

**ВПЛИВ МЕХАНОТЕРАПІЇ  
НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ЖІНОК 40–55 РОКІВ  
З ПЕРВИННИМ ГОНАРТРОЗОМ ДРУГОЇ СТАДІЇ**

**Бригада А. А.**

*студентка 1 курсу магістратури спеціальності Терапія, реабілітація,  
Запорізький національний університет  
м. Запоріжжя, Україна*

**Богдановська Н. В.**

*доктор біологічних наук, професор,  
завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії,  
Запорізький національний університет  
м. Запоріжжя, Україна*

**Позмогова Н. В.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,  
Запорізький національний університет  
м. Запоріжжя, Україна*

Гонартроз є надзвичайно важливою соціально-медичною проблемою, кожна третя жінка у віці 45-50 років страждає на цей недуг. Не зважаючи на свій стан, пацієнти частіше знехтують допомогою спеціалістів на ранніх стадіях, та звертаються вже при сильному больовому синдромі. До факторів ризику первинного гонартрозу відносять – вік, жіночу стать, спадковість, стиль життя та ожиріння [1, с. 138].

Мета дослідження – визначити роль механотерапії у фізичній терапії жінок, хворих на первинний гонартроз другої стадії у віці 45–50 років.

При аналізі літературних джерел з'ясовано, що механотерапія – це засіб фізичної реабілітації, спрямований на лікування фізичними вправами з використанням механічних пристроїв, в основному для збільшення м'язової сили та амплітуди руху у суглобах, потім для локальної дії на тканини, лімфо- і кровообіг, збільшення еластичності м'язів і зв'язок. Існує декілька типів механотерапії, до яких входять апарати типу маятник, блокового типу, та ті що діють за принципом важеля, їх принцип базується на біомеханічних особливостях руху у суглобах [4, с. 44].

При підборі індивідуального реабілітаційного плану, спочатку потрібно оцінити початковий стан пацієнта, визначити середній індекс патології за суб'єктивними та об'єктивними критеріями, після чого з'ясувати показання та протипоказання для проведення механотерапії, після чого вирішити можна проводити подальші заходи чи ні. При наявності показань потрібно провести функціональні проби, тести та оцінку функціонального стану суглобів, зробити висновки щодо функціональних можливостей пацієнта та призначити індивідуальну програму реабілітації. На наступний день потрібно провести оцінку адекватності навантаження, аналізуючи чи потрібен перегляд плану реабілітації, чи продовжити розроблену програму [3, с. 4].

Призначають механотерапію разом з терапевтичними вправами, при виконанні терапії треба дотримуватися принципу щадіння ураженого органу і принципу поступовості. Роботу с пацієнтами потрібно розпочинати з малої кількості навантаження, у повільному темпі, дихання повинно бути довільним, а рухи з невеликою амплітудою, у важких пацієнтів можна проводити терапію без вантажу. Положення пацієнта повинно бути зручним та фізіологічно вірним. Рухи не повинні причиняти шкоди та сприяти відчуттю болю, перше заняття повинно тривати 5 хвилин.

Використовуючи такі апарати, як велотренажер, бігову доріжку та підвісну систему як м'ягниковий тип механотерапії ми здійснюємо вплив на згиначі, розгиначі колінного суглобу, починаючи реабілітацію без навантаження [5, с. 134].

Поступово, з кожним днем, додаючи складність терапевтичних заходів, ми збільшуємо і час тренування. Перший день – без навантаження, тренування буде тривати 5 хвилин, без урахування легких загальнорозвиваючих терапевтичних вправ на початку заняття. На другий день, ми додаємо легке навантаження на початку заняття з вихідного положення лежачи та сидячи, що відносяться до розігрівуючих терапевтичних вправ, при тренуванні за умови адекватної реакції на навантаження, збільшуємо тяжкість вправ на велотренажері до невеликого супротиву, на біговій доріжці – час ходи та темп на більш швидкий, на підвісній системі – обтяження до 1 кілограму. Подальші дії в програмі будуються з урахуванням толерантного навантаження для кожного пацієнта, та його реакції та особливостей патології [2, с. 22].

Отже, найбільш важливе значення у механотерапії є правильно оцінений стан пацієнта та те яку мету ми ставимо. Правильно підібраний план реабілітації з включенням механотерапії, з урахуванням особливостей протікання патології та симптоматики є ефективним та доцільним при гонартрозі та проводиться у комплексі з іншими методиками реабілітації та здійснюється під контролем спеціаліста. Терапія повинна мати поступовий підхід з «малого до великого»,

включати контроль за навантаженням та адаптацію програми відповідно до реакції пацієнта.

### Література

1. Журавльова Л.В., Олійник М.О., Сікало Ю.К., Федоров В.О. Основи діагностики та лікування захворювань суглобів. Вид. дім Медкнига. Київ: ХНМУ, 2020. 272 с.

2. Клецкова О.М. Фізична терапія жінок, хворих на ожиріння та остеоартроз колінних суглобів і ступеня. Київ: НУФВСУ, 2023. 204 с.

3. Мінцер О.П., Вакуленко Д.В., Сірант Г.О., Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г. Інформаційні технології у реалізації реабілітаційних програм у пацієнтів похилого віку з первинним гонартрозом. *Медична інформатика та інженерія*. 2017. № 4. С. 71-76.

4. Сазанова І.О. Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації: методичні рекомендації для самостійних занять студентів I курсу медичних факультетів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія», Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 29 с.

5. Фізична терапія при порушенні діяльності опорно-рухового апарату : навч. посібн. / А. М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 183 с.