

кореляції були достатньо високими: $r = 0,744$ для стрибка у довжину; $r = 0,738$ для стрибка на висоту.

Показники, які характеризують функціональний стан системи зовнішнього дихання спортсменів експериментальної групи, з високими значеннями коефіцієнтів кореляції включені до структури фактора VI (проба Генчі, $r = 0,757$), фактора IX (частота дихання, $r = 0,737$; проба Штанге, $r = 0,736$).

ВИСНОВКИ

На основі аналізу факторної структури рівня морфофункціональної, швидкісно-силової та спеціальної (змагальної) підготовленості спортсменів можна стверджувати що швидкісно-силова підготовленість виступає важливим чинником на етапі попередньої базової підготовки пауерліфтерів. Це підтверджується високими значеннями коефіцієнтів кореляції між стрибком у довжину з місця, стрибком на висоту і фактором V для пауерліфтерів експериментальної групи ($r = 0,744$; $r = 0,738$), а також стрибком на висоту і фактором II для пауерліфтерів контрольної групи ($r = -0,830$).

ПОДАЛЬШІ ДОСЛІДЖЕННЯ будуть спрямовані у напрямку вивчення особливостей взаємозв'язків між показниками, які відображають морфологічну придатність спортсменів, стан серцево-судинної дихальної систем, розвиток швидкісно-силових якостей та спортивним результатом у пауерліфтингу на етапі попередньої базової підготовки

ЛІТЕРАТУРА

1. Архангородський З.С., Ашанін В.С., Пилипко В.Ф. Порівняльний аналіз швидкісно-силових якостей важкоатлетів та пауерліфтерів // Фізична культура, спорт, здоров'я: 36. наукових робіт. - Харків: 1997. - С. 158-160.
2. Асаулюк О. Швидкісно-силова підготовка семиборок 1214 років на етапі спеціалізованої базової підготовки: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.01 „Олімпійський і професійний спорт” / І.О. Асаулюк - Львів, 2001. - 19 с.
3. Бельский И.В. Совершенствование специальной силовой подготовки высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в пауэрлифтинге // Проблемы спорта высших достижений и подготовки спортивного резерва: Материалы междунар. науч.-практ. конф. - Минск, 1998. С. 207-209.
4. Гаркуша С.В. Біомеханічна корекція швидкісно-силової підготовленості волейболістів високої кваліфікації у передзмагальний період: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.01 „Олімпійський і професійний спорт” / С.В. Гаркуша. - Харків, 2005. - 24 с. 2003.
5. Дідик Т.М. Побудова тренувального процесу в пауерліфтингу (силовому триборстві) у підготовчому періоді: Автореф. дис. ... канд. наук з фізичного виховання і спорту. 24.00.01 - Олімпійський і професійний спорт. - Львів, - 19 с.
6. Капко І.О. Критерії відбору спортсменів високої кваліфікації, які спеціалізуються у пауерліфтингу, на етапах максимальної реалізації індивідуальних можливостей та збереження досягнень: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: 24.00.01 „Олімпійський і професійний спорт” / І.О. Капко. - Київ, 2004. - 18 с.
7. Курьсь В.Н. Основы силовой подготовки юношей. - М.: Советский спорт, 2004. - 264 с.
8. Лысаковский И.Т., Аксельрод А.Е., Павлов Г.К. Оценка состояния нервно-мышечного аппарата и ее использование при управлении процессом скоростно-силовой подготовки спортсменов // Теория и практика физической культуры - 2005. - № 10. - С. 25-42.
9. Михайлюк М.П. Скоростно-силовая подготовка квалифицированных тяжелоатлетов // Тяжелая атлетика. Ежегодник. - М.: Физкультура и спорт, 1977. - С. 46-48.
10. Стеценко А. Особливості побудови тренувального процесу на етапі передзмагальної підготовки з пауерліфтингу // Фізичне виховання в школі. - 1999. - № 2. - С. 43 - 46.
11. Стеценко А.І. Побудова тренувального процесу в пауерліфтингу на етапі безпосередньої підготовки до змагань: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. наук з фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.01 „Олімпійський і професійний спорт” / А.І. Стеценко. - Київ, 2000. - 19 с.

Котелевський В.І.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ ХРЕБТА У ПРЕВЕНТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В аспекті реабілітаційної проблеми передбачається розглянути особливості існуючих систематизацій морфофункціональних станів хребта в нормі, при функціональній патології та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта, проаналізувати основні переваги та недоліки, доцільність подальшої розробки систематизації станів хребта для оптимізації реабілітаційного процесу. Проведено аналіз більше 60 літературних джерел. Розроблено систематизацію морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів здоров'я хребта та вираженості рефлексорних проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань, яку було успішно використано у превентивній фізичній реабілітації. Доведено необхідність впровадження в практику реабілітаційного процесу систематизації морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів відносно здорового стану хребта.

Ключові слова: фізична реабілітація, вертебральний остеохондроз, патологія хребта, систематизація морфофункціональних станів хребта.

В.И. Котелевский. Систематизация морфофункциональных состояний позвоночника в превентивной физической реабилитации. В аспекте реабилитационной проблемы предполагается рассмотреть особенности существующих систематизаций морфофункциональных состояний позвоночника в норме, при функциональной патологии и дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника, проанализировать их основные преимущества и недостатки, целесообразность дальнейшей разработки систематизации состояний позвоночника для оптимизации

реабилітаційного процесу. Проведен аналіз більше 60 літературних джерел. Розроблена систематизація морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів здоров'я позвоночника та вираженості рефлексорних проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань, успішно використовувалася в превентивній фізичній реабілітації. Доказана необхідність впровадження в практику реабілітаційного процесу систематизації морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів відносно здорового стану позвоночника.

Ключові слова: фізична реабілітація, вертебральний остеохондроз, патологія позвоночника, систематизація морфофункціональних станів позвоночника

V. I. Kotelevskiy. Systematization of morfofunctional states of a spine in preventive physical rehabilitation. The article presents the author's systematization of a spine in preventive physical rehabilitation. **Statement of the problem.** Prevention of vertebral pathology, comprehensive diagnostics and timely skilled care in the neurological manifestations of vertebral osteochondrosis is one of the most actual problems of modern rehabilitation science. According to World Health Organization statistics from 40 to 80% of all people periodically experience pain syndromes of vertebrogenic nature [4; 5; 11-13; 15]. **Purpose:** In aspect of a rehabilitation problem it is normal to consider features of the existing systematization of morfofunctional states of spine, at functional pathology and degenerate and dystrophic diseases of a spine, to analyze their main advantages and shortcomings, expediency of further development of systematization of states of spine to optimization of rehabilitation process. **Methods:** analysis of scientific-methodical literature, analysis of practical application author's systematization during complex preventive physical rehabilitation. **Materials:** The analysis more than 60 references is carried out. The research was conducted on the basis Laboratory of improvingly-rehabilitation technologies of department of health and physical rehabilitation of Institute of physical culture of the Sumy state pedagogical university. Application author's systematization of a spine during complex preventive physical rehabilitation 160 students 19-21 years has a positive effect. **Results:** Systematization of morfofunctional states of spine taking into account levels of health of spine and expressiveness of reflex displays of degenerate and dystrophic diseases which was successfully used in preventive physical rehabilitation is developed. **Conclusions:** Need of introduction in practice of rehabilitation process of systematization of morfofunctional states of spine taking into account levels of rather healthy state of spine is proved.

Key words: physical rehabilitation, vertebral osteochondrosis, spine pathology, systematization of morfofunctional states of spine.

Вступ. Профілактика вертебральної патології, своєчасна комплексна діагностика та кваліфікована допомога при неврологічних проявах вертебрального остеохондрозу є однією з найбільш актуальних проблем сучасної реабілітаційної науки. Адже, за даними статистики ВООЗ, від 40 до 80% всіх жителів планети періодично відчувають больові синдроми вертеброгенного характеру [4; 5; 11-13; 15]. В розвинутих країнах ці синдроми за кількісними показниками сягнули розмірів неінфекційної епідемії. Безумовно, сучасна наука досягла значних успіхів у діагностиці та реабілітації цієї патології [1; 6; 14; 16; 18; 21; 23]. Але, незважаючи на численні дослідження, присвячені цим проблемам, і дотепер залишаються дискусійними питання термінології, класифікації цих захворювань, не розроблена систематизація рівнів здоров'я хребта для проведення ефективних превентивних заходів у справі профілактики цієї патології [4; 6; 10]. Саме розробці й аналізу систематизації морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів здоров'я хребта і присвячено нашу статтю. Робота було виконано відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011-2015 рр.» за темою 4.6.3.1. «Теоретико-методичні засади фізичного виховання і спорту для всіх у формуванні здорового способу життя», а також за темою 3.5.2. «Програмування та методики фізичної реабілітації осіб різних нозологічних та вікових груп».

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета роботи – проаналізувати систематизацію морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівнів здоров'я хребта та доцільність її застосування у процесі реабілітації.

Завдання роботи:

- 1) розглянути особливості існуючих класифікацій та систематизацій морфофункціональних станів хребта в нормі, при функціональній патології та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта;
- 2) представити розроблену систематизацію морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівня здоров'я хребта та вираженості рефлексорних проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань;
- 3) проаналізувати значущість впровадження даної систематизації для донозологічної діагностики функціонального стану хребта реабілітантів та проведення реабілітаційного процесу.

Організація та матеріали дослідження. На першому етапі дослідження проводився аналіз більш ніж 60 літературних джерел за темою дослідження, систематизація проблем фізичної реабілітації молоді за основними напрямками їх вирішення. На другому етапі дослідження проведено систематизацію морфофункціональних станів хребта з урахуванням рівня здоров'я хребта, проаналізовано доцільність її використання в реабілітаційному процесі при функціональній та дегенеративно-дистрофічній патології хребта як із лікувальною, так і з профілактичною метою. У дослідженні використовувалася теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури з проблемами дослідження, аналіз доцільності і ефективності впровадження власної систематизації в реабілітаційний процес.

Результати дослідження. Визначення дегенеративно-деструктивних змін у хребті має багату історію і навіть зараз триває процес вдосконалення наявних і пошуку нових підходів, з'являються термінологічні знахідки, які позначають цей патологічний процес, розробка нових систематизацій та класифікацій цих процесів. Систематизації морфофункціональних станів хребта, описані в літературі, як правило, побудовані за певними принципами. Умовно їх можна поділити на систематизації, де переважно превалює морфологічний поділ, клінічні форми вертебральної патології або особливості проведення реабілітації.

На початку вивчення вертебральної патології переважали механістичні уявлення про її виникнення, що відображувалося і у класифікаціях дегенеративно-дистрофічних ушкоджень хребта того часу. Так, за морфологічними даними,

існувала класифікація Шморля (1932), яка виділяла хрящові вузли тіл хребців і дисків, остеохондроз, спондилоз і спондилоартроз [5]. Інші автори (А.Д. Динабург, А.Е. Рубашева) розрізняли тільки три окремі процеси: хрящові вузли, остеохондроз і спондилоз [6]. На практиці найбільш поширеною вважається класифікація, що ґрунтується на клініко-рентгенологічних даних і містить три нозологічні одиниці: спондилоз, спондилоартроз і остеохондроз [4; 6; 14]. Чіткістю, простотою, лаконічністю відрізняється класифікація остеохондрозів за Фіщенком, і, хоча в ній не проводиться чіткої межі між функціональною патологією і початковими проявами остеохондрозу, вона виділяє три стадії дегенеративно-дистрофічного процесу і є дуже зручною в практичному використанні в клініці нервових хвороб [12]. Не втратила актуальності й клініко-рентгенологічна класифікація артрозів і остеохондрозів (Н. С. Косинська, 1961; Л. І. Шулутко, 1970) [7], згідно з якою за ступенем тяжкості вертебральний остеохондроз поділяється на чотири стадії (табл. 1).

Таблиця 1

Клініко-рентгенологічна класифікація стадій дегенеративних остеоартрозів

1 стадія (недостатність суглоба)	Субхондральний склероз, поява крайових розростань, висота «рентгенівської щілини» не змінена. Незначний хрускіт при рухах у суглобі, можливе невелике обмеження рухів, стомлюваність упродовж робочого дня
2 стадія (компенсаторно-приспосувальна)	Виразені крайові розростання, знижена висота «рентгенівської щілини» суглоба, виразний склероз субхондральних пластин. Грубий хрускіт при рухах у суглобі, гіпотрофія м'язів, значне обмеження функції, симптом «розминки» вранці, рецидивні синовіти
3 стадія (нестійка компенсація)	Деформація суглоба, осифікація капсули суглоба, різке сплюснення суглобних поверхонь костей, внутрішньосуглобові тіла. Виражена гіпотрофія м'язів, стійкі синовіти, постійний больовий синдром, контрактура суглоба, пересування з паличкою або милицями
4 стадія (декомпенсація)	Міцна контрактура суглоба зі значним порушенням функції, утруднення в самообслуговуванні, пересуванні, непрацездатність

Треба визнати, що в літературі існують дуже багато інших класифікацій дегенеративно-дистрофічних процесів, у яких детально відображується морфологічний стан хребта. Найбільш відомими вважаються класифікації О.Г. Когана зі співавт. (1983), Г.С. Юмашева, М.Є. Фурмана (1984) [4; 14]. Сучасні погляди вертебологів на деякі аспекти патології хребта містить класифікація Г.І. Назаренка, А.М. Черкашова (2000) [9]. Найбільш повною морфологічною класифікацією можна вважати розроблену спеціально створеною групою вчених на замовлення Північноамериканського суспільства дослідників хребта, Американського суспільства хребтної радіології й Американського суспільства нейрорадіології, де враховуються різноманітні патологічні зміни міжхребетного диска [25]. Загальноприйнятою на території України і Росії є класифікація МКХ-10. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) прийнята як єдиний нормативний документ для обліку захворюваності, причин звернень населення до медичних установ усіх відомств, причин смерті [10; 11]. Хоча класифікація є найбільш повним переліком усіх можливих патологій хребта, вона не позбавлена певних недоліків. Так, у класифікації практично не відображено функціональні розлади хребта; форми, репрезентовані в даній класифікації, не завжди містять корисну інформацію для визначення технологій реабілітаційного лікування. Остеохондроз за даною класифікацією входить у групу деформуючих дорсопатій разом із кіфозами, лордозами, сколіозами та іншими деформуючими дорсопатіями. Крім того, група остеохондрозів (M42) за цією класифікацією поділяється на групу різновидів віковими параметрами або за локалізацією (M42.0 – юнацький остеохондроз хребта, M42.1 – остеохондроз хребта у дорослих, M42.9 – остеохондроз хребта не уточнений).

Інша група класифікацій характеризує вертебральну патологію більшою мірою за клінічним принципом. Найбільш відомими є декілька класифікацій неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Так, Ю.П. Лиманський, Є.Л. Мачерет та співавтори [1] усі неврологічні прояви остеохондрозу хребта поділяють на дві основні групи синдромів: вертебральні та екстравертебральні. Більш детально є класифікація вертеброгенних ушкоджень нервової системи І.П. Антонова [4] (табл. 2). Під час визначення діагнозу стосовно неврологічних ушкоджень у разі остеохондрозу хребта, крім етіології та локалізації процесу, в цій класифікації також указують характер перебігу (гострий, підгострий або хронічний), а в разі хронічного – прогресивний перебіг процесу, стабільний (затяжний), рецидивуючий (часто, рідко), регресивний; стадію (здебільшого у випадку рецидивуючого перебігу): загострення, регрес, ремісія (повна, неповна); характер і ступінь порушення функцій (як правило, у разі компресійно-ішемічного генезису): вираженість больового синдрому, локалізацію і ступінь рухових порушень, вираженість порушень чутливості, вегетативно-судинних або трофічних розладів, частоту і тяжкість пароксизмів, нападів. Наведена класифікація має певні недоліки, оскільки головними в ній є симптоматичні неврологічні ознаки, а не нозологічні. Проте саме неврологічні ознаки визначають ступінь важкості перебігу процесу, характер втягування у процес нервово-судинних утворень при остеохондрозі хребта, що і визначає тактику лікування під час цього дегенеративно-дистрофічного захворювання.

Таблиця 2

Класифікація вертеброгенних ушкоджень нервової системи

Рівень патології	Рефлекторні синдроми	Корінцеві синдроми
1. Шийний рівень	1.1.1. Цервікалгія. 1.1.2. Цервікокраніалгія (задній шийний симпатичний синдром). 1.1.3. Цервікобрахіалгія з м'язово-тонічними, або вегетативно-судинними, або нейродистрофічними проявами	1.2.1. Дискогенні (вертеброгенні) ушкодження («радикуліт») корінців. 1.2.2. Корінцево-судинні синдроми (радикулоішемія)
2. Грудний рівень	2.1.1. Торакалгія з м'язово-тонічними, або вегетативно-вісцеральними, або нейродистрофічними проявами	2.2.1. Дискогенні (вертеброгенні) ушкодження («радикуліт») корінців
3. Попереково-крижовий рівень	3.1.1. Люмбаго (простріл). 3.1.2. Люмбалгія. 3.1.3. Люмбоішіалгія з м'язово-тонічними, або вегетативно-судинними, або нейродистрофічними проявами	3.2.1. Дискогенні (вертеброгенні) ураження («радикуліт») корінців, у тому числі синдром «кінського хвоста». 3.2.2. Корінцево-судинні синдроми (радикулоішемія)

Досить новим поглядом на класифікаційний процес відрізняється систематизація хворих на вертебральний остеохондроз за В.Н. Григор'євою (1999) [3]. Вона відображує доцільність вираховування психоемоційного компоненту в реабілітації вертебральної патології, яка підтверджена науковими дослідженнями [20; 23; 24]. На відміну від інших класифікацій, такий поділ враховує не тільки стадію захворювання та характер вертеброневрологічних синдромів, а й виразність психічної дезадаптації хворих. В.Н. Григор'єва виділила клініко-реабілітаційні групи (КРГ) хворих із вертеброневрологічною патологією (табл. 3). Ця систематизація теж має певні недоліки: застосовується досить умовний нечіткий кордон між різними формами емоційної дезадаптації.

Таблиця 3

Систематизація хворих на вертебральний остеохондроз (за В.Н. Григор'євою)

Клінічно-реабілітаційна група	Клінічні особливості реабілітаційних груп	Клінічні синдроми вертебрального остеохондрозу та ступінь емоційної дезадаптації
I КРГ	Хворі з гострими болями на стадії прогресування та стабілізації загострення (у середньому до одного тижня від початку захворювання), при помірній або різкій вираженості функціональних порушень	<i>Підгрупа 1А</i> – хворі з рефлекторними синдромами, <i>підгрупа 1Б</i> – хворі з корінцевими синдромами
II КРГ	Хворі з підгострими болями на стадії регресування загострення (у середньому від 1 до 6 тижнів після початку захворювання), при помірній або різкій вираженості функціональних порушень	<i>Підгрупа IIА</i> – хворі з рефлекторними синдромами: 1) з незначною емоційною дезадаптацією; 2) зі значною емоційною дезадаптацією. <i>Підгрупа IIБ</i> – хворі з корінцевими синдромами: а) з незначною емоційною дезадаптацією; б) зі значною емоційною дезадаптацією
III КРГ	Хворі із хронічними та хронічно-рецидивуючими болями на стадії неповної ремісії	<i>Підгрупа IIIА</i> – хворі з рефлекторними синдромами: 1) з незначною емоційною дезадаптацією; 2) зі значною емоційною дезадаптацією. <i>Підгрупа IIIБ</i> – хворі з корінцевими синдромами: а) з незначною емоційною дезадаптацією; б) зі значною емоційною дезадаптацією
IV КРГ	Хворі із судинними корінцево-спинальними синдромами	<i>Підгрупа IVА</i> – хворі в гострій стадії при відмові від оперативного лікування, незалежно від ступеня вираженості неврологічного дефіциту. <i>Підгрупа IVБ</i> – хворі на стадії регресування (через 4–8 тижнів після спинального інфаркту, незалежно від ступеня виразності неврологічного дефіциту) і на стадії залишкових проявів захворювання (через 6–12 місяців після розвитку хвороби, при помірній або різкій вираженості функціональних порушень): 1) з незначною емоційною дезадаптацією; 2) зі значною емоційною дезадаптацією

У вертеброневрології останнім часом заслугою популярності користується класифікація синдромів клінічних проявів вертеброгенних захворювань нервової системи [13], запропонована С.В. Ходаревим. Вона дозволяє провести чітку диференціальну діагностику, встановити точний діагноз та призначити адекватну реабілітацію та лікування за патогенетичними принципами, але для повсякденної роботи реабілітолога досить громіздка.

Треба визнати, що у вертебрології відсутні класифікації, які враховували б специфічні або неспецифічні прояви адаптаційного синдрому, стадії стресового стану пацієнтів, недостатньо висвітлено питання критеріїв здоров'я і перехідних станів здоров'я хребта. Проте вивчення етіопатогенезу вертебрального остеохондрозу свідчить про необхідність встановлення реабілітаційного діагнозу, в якому будуть фігурувати дані про особливості адаптаційних процесів, відомості про функціональні можливості здорового хребта [10; 17–19]. На нашу думку, це дозволить лікарю-реабітологу чітко уявляти особливості стресового чинника, механізми та фази адаптаційних і дезадаптаційних процесів, надати більш повноцінну профілактичну або лікувальну реабілітаційну допомогу хворому із функціональними порушеннями хребта або неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу. Нам здається, що класифікація або систематизація має відображати не тільки стадії патогенетичного процесу і наведені вище основні патогенетичні аспекти функціональної патології та дегенеративно-деструктивних ушкоджень хребта, а й критерії здоров'я хребта. Це дасть змогу визначити, на які методи корекції опорно-рухового апарату слід звертати більше уваги в процесі фізичної реабілітації хворих на функціональну патологію та дегенеративно-деструктивні ушкодження хребта.

Нами було розроблена систематизація морфофункціональних станів хребта, у якій ми намагалися надати характеристику не тільки патологічних станів хребта, включаючи функціональну патологію і дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, але і певним чином охарактеризувати рівні здоров'я хребта. Ця систематизація, хоча і має певні відмінності, подібна до загальноприйнятих класифікацій вертебральної патології у вертебрології, і представляє весь комплекс функціональних станів хребта і стадій розвитку вертебрального дегенеративно-дистрофічного процесу в шести основних формах.

1. Стан оптимальної адаптації до вертебральної патології відповідає стану оптимальної стійкості до дій патогенних факторів, коли має місце хороша фізична, психічна та соціальна адаптованість.

2. Стан зниженої адаптації до вертебральної патології відповідає стану передхвороби, коли можливий розвиток патологічного процесу без зміни сили дії патогенного фактору внаслідок зниження резистентності.

3. Остеохондроз хребта першої стадії відповідає стану, який характеризується наявністю патологічного процесу без специфічних симптомів хвороби.

4. Остеохондроз хребта другої стадії.
5. Остеохондроз хребта третьої стадії.
6. Остеохондроз хребта четвертої стадії.

Також ми виділили реабілітаційні групи пацієнтів, які підлягають впливу заходів реабілітації для профілактики або лікування вертеброневрологічної патології. Реабілітаційні групи найчастіше корелювали з певними морфофункціональними формами здоров'я хребта та характеристиками спрямованості реабілітаційного процесу. Відповідно ми виділили шість реабілітаційних груп. При цьому реабілітаційні заходи у першій РГ (РГ1) носили переважно загальнооздоровчий характер. У другій реабілітаційній групі (РГ2) поряд з оздоровчими заходами починають використовуватися заходи реабілітаційного характеру, спрямовані на лікування функціональних порушень. У третій групі (РГ3) переважають заходи лікувально-реабілітаційного характеру із застосуванням засобів фізичної реабілітації. У четвертій групі (РГ4) разом із засобами фізичної реабілітації призначається медикаментозна терапія. Основний метод відновлювальної реабілітації в п'ятій групі (РГ5) – консервативна терапія із застосуванням медикаментозних препаратів і новокаїнових блокад. Пацієнти шостої реабілітаційної групи (РГ6) мають показання до оперативного лікування. Як правило, існують відповідності між певними морфофункціональними формами хребта та реабілітаційними групами (табл. 4).

Таблиця 4

Відповідності між певними морфофункціональними формами хребта та реабілітаційними групами

Назва та характеристика морфофункціонального стану хребта	Відповідна реабілітаційна група	Напрямок та особливості реабілітаційних заходів
Стан оптимальної адаптації до вертебральної патології	Перша реабілітаційна група (РГ1)	Оздоровчий процес спрямований на покращення функціональних можливостей хребта, рівня здоров'я та показників якості життя
Стан зниженої адаптації до вертебральної патології, стан передхвороби хребта	Друга реабілітаційна група (РГ2)	Оздоровчий процес спрямований перш за все на реабілітацію функціональних порушень, а вже потім – на покращення функціональних можливостей хребта, рівня здоров'я та показників якості життя
Остеохондроз хребта першої стадії	Третя реабілітаційна група (РГ3)	Застосування реабілітаційних заходів як лікувально-реабілітаційного, так і оздоровчого валеологічного напрямку. Перевага надається лікувальному процесу
Остеохондроз другої стадії	Четверта реабілітаційна група (РГ4)	Застосування реабілітаційних заходів лікувального спрямування. У процесі відновлювального лікування вже може застосовуватися медикаментозна терапія разом із засобами фізичної реабілітації, але вона не відіграє визначальної ролі в реабілітаційному процесі
Остеохондроз третьої стадії	П'ята реабілітаційна група (РГ5)	Медикаментозна терапія із застосуванням новокаїнових блокад. Фізреабілітаційні процедури носять допоміжний характер і застосовуються в щадному режимі
	Шоста реабілітаційна група (РГ6)	Основним методом лікування в цій групі є оперативне втручання
Остеохондроз четвертої стадії	П'ята реабілітаційна група (РГ5)	Медикаментозна терапія із застосуванням новокаїнових блокад. Фізреабілітаційні процедури носять допоміжний характер і застосовуються у щадному режимі
	Шоста реабілітаційна група (РГ6)	Основним методом лікування в цій групі є оперативне втручання

Надамо більш детальну характеристику станів морфофункціонального стану хребта відповідно до даної систематизації.

Стан оптимальної адаптації до вертебральної патології (перша реабілітаційна група) – це стан оптимального здоров'я реабілітанта. Оптимальний стан здоров'я хребта реабілітанта характеризується повною відсутністю клінічної симптоматики (больового синдрому і т. ін.), функціональних порушень хребта, дегенеративно-дистрофічних захворювань та іншої вертебральної патології; високими показниками функціональних параметрів хребта (гнучкості, силових вимірів тощо), стабільними позитивними показниками психоемоційного стану та нервової системи обстежуваних.

При м'язових тестуваннях та інших обстеженнях м'язового тону сила м'язів була симетрично виражена з обох сторін, іноді можна було визначити ознаки тимчасового регіонарного постурального дисбалансу м'язів першого ступеня (укорочення або розслаблення окремих м'язів ділянки або поява у них локальних м'юдистонічних-м'юдистрофічних ділянок); періодичні зміни оптимального динамічного рухового стереотипу першого ступеня (рухи супроводжуються включенням надмірної кількості м'язів різних ділянок опорно-рухової системи і можуть відрізнятися деякою неестетичністю).

Треба визнати, що всі ці зміни, як правило, були зумовлені неадекватними фізичними навантаженнями у процесі роботи або тренування, носили тимчасовий характер і зникли при покращенні умов праці або корекції фізичних навантажень. Надаючи характеристику функціональним резервам хребта у представників цієї групи, не можна не вказати на показники гнучкості хребта (функціональні тести Шобера, Отта, згинаюча проба, показники обсягу рухів у різних відділах хребта), силові виміри (ручна та станова динамометрія), які безпосередньо або опосередковано характеризували функцію хребта. У цій групі, як правило, ми спостерігали показники, що наближалися до верхньої межі норми. Основним вектором реабілітаційної діяльності в цій групі буде самовдосконалення, покращення функціональних можливостей хребта, рівня здоров'я та показників якості життя.

Стан зниженої адаптації до вертебральної патології (друга реабілітаційна група) – це стан передхвороби, коли можливий розвиток патологічного процесу без зміни сили дії патогенного фактору внаслідок зниження резистентності.

Друга реабілітаційна група відповідає стану передхвороби хребта. Ще практично у реабілітанта цієї групи не спостерігається больовий синдром, але при обстеженні можна знайти помірне підвищення м'язового тону паравертебральної мускулатури, наявність функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів, які хоча й не призводять до больового синдрому, але можуть спричиняти почуття дискомфорту, трапляються незначні порушення динамічного рухового стереотипу та порушення постави. При більш детальному клінічному обстеженні із застосуванням інструментальних методів дослідження (рентгенографія та ультрасонографія хребта, комп'ютерна томографія, МРТ) вже можна знайти різноманітні аномалії розвитку хребта (аномалія атропізму, перехідний поперековий або крижовий хребець і навіть незрощення дужки крижових хребців (лат. spina bifida)), які на час обстеження не виявляють себе певними клінічними синдромами, а лише стають так званими «locus minoris resistentius», тобто слабкими ділянками в опорно-руховій системі людини, більш піддатливими до патології.

При обстеженні м'язового тону сила м'язів переважно була симетрично виражена з обох сторін, визначались ознаки тимчасового або постійного регіонарного постурального дисбалансу м'язів другого ступеня (помірно виражені укорочення і розслаблення м'язів-антагоністів); періодичні зміни оптимального динамічного рухового стереотипу першого ступеня (помірно виражені своєрідні пози і розташування окремих частин тіла, що супроводжуються перерозподілом навантаження у відповідній ділянці опорно-рухової системи, а також у ділянках, функціонально з нею пов'язаних). Слід зазначити, що всі ці зміни ще не призводили до вираженої клінічної симптоматики, але їх наявність була вказівкою на те, що треба негайно починати реабілітаційний процес з метою профілактики вертебральної патології. Показники функціонального резерву хребта (гнучкість хребта, сила м'язів) у цій групі відповідали середнім значенням норми за даними функціональних тестів Шобера, Отта, згинаючої проби, показників об'єму рухів у різних відділах хребта та силових вимірів (ручна та станова динамометрія). Основним напрямом реабілітаційного процесу в цій групі буде початок оздоровчої діяльності, спрямованої перш за все на реабілітацію функціональних порушень, а вже потім – на покращення функціональних можливостей хребта, рівня здоров'я та показників якості життя.

Остеохондроз хребта першої стадії (що відповідає третій реабілітаційній групі) характеризується наявністю патологічного процесу без специфічних симптомів хвороби. Як правило, у реабілітанта третьої групи зустрічається незначний больовий синдром, найчастіше рефлекторного характеру, або періодичні незначні болі в ділянці хребта в анамнезі, може спостерігатися виражений гіпертонус паравертебральної мускулатури, наявність функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів, що можуть призводити до невираженого больового синдрому, зустрічаються помірні порушення динамічного рухового стереотипу, порушення постави та навіть сколіоз першого ступеня. При обстеженні м'язового тону сила деяких м'язів може бути асиметрично виражена з обох сторін. Відповідно про порушення оптимального динамічного стереотипу свідчать ознаки постійного регіонарного постурального дисбалансу м'язів третього ступеня (виражені укорочення і розслаблення відповідних м'язів зі своєрідним руховим стереотипом, частіше неоптимальним); можуть спостерігатися зміни оптимального динамічного рухового стереотипу як першого-другого, так і третього ступеня (значно виражена своєрідність пози, положення тіла і перерозподіл навантаження при деформації в окремих частинах опорно-рухової системи). При рентгенологічних дослідженнях можуть спостерігатися такі знахідки, як аномалії розвитку, що не призводять до клінічної симптоматики, проте ознаки суттєвих дегенеративно-дистрофічних змін відсутні.

Треба визнати, що вирішальною ознакою або симптомом реабілітанта цієї групи є все ж таки наявність у ділянці спини періодичного больового синдрому незначної інтенсивності (рефлекторного характеру), пов'язаного з фізичним навантаженням: больовий синдром, як правило, має тимчасовий характер, але, за деякими класифікаціями вертебологів, його наявність може дозволяти ставити діагноз вертебрального остеохондрозу, дорсалгій або міофасціального синдрому.

Так, за клінічними ознаками прояви рефлекторних порушень хребта реабілітантів цієї групи нагадують картину першої стадії вертебрального остеохондрозу за класифікацією В. Я. Фіщенка [12], яка клінічно представлена наявністю дискалгій, цервікалгій, торакалгій, анталгічних поз, скутістю та повною відсутністю рентгенологічної симптоматики. Практично ця реабілітаційна група за станом хребта знаходиться в проміжній зоні між нормою і патологією. Показники функціонального резерву хребта (гнучкість хребта, сила м'язів), як правило, знаходяться на нижній межі норми або навіть нижче за нормальні показники гнучкості хребта і сили м'язів за даними стандартних функціональних тестів і силових вимірів. Особливістю реабілітаційної діяльності в цій групі буде застосування реабілітаційних заходів як лікувально-реабілітаційного, так і оздоровчого валеологічного напрямку. Безумовно, обидва ці напрями відіграють важливу роль у реабілітаційному процесі. Проте, на відміну від попередніх груп, переважну роль все ж таки відіграє чинник відновлювального лікування.

Остеохондроз другої стадії відповідає четвертій реабілітаційній групі. У систематизації цієї нозологічної форми ми використовували визначення другої стадії вертебрального остеохондрозу за класифікацією В. Я. Фіщенка [12].

Численні тріщини фіброзного кільця призводять до його поступового висихання, зниження висоти диска, зменшення його фіксаційної функції, внаслідок чого розвивається нестабільність (патологічна рухливість) хребетного сегмента, відзначаються передні та задні псевдоспондилолітези в поперековому та шийному відділах, підвивихи у дуговідросчатих суглобах – переважно в шийному відділі хребта, виг'ячування фіброзного кільця – переважно в задньобічних ділянках, де задня поздовжня зв'язка є найбільш слабкою. Наявні початкові прояви спондилоартрозу. Рентгенологічно фіксовані на цій стадії зміни (за Н. С. Косинською – І стадія) називаються хондрозом [7]. В результаті рефлекторного корінцевого синдрому спостерігається виражений біль м'язів на рівні ураженого сегмента, вище і нижче якого вони знаходяться. Компенсаторні пристосування ще не розвинені. Клінічно стадія проявляється локальними болями помірної інтенсивності, які зазвичай точно відповідають ураженому сегменту хребта, розвитком рефлекторних болючих симптомів.

Відповідно до локалізації патологічного процесу в діагностиці може використовуватися група специфічних діагностичних симптомів. Особливістю реабілітаційної діяльності в цій групі буде застосування реабілітаційних заходів лікувального спрямування. На відміну від попередніх груп, у процесі відновлювального лікування вже може застосовуватися

медикаментозна терапія разом із засобами фізичної реабілітації, але вона не відіграє вирішальної ролі в реабілітаційному процесі.

Остеохондроз третьої стадії. У систематизації цієї нозологічної форми ми використовували визначення третьої стадії вертебрального остеохондрозу за класифікацією В. Я. Фіщенка [12]. Відбувається певний розрив міжхребцевого диска з поступовим вrostанням у нього фіброзної тканини. Можливий розрив диска з випадінням більшої або меншої частини студенистого ядра (утворення грижі диска) і розвитком – залежно від локалізації – дискрадікулярного, диск-медулярного, дискваскулярного конфлікту (або їх сполучень) з утворенням злук, виникненням перидуриту, арахноїдиту тощо. Ця стадія характеризується різноманітними неврологічними порушеннями і трофічними змінами в результаті подразнення нервово-судинних структур. Розвивається спондилоартроз, що посилює клінічну картину. При рентгенологічному дослідженні спостерігається виражена картина остеохондрозу (за Н. С. Косинською – II стадія) та спондилоартрозу [7]. Пацієнти із цією стадією остеохондрозу відзначають біль у шії та всій спині, оскільки ураження хребта тією чи іншою мірою є у всіх його відділах. Іноді біль може мати нападаподібний інтенсивний характер.

У п'ятій реабілітаційній групі основним методом лікування є медикаментозна терапія із застосуванням новокаїнових блокад. Фізреабілітаційні процедури носять допоміжний характер і застосовуються у щадному режимі.

У хворих шостої реабілітаційної групи, за нашою систематизацією, внаслідок утворення гриж дисків із неврологічними ускладненнями або іншої вертебральної патології є показання для оперативного втручання. Відповідно основним методом лікування в цій групі є оперативне втручання.

Остеохондроз четвертої стадії. У систематизації цієї нозологічної форми ми використовували визначення четвертої стадії вертебрального остеохондрозу за класифікацією В. Я. Фіщенка [12].

Розвивається фіброз диска при значному зниженні його висоти і виникає нерухомість хребців (за Н. С. Косинською – III стадія) [7]. Клінічно в цій стадії неможлива рухливість на рівні фіброзованого хребцевого сегмента, яка призводить до дискрадікулярного конфлікту, і біль зникає. Але можлива поява болю внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін розташованих вище і нижче сегментів, що відповідає I–III стадії захворювання і стану вираженого спондилоартрозу. Клінічні прояви в даний період можуть бути найрізноманітнішими, адже при остеохондрозі до патологічного процесу залучаються відразу кілька сегментів хребта, які перебувають на різних стадіях захворювання.

Реабілітаційні групи, які визначають основний напрям реабілітаційних заходів на цій стадії, можуть бути різними – залежно від переважаючих дегенеративно-дистрофічних змін. У п'ятій реабілітаційній групі основним методом лікування є медикаментозна терапія і застосування новокаїнових блокад. Фізреабілітаційні процедури мають допоміжний характер і застосовуються в дуже щадному режимі.

У хворих шостої реабілітаційної групи, за нашою систематизацією, внаслідок утворення гриж дисків із неврологічними ускладненнями або іншої вертебральної патології є показання для оперативного втручання. Відповідно основним методом лікування в цій групі є оперативне втручання.

Отже, згідно з наведеною систематизацією, морфофункціональна форма хребта визначає стадію процесу розвитку вертебральної патології, а реабілітаційна група – спрямованість реабілітаційних заходів (табл. 4).

Зазначену систематизацію було успішно використано в процесі комплексної превентивної фізичної реабілітації 160 студентів 19–21 року на базі лабораторії оздоровчо-реабілітаційних технологій при Інституті фізкультури Сумського педагогічного університету ім. А.С. Макаренка, і отримані позитивні відгуки.

ВИСНОВКИ. Таким чином, ми можемо дійти **висновку**, що розроблена нами систематизація рівнів умовного здоров'я хребта згідно з його функціональним станом, показників здоров'я та показників якості життя має практичну і теоретичну значущість. Ця систематизація відрізняється новим поглядом на класифікаційний процес. На відміну від інших класифікацій, поділ враховує не тільки симптоматику початкових неврологічних проявів вертебральної патології та характер періодичних вертеброневрологічних синдромів, а й особливості функціонального стану та функціональні резерви хребта.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ДАНОМУ НАПРЯМКУ. На нашу думку, при розробці класифікацій та систематизацій морфофункціональних станів хребта, які будуть неодмінно супроводжувати розвиток сучасної вертебології та реабілітології у світлі виникнення новітніх досліджень, слід характеризувати і відносно здоровий стан хребта, враховуючи потреби превентивної профілактичної реабілітації. Це забезпечить підвищення ефективності профілактичних реабілітаційних заходів з метою попередження вертебральної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальна неврологія (обрані лекції) / Під ред. професора О. В. Ткаченка. – К.: Атіка, 2012. – 96 с.
2. Антонов И. П. Современное состояние и перспективы изучения вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы / И. П. Антонов // Вестник Российской АМН. — 1992. — № 5. — С. 38–40.
3. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли / В. Н. Григорьева. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2004. – 420 с.
4. Коган О. Г. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника / О. Г. Коган, И. Р. Шмидт, А. А. Толстокоров. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1983. – 213 с.
5. Котелевський В. І. Діагностика психосоматичного стану студентської молоді в системі превентивної фізичної реабілітації вертебральної патології / В. І. Котелевський. – Суми : СумДПУ, 2016. – 300 с.
6. Корж Н. А. Дегенеративные заболевания позвоночника и их структурно-функциональная классификация / Н. А. Корж, А. И. Продан, А. Е. Барыш // Украинский нейрохирургический журнал. – 2004. – № 3. – С. 71–80.
7. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата / Н. С. Косинская. – Л., 1961. – 46 с.
8. Лисенюк В. П. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції / В. П. Лисенюк, І. З. Самосюк, Н. І. Самосюк, А. В. Ткаліна // Междунар. неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 29–33.

9. Назаренко Г. И., Черкашов А. М. Терминология в вертебрологии (исторический и гносеологический аспекты) // Вестн. травматологии и ортопедии. – 2000. – № 4. – С. 50–56.
10. Никифоров А. С. Остеохондроз позвоночника: патогенез, неврологические проявления и современные подходы к лечению. Лекция для практических врачей / А. С. Никифоров, О. И. Мендель // Украинський медичний часопис. – 2009. – № 3 (71). – С. 24–29.
11. Подчуфарова Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 368 с.
12. Фищенко В. Я. Особенности консервативной терапии остеохондроза позвоночника у лиц пожилого возраста / В. Я. Фищенко // Актуальные проблемы артровертебрологии: Матер. научн. конф. – К., 1994. – С. 33–38.
13. Ходарев С. В. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией / С. В. Ходарев, С. В. Гавришев. – Ростов-на-Дону, 2001. – 608 с.
14. Юмашев Г. С. Остеохондроз позвоночника / Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман. – М. : Медицина, 1984. – 384 с.
15. Bliddal H. Clinical manifestations of muscle and joint pain / H. Bliddal, M. Curatol // Fundamentals of musculoskeletal pain / ed. T. Graven-Nielsen, L. Arendt-Nielsen, S. Mense. – Seattle : IASP Press, 2008. – P. 327–345.
16. Breivik H. Assessment of pain / H. Breivik, P. C. Borchgrevink, S. M. Allen [et al.] // British Journal of Anaesthesia. – 2008. – Vol. 101 (1). – P. 17–24.
17. Brisby H. Pathology and possible mechanisms of nervous system response to disc degeneration / H. Brisby // J Bone Joint Surg Am. – 2006, Apr. – Vol. 88, Supp. 1. – P. 68–71.
18. Buckwalter J. A. Articular cartilage and osteoarthritis / J. A. Buckwalter, H. J. Mankin, A. J. Grodzinsky // Instr. Course Lect. – 2005. – Vol. 54. – P. 465–480.
19. Elson G. M. Modern aspects of pain management / G. M. Elson // Pain: Pathophysiology and Treatment. – Chicago, 2005. – P. 224–246.
20. Koes B. W. Diagnosis and treatment of low back pain / B. W. Koes, M. W. van Tulder, S. Thomas // BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 1430–1434.
21. Levin K. H. Approach to the patient with suspected radiculopathy / K. H. Levin // Neurologic clinics. – 2012. – May, Vol. 30 (2). – P. 581–604.
22. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment / ed.: A. Nachemson, E. Jonsson. – Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2000. – 512 p.
23. Shaygan M. Neuropathic sensory symptoms: association with pain and psychological factors / M. Shaygan, A. Böger, B. Kröner-Herwig // Neuropsychiatric disease and treatment. – 2014. – No 10. – P. 897–906.
24. Starkweather A. Psychologic and biologic factors associated with fatigue in patients with persistent radiculopathy / A. Starkweather // Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses. – 2013. – Mar, N 14 (1). – P. 41–49.
25. Fardon D. F. Nomenclature and classification of lumbar disc pathology / D. F. Fardon, P. C. Milette // Spine. – 2001. – Vol. 26, N 5. – P. E93–E113.

REFERENCES

1. Aktual'na nevrologiya (obrani lekciyi) / Pid red. profesora O. V. Tkachenka. – K.: Atika, 2012. – 96 s. (Ukr.)
2. Antonov I. P. Sovremennoe sostojanie i perspektivy izuchenija vertebrogennyh zabojevanij perifericheskoj nervnoj sistemy / I. P. Antonov // Vestnik Rossijskoj AMN. — 1992. — № 5. — S. 38–40. (Rus.)
3. Grigor'eva V. N. Psihosomaticheskie aspekty nejroreabilitacii. Hronicheskie boli / V. N. Grigor'eva. – Nizhnij Novgorod: Izd-vo Nizhegorodskoj gos. medicinskoj akademii, 2004. – 420 s. (Rus.)
4. Kogan O. G. Teoreticheskie osnovy reabilitacii pri osteohondroze pozvonochnika / O. G. Kogan, I. R. Shmidt, A. A. Tolstokorov. – Novosibirsk: Nauka, Sib. otd-nie, 1983. – 213 s. (Rus.)
5. Kotelevs'kij V. I. Diagnostika psihosomatichnogo stanu students'koj molodi v sistemi preventivnoji fizichnoji reabilitacii vertebral'noj patologii / V. I. Kotelevs'kij. – Sumi : SumDPU, 2016. – 300 s. (Ukr.)
6. Korzh N. A. Degenerativnye zabojevanija pozvonochnika i ih strukturno-funkcional'naja klassifikacija / N. A. Korzh, A. I. Prodan, A. E. Barysh // Ukrain's'kij nejrohirurgichnij zhurnal. – 2004. – № 3. – S. 71–80. (Rus.)
7. Kosinskaja N. S. Degenerativno-distroficheskie porazhenija kostno-sustavnogo aparata / N. S. Kosinskaja. – L., 1961. – 46 s. (Rus.)
8. Lisenjuk V. P. Reabilitacijna medicina: osnovni ponjattja ta definicii / V. P. Lisenjuk, I. Z. Samosjuk, N. I. Samosjuk, A. V. Tkalina // Mezhdunar. nevrologicheskij zhurnal. – 2012. – № 8 (54). – S. 29–33. (Ukr.)
9. Nazarenko G. I., Cherkashov A. M. Terminologija v vertebrologii (istoricheskij i gnoseologicheskij aspekty) // Vestn. travmatologii i ortopedii. – 2000. – № 4. – S. 50–56. (Rus.)
10. Nikiforov A. S. Osteohondroz pozvonochnika: patogenez, nevrologicheskie projavlenija i sovremennye podhody k lecheniju. Lekcija dlja prakticheskikh vrachej / A. S. Nikiforov, O. I. Mendel' // Ukrain's'kij medichnij chasopis. – 2009. – № 3 (71). – S. 24–29. (Rus.)
11. Podchufarova E. V. Bol' v spine / E. V. Podchufarova, N. N. Jahno. – M. : GJeOTAR-Media, 2013. – 368 s. (Rus.)
12. Fishhenko V. Ja. Osobennosti konservativnoj terapii osteohondroza pozvonochnika u lic pozhilogo vozrasta / V. Ja. Fishhenko // Aktual'nye problemy artrovertebrologii: Mater. nauchn. konf. – K., 1994. – S. 33–38. (Rus.)
13. Hodarev S. V. Principy i metody lechenija bol'nyh s vertebronevrologicheskoi patologiej / S. V. Hodarev, S. V. Gavrishhev. – Rostov-na-Donu, 2001. – 608 s. (Rus.)
14. Jumashov G. S. Osteohondroz pozvonochnika / G. S. Jumashov, M. E. Furman. – M. : Medicina, 1984. – 384 s.2.
Antonov I.P. Sovremennoe sostojanie i perspektivy izuchenija vertebrogennyh zabojevanij perifericheskoj nervnoj sistemy. I.P. Antonov Vestnik Rossijskoj AMN, 1992, № 5, S. 38–40. (Rus.)

26. Bliddal H. Clinical manifestations of muscle and joint pain / H. Bliddal, M. Curatol // Fundamentals of musculoskeletal pain / ed. T. Graven-Nielsen, L. Arendt-Nielsen, S. Mense. – Seattle : IASP Press, 2008. – P. 327–345.
27. Breivik H. Assessment of pain / H. Breivik, P. C. Borchgrevink, S. M. Allen [et al.] // British Journal of Anaesthesia. – 2008. – Vol. 101 (1). – P. 17–24.
28. Brisby H. Pathology and possible mechanisms of nervous system response to disc degeneration / H. Brisby // J Bone Joint Surg Am. – 2006, Apr. – Vol. 88, Supp. 1. – P. 68–71.
29. Buckwalter J. A. Articular cartilage and osteoarthritis / J. A. Buckwalter, H. J. Mankin, A. J. Grodzinsky // Instr. Course Lect. – 2005. – Vol. 54. – P. 465–480.
30. Elson G. M. Modern aspects of pain management / G. M. Elson // Pain: Pathophysiology and Treatment. – Chicago, 2005. – P. 224–246.
31. Koes B. W. Diagnosis and treatment of low back pain / B. W. Koes, M. W. van Tulder, S. Thomas // BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 1430–1434.
32. Levin K. H. Approach to the patient with suspected radiculopathy / K. H. Levin // Neurologic clinics. – 2012. – May, Vol. 30 (2). – P. 581–604.
33. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment / ed.: A. Nachemson, E. Jonsson. – Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2000. – 512 p.
34. Starkweather A. Psychologic and biologic factors associated with fatigue in patients with persistent radiculopathy / A. Starkweather // Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses. – 2013. – Mar, N 14 (1). – P. 41–49.
35. Fardon D. F. Nomenclature and classification of lumbar disc pathology / D. F. Fardon, P. C. Milette // Spine. – 2001. – Vol. 26, N 5. – P. E93–E113.

Кривчикова О.Д., Кузнецова Л.І.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ВИЩА ФІЗКУЛЬТУРНА ОСВІТА ЯК ФАКТОР СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ ЗІ СЛУХОВОЮ ДЕПРИВАЦІЄЮ

У статті розглянута проблема соціальної адаптації людей зі слуховою депривацією до навчання у вищому навчальному закладі фізкультурного профілю. Наведена характеристика психоемоційного стану студентів Національного університету фізичного виховання і спорту України з вадами слуху під час навчання.

Ключові слова: соціальна адаптація, слухова депривація, психоемоційний стан.

Кривчикова О.Д., Кузнецова Л.І. Высшее физкультурное образование как фактор социализации людей со слуховой депривацией. У статті розглянута проблема соціальної адаптації людей зі слуховою депривацією до навчання у вищому навчальному закладі фізкультурного профілю. Наведена характеристика психоемоційного стану студентів Національного університету фізичного виховання і спорту України з вадами слуху під час навчання.

Ключові слова: соціальна адаптація, слухова депривація, психоемоційний стан.

Krivchikova O., Kuznetsova L. Higher physical education as the factor of socialization of people with hearing deprivation. The article considers the problem of social adaptation of people with hearing deprivation to teaching in the higher educational establishment. The psycho-emotional state of the National University of Ukraine on Physical Education and Sport students with hearing defects during education is given. The law acts are identified. They are aimed at the social support of disabled people. The role and place of physical culture in the social adaptation of people with disability and influence of exercises on their psycho-physical state and traits of character formation is reflected here. World Health Organization Statistic data concerning quantity of people are given in the article who suffers from deafness or other hearing defects in different countries and also the quantity of people with this kind of disability in Ukraine. The article determines the aim, task and methods of research. The determination of students' physical cultural education and their place and role in the modern society is formulated in the article. "Socialization" term is determined here. The motives of students with hearing deprivation are revealed and psycho-emotional state, moral-volitional qualities which help in education and those which prevent to study are worked out. Summary and the perspectives of further research are formulated and reflected in this article.

Key words: social adaptation, hearing deprivation, psycho-emotional state.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Основним законодавчим актом, що регулює захист людей з інвалідністю в Україні, є Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який був прийнятий Верховною Радою 21.03.1991 року з внесеними змінами і доповненнями від 31.05.2005 року [3]. Закон визначає основи соціального захисту людей з інвалідністю в Україні та гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями і інтересами. Наукові дослідження, проведені О. Бар-Ор, Т.Ю. Круцевич, Н.В. Москаленко [2, 5, 6] свідчать про те, що одним з кращих засобів зміцнення здоров'я і виховання характеру в усі часи і в усіх народів були і залишаються заняття фізичними вправами і фізичною культурою. Складно переоцінити її значення в соціальній адаптації людей з інвалідністю. Фізичні вправи допомагають оволодінню необхідними вміннями та навичками, сприяють оновленню і розширенню діапазону рухової активності і формуванню багатьох позитивних рис характеру. Люди з різними формами інвалідності становлять значну і все зростаючу частину населення, при цьому вони часто менш фізично