

Отже, займаючись дзюдо, юнак проходить всебічний розвиток і багатократне випробування своєї волі, витримки, працьовитості, розвиває наполегливість у досягненні поставлених цілей, самодисципліну, самоконтроль почуттів та емоцій.

Висновки. Таким чином, аналіз літературних джерел та наукових досліджень, свідчить про те, що заняття боротьбою дзюдо впливають не лише на загальний розвиток фізичних якостей студентів, а й сприяють їх всебічній досконалості та зміцненню здоров'я. У той же час заняття дзюдо є найбільш сприятливим мотивом і потужним спонукальним імпульсом до вдосконалення фізичних і морально-вольових якостей, чим і обумовлена необхідність залучення студентів до цього національного виду спорту.

Література

1. Aref'iev V.H. Fizychna kultura v shkoli (molodomu spetsialistu): navch. posib. [dlia stud. vyshchych navch. zakladiv] / V.H.Aref'iev, H.A. Yedynak. – 3-е vyd. pererob. i dopovn. – Kam'ianets-Podilskyi PP Buinytskyi O.A., 2007 – 248 s.
2. Eganov A.V. Upravlenie trenirovochnym kompleksom vyisokokvalifitsirovannykh dzyudoistov: monografiya / A.V. Eganov. – Chelyabinsk: Ural GAFK, 1998. – 146 s.
3. Zahura F. Morfo-funktsionalni osoblyvosti kvalifikovanykh dziudoistiv riznykh styliv vedennia poiedynku / F. Zahura, I. Ohirko. - Moloda sportyvna nauka Ukrainy: zb. nauk. pr. z haluzi fizychnoi kultury ta sportu. – Lviv, 2002. – Vyp.6, T.2. – S.89–93.
4. Бекас О.О. Дзюдо. Фізична підготовка юних спортсменів: [Навч. посібник] / О.О. Бекас, Ю.Г. Паламарчук – Вінниця: ВНТУ, ГНК, 2014. – 152 с.
5. Панков В.А. Специальная физическая подготовка в видах спортивных единоборств / В.А. Панков, А.О. Акопян // Теория и практика физической культуры. – М.: Научноиздательский центр, 2004. – № 4.
6. Пістун А.І. Спортивна боротьба. Навчальний посібник / А.І. Пістун – Львів: «Тріада плюс», 2008. – 864 с.

Афанасьєв С. М., Толстикова Т.М.

Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту

РОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПРОГРЕСУВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ТА ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ

Остеохондроз є однією з найбільш поширених хвороб хребта серед дорослого населення, яким страждає від 40 до 80% жителів земної кулі. Щорічно значна кількість хворих на остеохондроз оперуються. Сучасну наукову основу профілактики прогресування будь-яких захворювань становить концепція факторів ризику, що визначаються при вивченні анамнезу життя та хвороби.

Сьогодні залишаються нерозкритими питання щодо причин відсутності стійкого ефекту від застосовуваних методів фізичної реабілітації хворих на остеохондроз, що найчастіше обумовлено неповним обстеженням і недостатнім урахуванням факторів, що сприяють прогресуванню захворювання. Метою дослідження було вивчити основні фактори ризику розвитку остеохондрозу та визначити їх зв'язок з клінічною симптоматикою цього захворювання.

Під час обстеження 74 хворих на попереково-крижовий остеохондроз виявлено найбільш значущі фактори ризику прогресування захворювання: гіподинамія, фізичне перенапруження, надлишкова маса тіла перенесені травми опорно-рухового апарату, що зумовлюють певною мірою його симптоматику, частоту загострень та обмеження активних рухів поперекового відділу хребта. Остеохондроз попереково-крижового відділу хребта у фазі затухаючого загострення проявлявся більш виразними, ніж у фазі ремісії, синдромологічними проявами під впливом факторів ризику та функціональними розладами, що потребує диференційованого підходу до планування програм з фізичної реабілітації з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

Результати дослідження є обґрунтуванням для диференційованого підходу до розробки програм з фізичної реабілітації з урахуванням факторів ризику та особливостей перебігу захворювання.

Ключові слова: остеохондроз, фактори ризику, симптоматика.

Афанасьєв С. Н., Толстикова Т. Н. Роль факторов риска в прогрессировании остеохондроза и формировании клинических синдромов. Остеохондроз является одной из самых распространенных болезней позвоночника среди взрослого населения, которым страдает от 40 до 80% жителей земного шара. Ежегодно значительное количество больных остеохондрозом оперируются. Современную научную основу профилактики прогрессирования любых заболеваний составляет концепция факторов риска, определяемых при изучении анамнеза жизни и болезни.

На сегодня остаются нераскрытыми вопросы о причинах отсутствия устойчивого эффекта от применяемых методов физической реабилитации больных остеохондрозом, что чаще всего обусловлено неполным обследованием и недостаточным учетом факторов, способствующих прогрессированию заболевания. Целью исследования было изучить основные факторы риска развития остеохондроза и определить их связь с клинической симптоматикой этого заболевания.

При обследовании 74 больных пояснично-крестцовым остеохондрозом выявлены наиболее значимые факторы риска прогрессирования заболевания: гиподинамия, физическое перенапряжение, избыточная масса тела перенесенные травмы опорно-двигательного аппарата, обуславливающие определенной степени его симптоматику, частоту обострений и ограничение активных движений поясничного отдела хребта. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника в фазе затухающего обострения проявлялся более выразительными, чем в фазе ремиссии, синдромологическими проявлениями под влиянием факторов риска и функциональными расстройствами, что требует дифференцированного подхода к планированию программ физической реабилитации с учетом особенностей течения

заболевания.

Результаты исследования являются обоснованием для дифференцированного подхода к разработке программ физической реабилитации с учетом факторов риска и особенностей течения заболевания.

Ключевые слова: остеохондроз, факторы риска, симптоматика

Sergey Afanasiev, Tatyana Tolstikova. Role of risk factors in the progression of osteoarthritis and the formation of clinical syndromes. Osteoarthritis is one of the adult spine the most common diseases of the population, which suffers from 40 to 80% of the inhabitants of the globe. Every year a certain number of patients operated on osteoarthritis. Modern scientific basis for the prevention of progression of any disease is the concept of the risk factors identified in the study of history and life of the disease.

Today remain unsolved question about the reasons for the lack of a sustainable effect on the used methods of physical rehabilitation of patients with osteoarthritis. That most often due to incomplete and inadequate examination, taking into account the factors contributing to the progression of the disease. The aim of the study was to examine the main risk factors for osteoarthritis and to determine their relationship with the clinical symptoms of the disease.

In a study of 74 patients with lumbosacral osteoarthritis identified the most important factors in disease progression risk: lack of exercise, physical stress, overweight trauma of the musculoskeletal system that contribute to a certain extent, its symptoms, the frequency of exacerbations and the restriction of active movements of the lumbar spine. Osteoarthritis of the lumbosacral spine in the phase of fading exacerbation manifested more expressive than in remission, syndromic manifestations under the influence of risk factors and functional disorders, which requires a differentiated approach to the planning of physical rehabilitation programs, taking into account characteristics of the disease.

Results of the study are the justification for a differentiated approach to the development of physical rehabilitation programs, taking into account risk factors and characteristics of the disease.

Keywords: osteoarthritis, risk factors, symptoms.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тепер актуальність проблеми фізичної реабілітації хворих на остеохондроз не зменшується, незважаючи на наявність численних досліджень з даної проблеми.

Остеохондроз є однією з найбільш поширених хвороб хребта серед дорослого населення, яким страждає від 40 до 80% жителів земної кулі. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферійної нервової системи становить 67-95% [2, 5, 7, 8]. Щорічно близько 0,3% пацієнтів з цією патологією оперуються, проте після операції 8-25% з них стають інвалідами [6].

Сучасну наукову основу профілактики прогресування будь-яких захворювань становить концепція факторів ризику (ФР), що визначаються при вивченні анамнезу життя та хвороби [1].

Визначення факторів ризику розвитку і прогресування дегенеративно-дистрофічних захворювань має пряме відношення до первинної та вторинної їх профілактики [1, 9].

Сьогодні залишаються нерозкритими питання щодо причин відсутності стійкого ефекту від застосовуваних методів фізичної реабілітації хворих на остеохондроз, що найчастіше обумовлено неповним обстеженням і недостатнім урахуванням факторів, що сприяють прогресуванню захворювання.

Тим часом, незважаючи на значні популяційні дослідження, серед фахівців досі немає єдиної думки щодо таких ФР, як ожиріння, гормональні розлади у жінок [3, 10].

Саме тому доцільним є вивчення основних факторів, які впливають на клінічну симптоматику остеохондрозу та сприяють його прогресуванню.

Мета дослідження: вивчити основні фактори ризику розвитку остеохондрозу та визначити їх зв'язок з клінічною симптоматикою цього захворювання.

Матеріал і методи дослідження. під спостереженням знаходилися 74 хворих на попереково-крижовий остеохондроз (ПКОХ) у віці (50,3±1,0) роки.

Для з'ясування значимості преморбідних чинників у розвитку та прогресуванні захворювань вивчені ФР шляхом ретельного аналізу анамнестичних даних. Рівень гіподинамії визначали за міжнародним опитувальником фізичної активності (International physical activity questionnaire – IPAQ) [9, 11].

З метою уточнення особливостей клінічного перебігу захворювання у хворих аналізувалися скарги та функціональний стан хребта.

Інтенсивність больового синдрому визначали за ВАШ [12].

Індекс маси тіла (ІМТ) обчислювали за формулою:

$$ИМТ = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{зріст (м}^2\text{)}}$$

Оцінку трофологічного стану проводили за рекомендаціями ВООЗ: недостатність маси тіла вважали при ІМТ менше 18,5 кг/м². При ІМТ 18,5 – 24,9 кг/м² масу тіла розцінювали як нормальну, а у межах від 25,0 до 29,9 кг/м² – надлишковою. Ожиріння I ступеня визначали, якщо ІМТ дорівнював 30,0 – 34,9 кг/м², ожиріння II ступеня – 35,0 – 39,9 кг/м², при ІМТ більше 40,0 кг/м² визначали морбідне ожиріння III ступеня [13].

Рухливість хребта у хворих на ПКОХ визначали навколо трьох осей руху (фронтальна – флексія і екстензія; сагітальна – нахили ліворуч і праворуч; подовжня – ротація тулуба).

Для статистичного аналізу даних використовували дескриптивну статистику. Порівняння середніх значень змінних

здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерія Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальній шкалі. Для порівняння розподілу часток двох або більше змінних використовували χ^2 -тест. Кореляційний аналіз виконували за Пірсоном (для даних, що виражені в інтервальній шкалі) та за Спірменом (для даних, що виражені не в інтервальних шкалах). Всі розрахунки виконували у програмі SPSS 9.0 for Windows.

Результати дослідження. На час обстеження хворих на ПКОХ 37 пацієнтів (50,0 %) знаходилися у клінічній фазі затухаючого загострення, 37 (50,0 %) – у фазі ремісії.

Вивчення анамнезу показало, що тривалість захворювання у переважної більшості пацієнтів коливалася від 1 до 10 ($7,10 \pm 0,68$) років, а кількість загострень на рік, що свідчила про прогресування захворювання, у чоловіків ($2,9 \pm 0,2$) та жінок ($3,0 \pm 0,2$) була майже однаковою.

При аналізі факторів ризику прогресування ПКОХ встановлено, що значущим чинником як у жінок, так і чоловіків виявилася гіподинамія, рівень якої складав ($10,1 \pm 0,3$) бали, (рис.1.).



Рис. 1. – Характеристика факторів ризику, які сприяли виникненню та розвитку остеохондрозу

Наступними факторами були фізичне перенапруження та надлишкова маса тіла, що спостерігалися більше ніж у половини чоловіків та майже у половини жінок.

Травми опорно-рухового апарату в анамнезі частіше мали місце у чоловіків, тоді як для жінок вони були менш характерними.

Встановлений прямий кореляційний зв'язок між частотою загострення ПКОХ та такими ФР, як надлишкова маса тіла, ($r=0,70$; $p=0,001$), фізичне перенапруження ($r=0,84$; $p=0,001$), перенесені травми ($r=0,54$; $p=0,03$), а також зворотний зв'язок з гіподинамією ($r=-0,65$; $p=0,001$).

Серед інших чинників у жінок переважало ожиріння, переважно I ступеня при ІМТ ($32,8 \pm 0,6$) $\text{кг}/\text{м}^2$, дещо рідше – гормональні зрушення та замісна гормональна терапія, які можуть мати значення у розладах ремодельовання кісткової тканини [4]. Понад третина чоловіків та чверть жінок вказували на обтяжену спадковість за дегенеративно-дистрофічними захворюваннями кістково- м'язової системи.

Клінічні прояви захворювання у всіх хворих проявлялися рефлєкторними синдромами. При цьому для фази загострення, окрім люмбалгії та люмбоішіалгії характерними були синдроми: клубово-поперекового м'язу, гомілковоступневого периартрозу, вегетативно-судинний. Майже у половини хворих загострення ПКОХ супроводжувалося синдромом кульшового та колінного периартрозу, грушоподібного м'язу (табл. 1.).

Таблиця 1.

Синдромальна характеристика хворих на остеохондроз

Синдроми	Усього		фаза загострення (n= 37)		фаза ремісії (n= 37)		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Люмбалгія	74	100,0	37	100,0	37	100,0		
люмбошіялгія	48	64,9	37	100,0	11	29,7	37,1	1,2E-09
грушоподібного м'яза	18	24,3	16	43,2	2	5,4	12,4	0,0004
клубово-поперекового м'яза	34	46,0	34	91,9	0	0	59,3	1,39E-14
Крампі	26	35,1	3	8,1	28	75,7	32,0	1,56E-08
нейродистрофічний	17	23,0	13	35,1	4	10,9	4,89	0,03
колінного периартрозу	21	28,4	15	40,5	6	16,2	4,26	0,04
кульшового периартрозу	17	23,0	17	46,0	0	0	19,55	9,8E-06
гомільковоступневого периартрозу	37	50,0	31	83,8	6	16,2	31,1	2,41E-08
вегетативно-судинний	46	62,2	22	59,5	31	83,8	4,25	0,04

У фазі ремісії ПКОХ найчастіше проявлявся синдромами люмбалгії, вегетативно-судинним та крампі.

Люмбалгія, що мала місце у всіх обстежених хворих, проявлялася підгострим або хронічним болем в попереково-крижовій ділянці, посилювалася вночі та за зміни погоди, болючістю остистих відростків під пальяції та нижніх міжхребцевих дисків, згладженим поперековим лордозом.

Інтенсивність болю за шкалою ВАШ у хворих з загостренням складала ($70,8 \pm 1,1$), в період ремісії – ($56,5 \pm 0,9$). Частота виявлення люмбалгії прямо корелювала з наявністю таких факторів ризику як фізичне перенапруження ($r=0,68$; $p=0,001$), травми ($r=0,44$; $p=0,05$) та надлишкова маса тіла ($r=0,52$; $p=0,03$).

Напруженість м'язів поперекової області до ($2,47 \pm 0,07$) балів спостерігалася у 60,8 % хворих і була пов'язана з інтенсивністю болю ($r=0,61$; $p=0,001$), як правило, після фізичного перенапруження ($r=0,55$; $p=0,04$).

Іррадіація болю по ходу сідничного нерва відображала синдром люмбошіялгії, що був характерним у фазі затухаючого загострення, а в період ремісії спостерігався в 3,4 рази рідше ($\chi^2= 37,1$; $p=1,2E-09$).

Синдром клубово-поперекового м'яза спостерігався тільки у фазі затухаючого загострення та проявлявся посиленням локальним та відображеним болем нижче пахової ділянці при згинанні ноги в тазостегновому і колінному суглобах і одночасної ротації та приведенні стегна всередину, при пасивному розгинанні ноги у положенні хворого на животі.

Синдром гомільковоступневого і ступневого периартрозу також в 5,2 рази частіше спостерігався у фазі затухаючого загострення ($\chi^2= 31,1$; $p=2,41E-08$), проявлявся болем в ділянці гомілки і стопи, судомами литкових м'язів, набряком щиколотки під час ходьби і тривалого перебування у положенні сидіти. Розвитку цього синдрому сприяли такі ФР, як фізичне перенапруження ($r=0,68$; $p=0,001$), надлишкова маса тіла ($r=0,57$; $p=0,01$) та гормональні прояви у жінок ($r=0,42$; $p=0,05$).

Синдром кульшового периартрозу був притаманним лише пацієнтам у фазі загострення і характеризувався болем в глибині сідниці, паху, в ділянці великого вертлюга, задньозовнішньої поверхні стегна, з посиленням під час ходьби. При цьому мали місце ознаки м'язової гіпотрофії області кульшового суглоба. Наявність цього синдрому прямо корелювала з гіподинамією ($r=0,60$; $p=0,001$).

Синдром колінного периартрозу також був більш характерним для хворих, що знаходилися у фазі затухаючого загострення, проявлявся болем переважно на внутрішній поверхні колінного суглоба, у підколінній ямці, яка виникала і посилювалася при згинанні, розгинанні і ротації в суглобі, тривалому стоянні та/або ходьбі. Частота виявлення цього синдрому також прямо корелювала з гіподинамією ($r=0,58$; $p=0,003$).

У фазі ремісії цей синдром проявлявся в 2,5 рази рідше ($\chi^2= 4,26$; $p=0,04$).

Синдром грушоподібного м'яза, що мав місце майже у половини пацієнтів при загостренні ПКОХ, характеризувався болючістю в ділянці виходу сідничного нерва з-під грушоподібного м'яза, болем уздовж всієї кінцівки, переважно, в передньозовнішній поверхні гомілки та супроводжувався гіпестезією та парестезією. У фазі ремісії ПКОХ цей синдром спостерігався у поодиноких хворих.

Синдром крампі спостерігався у переважної більшості пацієнтів у фазі ремісії ПКОХ, проявлявся хворобливими судомними стягуваннями, переважно триголового м'яза гомілки, частіше в нічний час у положенні лежачи на спині, під час незначного руху стопи. Найчастіше цей синдром виявлявся після фізичного перевантаження ($r=0,62$; $p=0,001$) та у жінок, що приймали замісну гормональну терапію ($r=0,46$; $p=0,05$).

При вегетативно-судинному синдромі хворі скаржилися на відчуття мерзлякуватості переважно в гомілці, стопі. При огляді спостерігалися «мармурова» шкіра дистальних відділів ніг, ознаки трофічних розладів шкіри, нігтів, гіпергідроз, пастозність або набряк гомілок, щиколоток. Такі скарги хворі як у фазі ремісії, так і загострення пред'являли майже однаково часто. Наявність цього синдрому корелювала такими ФР, як з гіподинамією ($r=0,55$; $p=0,001$), гормональні зрушення у жінок ($r=0,64$; $p=0,001$), травми в анамнезі ($r=0,40$; $p=0,04$).

Нейродистрофічний синдром діагностовано у третини хворих у фазі затухаючого загострення, супроводжувався болем міжостистих зв'язок, капсул міжхребцевих суглобів. У фазі ремісії цей синдром спостерігався в 3,2 рази рідше ($\chi^2= 4,89$; $p=0,03$).

Компресійний синдром спостерігався у 14,9 % хворих і проявлявся дискогенним попереково-крижовим радикулітом: болем в попереку з іррадіацією в ногу, порушенням чутливості в дерматомах уражених корінців, випрямленням поперекового

лордозу, позитивним симптомом Ласега при підйомі ноги на $(61,4 \pm 5,3)^\circ$.

Обсяг рухів у поперековому відділі хребта був обмежений, незалежно від фази перебігу ПКОХ (табл. 2.).

Таблиця 2

Характеристика активних рухів поперекового відділу хребта у хворих на остеохондроз

Ознаки, од. виміру	Контрольна група	фаза загострення (n= 37)	фаза ремісії (n= 37)	P між показниками різних фаз перебігу ОХХ
рухливість поперекового відділу хребта в сагітальній площині:				
згинання (симптом Томайера), см	$3,1 \pm 0,6$	$37,2 \pm 0,8^2$	$28,5 \pm 1,1^2$	<0,001
розгинання, градус	$30,8 \pm 0,9$	$24,4 \pm 0,4^2$	$28,1 \pm 0,3^1$	<0,001
рухливість поперекового відділу хребта у фронтальній площині:				
нахил вліво, градус	$35,2 \pm 0,7$	$16,3 \pm 0,2^2$	$29,8 \pm 0,7^2$	<0,001
нахил вправо, градус	$35,7 \pm 0,4$	$19,4 \pm 0,6^2$	$32,5 \pm 0,3^2$	<0,001

Примітка. ¹ – $p < 0,01$; ² – $p < 0,001$ – ступінь статистично значущої достовірності розходжень між показниками хворих та осіб контрольної групи

При цьому амплітуда згинання, за симптомом Томайера, була зменшеною в 12 разів ($p < 0,001$) під час загострення та в 9,2 рази – у фазі ремісії ($p < 0,001$).

Амплітуда рухів хребта назад була зменшеною у 67,6 % хворих і склала $(27,2 \pm 0,2)^\circ$.

Причому при загостренні вона зменшилася на 20,8 % ($p < 0,001$), під час ремісії – на 8,8 % ($p < 0,01$).

Рухливість поперекового відділу хребта у фронтальній площині також була обмеженою: у фазі загострення при нахилі ліворуч – на 53,7 % ($p < 0,001$), праворуч – на 45,7 % ($p < 0,001$). У пацієнтів під час ремісії обмеженість бічної рухливості була менш виразною і зменшувалася, відповідно, на 15,3 % ($p < 0,001$) та 9,0 % ($p < 0,001$).

Як і очікували, остеохондроз попереково-крижового відділу хребта у фазі затухаючого загострення проявлявся більш виразними, ніж у фазі ремісії, синдромологічними проявами під впливом факторів ризику та функціональними розладами, що потребує диференційованого підходу до планування програм з фізичної реабілітації з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

Подальші дослідження пов'язані з розробкою програм з фізичної реабілітації хворих на остеохондроз.

Висновки.

1. Серед домінуючих факторів ризику прогресуванню остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта сприяють гіподинамія ($r = -0,65$; $p = 0,001$), надлишкова маса тіла ($r = 0,70$; $p = 0,001$), фізичне перенапруження ($r = 0,84$; $p = 0,001$) та перенесені травми опорно-рухового апарату ($r = 0,54$; $p = 0,03$).

2. З впливом комплексу факторів ризику асоціюється формування провідних синдромів ПКОХ: люмбалгії, гомілковоступневого, кульшового і колінного периартрозу – при загостренні захворювання та синдроми крампі і вегетативно-судинний – під час ремісії.

3. Незважаючи на невисоку питому вагу гормональних розладів у жінок, наявність їх все ж впливає на формування вегетативно-судинного синдрому ($r = 0,64$; $p = 0,001$) та гомілковоступневого периартрозу ($r = 0,42$; $p = 0,05$).

Література

- Алексеев С. Н. Профилактика заболеваний / С. Н. Алексеев, Е.В. Дробот – М.: Академия Естествознания, 2015. – 245 с.
- Бобрик Ю. В. Клиническая морфология и патогенез остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями / Ю. В. Бобрик, Г. А. Мороз, В. А. Пономарев, В. В. Ткач, О. Б. Матвеев // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16. – №1. – Ч. 2 (61). – С. 238-244.
- Дедух Н. В. Артроз / Н. В. Дедух // Новости медицины и фармации Боль. Суставы. Позвоночник. – 2012. – № 2 (06). – С. 37-41
- Майкова Т. В. остеогенні ефекти вправ Пілатеса у жінок молодого віку з попереково-крижовим остеохондрозом / Т. В. Майкова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2016. – №2 – С. 210-215.
- Никифоров А. С. Остеохондроз и спондилоартроз позвоночника как проявления единого дегенеративного процесса. Современные подходы к лечению / А. С. Никифоров, О. И. Мендель // ПМЖ. – 2006. – № 23 (14). – С. 1708–1713.
- Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 672 с.
- Продан А. И. Дегенеративные заболевания позвоночника / А. И. Продан, В. А. Радченко, И. А. Корж. – Харьков: ИПП «Контраст», 2009. – 272 с.
- Черкасов А. Д. Пути предотвращения остеохондроза позвоночника. часть 1. Локализация дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике / А. Д. Черкасов // Фундаментальные исследования. – 2008. №7. – С. 32-36.
- Lee P. H. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review / P. H. Lee, D. J. Macfarlane, T. H. Lam, S. M. Stewart // Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. – 2011. – Vol. 8. – P. 115.
- Walsh N. E. Standards of care for acute and chronic musculoskeletal pain: the Bone and Joint Decade (2000-2010) / N. E. Walsh, P. Brooks, J. M. Hazes, R.M. Walsh, K. Dreinhofer, A.D. Woolf, K. Akesson, L. Lidgren // Arch Phys. Med. Rehabil. – 2008. – Vol. 89. – P. 1830-1845.
- IPAQ Core Group. Guidelines for data processing and analysis of IPAQ – short and long forms – 2005. – Режим доступу

до джерела : <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>,

12. Gandek B. Measurement properties of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. – 2015. – Vol. 67(2) – P. 216-229.

13. Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity [3-5 June 1997, Geneva] // WHO/NUT/NCD/98.1. – Режим доступу до джерела : http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_

Без'язичний Б.І., Коваль С.С., Худякова В.Б.

Харківська державна академія фізичної культури

Гіль Ю.Б.

Харківський національний університет

будівництва та архітектури

ПЕДАГОГІЧНА ЕТИКА В ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

В основі гуманізації сучасної системи освіти лежить визнання людини як найвищої соціальної цінності. В цих умовах відбувається переосмислення ролі вчителя, висуваються нові вимоги до підготовки майбутніх учителів фізичної культури, здатних створювати оптимальні умови для фізичного та морального розвитку кожного школяра, розвивати природні задатки, можливості дитини, враховувати її інтереси, прагнення та потреби. Таким чином, педагогічна етика має розглядатись як важлива складова професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури. Усвідомлення сутності педагогічної етики та її змісту, виділення основних підходів до організації етичної підготовки майбутніх вчителів стає можливим за умови наведеного аналізу таких понять, як «етика», «мораль», «моральність», «професійна етика». В статті детально розглянуто змістовні структурні компоненти педагогічної етики (моральна свідомість, моральна діяльність і моральні відносини) та визначено теоретико-прикладні завдання педагогічної етики в сучасних умовах. Автори доходять до висновку, що реалізація означених завдань педагогічної етики на заняттях з фізичної культури сприятиме моральному вихованню молодого покоління.

Ключові слова: етика, мораль, моральність, професійна етика, вчитель, фізична культура.

Безъязычный Б. И., Коваль С. С., Худякова В. Б., Гиль Ю. Б. Педагогическая этика в профессиональной подготовке будущих учителей физической культуры. В основе гуманизации современной системы образования лежит признание человека как высшей социальной ценности. В этих условиях происходит переосмысление роли учителя, выдвигаются новые требования к подготовке будущих учителей физической культуры, способных создавать оптимальные условия для физического и морального развития каждого школьника, развивать природные задатки, возможности ребенка, учитывать его интересы, стремления и потребности. Таким образом, педагогическая этика должна рассматриваться как важная составляющая профессиональной подготовки будущих учителей физической культуры. Осознание сути педагогической этики и ее содержания, выделение основных подходов к организации этической подготовки будущих учителей становится возможным при условии приведенного анализа таких понятий, как «этика», «мораль», «моральность», «профессиональная этика». В статье подробно рассмотрены содержательные структурные компоненты педагогической этики (моральное сознание, моральная деятельность и моральные отношения) и определены теоретико-прикладные задачи педагогической этики в современных условиях. Авторы приходят к выводу, что реализация указанных задач педагогической этики на занятиях по физической культуре будет способствовать моральному воспитанию молодого поколения.

Ключевые слова: этика, мораль, моральность, профессиональная этика, учитель, физическая культура.

B. I. Bezyazychnyy, S. S. Koval, V. B. Khudyakova, Y. B. Ghil. Pedagogical ethics in vocational training of future teachers of physical culture. At the heart of the humanization of the modern education system is the recognition of man as the highest social value. Under these conditions, the role of the teacher is reconsidered, new requirements are being put forward for the training of future teachers of physical culture, able to create optimal conditions for the physical and moral development of each schoolboy, to develop natural inclinations, the capabilities of the child, to take into account his interests, aspirations and needs. Thus, pedagogical ethics should be considered as an important component of the professional training of future physical education teachers. Awareness of the essence of pedagogical ethics and its content, identification of the main approaches to the organization of ethical training for future teachers becomes possible on condition of the above analysis of such concepts as "ethics", "morality", "morality", "professional ethics". The content of structural components of pedagogical ethics (moral consciousness, moral activity and moral relations) is considered in detail in the article and theoretical and applied problems of pedagogical ethics are determined in modern conditions. The authors come to the conclusion that the implementation of these tasks of pedagogical ethics in physical education classes will contribute to the moral education of the younger generation.

Keywords: ethics, morality, morality, professional ethics, teacher, physical culture.

Постановка проблеми. Гуманістична парадигма сучасної освіти ґрунтується на визнанні пріоритетною основою діяльності вчителя повагу до школяра, прийняття його права на ціннісне самовизначення. Орієнтація в навчально-виховному