197 с
3. Сіменач Б. Спадково схильні захворювання суглобів: теоретико-методологічне обґрунтування (на моделі колінного суглоба) . – Харків: Основа.-1998.-200С.
4. Спадково схильні захворювання суглобів: побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба). Під. ред. Б.Сіменача.– Харків, 1999.- 393 с.
5. Пустовойт Б.А. Хирургическая профилактика артроза при дисплазии коленного сустава/Юртоп.,травм.,протез.-1996.-№1.-С.44-51
6. Рейнберг С.А. Руководство по рентгенодиагностике костей и суставов. -М. Медицина, 1964, 530 с.
7. Корж А.А., Черных В.П., Филипченко В.А. и др. Диагностика и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата. – Харьков: Основа, 1997.-85 с.
8. «Медицинская реабилитация». Руководство для врачей. Под редакцией В.А.Епифанова. М. 2005. – 184-187 с.

---

**АРТРОЗ КОЛІННОГО СУГЛОБУ – ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ -  
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ****МОСАБ С.Х. АМУДІ***Харківська державна академія фізичної культури*

**Анотація.** Стаття присвячена розробці нової концепції про артроз колінного суглобу, хірургічного лікування та післяопераційної реабілітації. Визначені дві групи втручань та декілька підгруп. За об'ємом та оперативною травмою втручання розподілені на три категорії, які потребують різних підходів за час проведення реабілітації пацієнтів.

**Ключові слова:** колінний суглоб, артроз, хірургічне лікування, післяопераційна реабілітація



---

## АРТРОЗ КОЛЕННОГО СУСТАВА – ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

МОСАБ С.Х. АМУДИ

*Харьковская государственная академия физической культуры*

**Аннотация.** Статья посвящена разработке новой концепции артроза коленного сустава, хирургического лечения и послеоперационной реабилитации. Определены две группы вмешательств и несколько подгрупп. По объему и оперативной травме вмешательства распределены на три категории, которые нуждаются в разных подходах за период проведения реабилитации пациентов.

**Ключевые слова:** коленный сустав, артроз, хирургическое лечение, послеоперационная реабилитация

---

## ARTHRITIS OF THE KNEE JOINT – SURGICAL TREATMENT AND POSTOPERATIVE REHABILITATION

MOSAB S.H. AMUDI

*Kharkiv State Academy of Physical Culture*

**Abstract.** Clause is devoted to development of the new concept about arthritis of the knee joint, surgical treatment and postoperative rehabilitation. Two groups of interventions and some subgroups are certain. Behind volume and an operative trauma of intervention distributed on three categories which require different approaches for the period of carrying out of rehabilitation of patients.

**Key words:** the knee joint, arthritis, surgical treatment, postoperative rehabilitation.

---

## ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Анжела НОГАС, Ігор ГРИГУС, Оксана КЛИМЮК

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет  
імені академіка Степана Дем'ячука*

**Постановка проблеми.** Вагомі успіхи в боротьбі з туберкульозом, що мали місце в 60-80 роках ХХ століття, послабили увагу до цієї недуги. За останні 5-10 років спостерігається зростання захворюваності в Україні

Туберкульоз як хвороба – це процес, який перебігає в організмі людини під впливом збудника – мікобактерії туберкульозу. Туберкульоз уражає всі вікові групи, майже всі органи і системи організму. Початок переважно поступовий і маловираженими симптомами.

Згідно з даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно туберкульоз в світі захворюють 10-15 млн. осіб, а всього у світі