

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯDOI: 10.21802/artm.2021.3.19.6
УДК 616.728.3-071:616-052**РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ОСНОВІ
МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ
ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я (МКФ)**О.О. Беспалова¹, П.Ф. Рибалко¹, А.М. Сітовський², Т.Є. Цюпак², І.В. Савчук³¹*Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії,**кафедра теорії та методики фізичної культури, м. Суми, Україна,**ORCID ID: 0000-0002-0081-6021, e-mail: i-ozon777@bigmir.net;**ORCID ID: 0000-0002-6460-4255, e-mail: petrorybalko13@gmail.com;*²*Волинський національний університет імені Лесі Українки, кафедри фізичної терапії та ерготерапії, м. Луцьк, Україна,**ORCID ID: 0000-0002-7434-7475, e-mail: andriy.sitovskiy@gmail.com;**ORCID ID: 0000-0002-7891-6882, e-mail: tyatyuanasyupak@i.ua;*³*Академія рекреаційних технологій і права, кафедра здоров'я людини та фізичної реабілітації, м. Луцьк, Україна,**ORCID ID: 0000-0002-5724-0078, e-mail: savthuk.viva@gmail.com***Резюме. Мета:** встановити реабілітаційний діагноз пацієнтів із остеоартрозом на основі МКФ.**Методи.** У дослідженні приймали участь 7 спортсменів-ветеранів віком від 45 до 49 років із первинним гонартрозом II стадії. Основні методи дослідження: клінічні; інструментальні; шкальні методи оцінювання.**Результати.** Реабілітаційний діагноз – максимально повне відображення актуальних проблем пацієнта, які впливають на рівень його функціонування, активності і участі, та є для нього значущими. Він встановлюється членами мультидисциплінарної бригади на основі опитування та комплексної діагностики. Встановлений реабілітаційний діагноз пацієнтів на гонартроз: виявлені помірні структурні зміни у колінних суглобах (s750.2), наявний епізодичний помірний біль (b28014.2), короткотривала ранкова скутість (b7800.2), зниження рухливості колінного суглоба (b710.2), його стабільності (b7150.2) та опорної функції, зниження м'язового тонусу (b7350.2) та сили чотириголового м'язу стегна (b7300.2), що обмежує побутову діяльність і подовжує її у часі (d450.1); труднощі при зміні положення тіла (d410.2), переміщенні сходами та пересуванні на довгі дистанції (d460.3), що обмежує участь у активних формах відпочинку. Пацієнти вказують на поганий настрій, пригніченість через стан здоров'я і вимушене обмеження участі (b152. 1) та занепокоєння з приводу майбутньої професійної діяльності.**Висновки.** Встановлений реабілітаційний діагноз із зазначенням актуальних проблеми пацієнтів на рівні структури і функції, активності і участі, а також визначені контекстуальні фактори, які сприяють, обмежують або унеможливають досягнення бажаного рівня функціональної незалежності, дозволяють індивідуалізувати реабілітаційне втручання таким чином, щоб наблизити цей рівень до максимально можливого.**Ключові слова:** остеоартроз, МКФ, домени, реабілітаційний діагноз, реабілітаційне втручання.

Вступ. Сьогодні патологія опорно-рухового апарату є однією із найбільш поширених проблем професійного спорту. Специфічні особливості тренувальних навантажень у різних видах спорту викликають хронічні функціональні перенавантаження суглобів, що у подальшому призводять до їх травматизації. Як наслідок, це не тільки зниження працездатності та якості життя спортсменів, обмеження або припинення спортивної кар'єри, а й рання інвалідизація. Однією із найбільш поширених хвороб суглобів у практиці спортивного травматолога є остеоартроз (ОА). Остеоартроз (ОА) – це хронічне дегенеративне захворювання суглобів, яке характеризується структурними та функціональними його змінами з переважним ураженням суглобового хряща, яке су-

проводжується болем та порушенням рухливості [1]. Залежно від спортивної спеціалізації остеоартроз уражає великі суглоби нижньої кінцівки: колінні (гонартроз) та кульшові (коксартроз), меншою мірою – суглоби рук (міжфалангові, зап'ястно-п'ястний I пальця) та суглоби поперекового відділу хребта. Так, у бейсболістів найчастіше уражаються ліктьові суглоби, у професійних боксерів – п'ястно-фалангові [2]; остеоартроз колінного суглоба виявляється у футболістів, а ліктьового суглоба – у тенісистів [3].

У спортивній практиці однією із найпоширеніших локалізацій ураження остеоартрозом є колінні суглоби (гонартроз). У великому європейському епідеміологічному дослідженні Zoetermeer Community Survey його поширеність за рентгенологічними кри-

теріями становила 14,1 тис. на 100 тис. у чоловіків і 22,8 тис. на 100 тис. у жінок, старших 45 років [4]. При систематичній дії механічного травмуючого фактора спостерігається зниження резистентності хряща до звичайного фізіологічного навантаження та відбувається порушення його фізико-хімічних властивостей [5].

Надання цілеспрямованої пацієнт-центричної реабілітаційної допомоги пацієнтам/клієнтам із остеоартрозом сьогодні відбувається шляхом встановлення реабілітаційного діагнозу, що ґрунтується на результатах діагностичних стандартів, до яких відносять Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10) і Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), а також науково-доказові діагностичні та інструментальні методи дослідження. Їх застосування дозволяє отримати кількісну і якісну інформацію про стан фізичного та психічного здоров'я пацієнта, виявити наявні порушення відповідно до клінічної реальності, мінімізувати при цьому вплив суб'єктивних факторів [6].

Обґрунтування дослідження. Питання організації реабілітаційного втручання для пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів висвітлюються у наукових працях багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців.

Так, застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) як сучасного інструменту оцінки якості реабілітації хворих остеоартрозом здійснювалося А.Н. Каркавиною (2016); вивчення сучасних засад діагностики та лікування остеоартрозу колінних суглобів на основі медикаментозних та реабілітаційних методів проводилося А.С. Свінціцьким (2013); особливості реабілітації пацієнтів з коксартритом та гонартритом на основі результатів міжнародних уніфікованих шкал та індексів, визначених рекомендаціями міжнародної робочої групи OMERACT, вивчалися В.Д. Сидоровим, К.Н. Даринським (2016); комплексний підхід до фізичної реабілітації осіб з остеоартрозом колінних суглобів здійснювався Т.Є. Христовою, І.С. Демченко (2018); питання фізіотерапії та застосування фізичних вправ при остеоартриті колінного суглоба – К.Д. Allen, Y.M. Golightly (2015); порівняння функціонального стану хворих із остеоартритом колінних суглобів при застосуванні фізіотерапії, інтернет-тренувань з фізичними вправами та при відсутності терапії – Williams Q.I., Gunn A.H., Beaulieu J.E. та ін. (2015); вивчення питань ризику падіння та використання тренувань на рівновагу для пацієнтів з симптоматичним артрозом колінного суглоба представлені у роботах M.L. Anderson, K.D. Allen, Y.M. Golightly та ін. (2019).

Остеоартроз колінного суглоба – це дегенеративно-дистрофічне захворювання, при якому порушується нормальне функціонування колінного суглоба внаслідок руйнування гіалінового хряща, деформації кісткових тканин та якісного складу синовіальної рідини [7]. Симптоматичний гонартроз діагностується у віці, старшому, ніж двадцять шість років у 5% населення, у 17% – у віці, старшому, ніж п'ять років і, приблизно у 23% населення у віці за шістьдесят років [8].

Науковцями підкреслюється, що гонартроз колінного суглоба відноситься до мультифакторних захворювань (є результатом одночасного впливу кількох несприятливих чинників, наприклад, зміни фізико-хімічних властивостей хряща, травматизму, у тому числі професійного, дисплазій, порушення статичної, генетичної схильності, ендокринних і метаболічних розладів та ін.) [2]. Але ключовим етіологічним фактором розвитку гонартрозу у спортсменів різних спеціалізацій визначений саме механічний чинник. У спортивній практиці хронічна мікротравматизація хряща відбувається унаслідок систематичного функціонального перенавантаження та травматизації суглобів, що зменшує його резистентність і здатність протистояти механічним навантаженням, та призводить до морфологічних, біохімічних, молекулярних і біомеханічних змін в клітках і матриці [2]. А саме, на початковій стадії у ділянках максимального механічного навантаження відбувається порушення обмінних процесів, спостерігаються поодинокі осередки розм'якшення хрящової тканини, яка поступово витончується. У подальшому незворотні зміни відбуваються у субхондральній (розташованій під хрящем) кістці: усередині головки кістки формуються патологічні порожнини (кісти), а на її поверхні – кісткові розростання (остеофіти) [9, 10].

Остеоартроз проявляється трьома основними симптомами: суглобовим синдромом, крепітацією та збільшенням об'єму колінного суглобів.

Так, суглобовий синдром характеризується болем по передній та внутрішній поверхнях ураженого суглоба, який значно посилюється в положенні стоячи, при фізичному навантаженні (особливо при згинанні, наприклад, ходьбі сходами) та наприкінці робочого дня, та може стихати при достатньому відпочинку; наявністю «стартового болю» при виконанні перших кроків та ранкової скутості упродовж 30 хвилин.

Одночасно з цим знижується сила чотириголового м'яза та розвивається його атрофія, спостерігається нестабільність суглоба при латеральних рухах через ослаблення бічних зв'язок. За даними А.С. Свінціцького [11], майже у 50% хворих розвивається девіація колінного суглоба із його відхиленням назовні (*genu varum*, рідше – *genu valgum*).

Крепітація в суглобах обумовлена невідповідністю конгруентності суглобових поверхонь, проявляється при будь-яких рухах у вигляді скрипу, хрусту, тріску, та призводить до обмеження рухливості суглоба [3]. При цьому, залежно від тривалості перебігу остеоартрозу, в колінному суглобі може спостерігатися порушення функції розгинання (при тривалому перебігу захворювання), тоді як первинний прояв хвороби у більшості випадків призводить до обмеження амплітуди згинання, але повного блокування суглобу не відбувається.

Упровадження у практичну діяльність фізичних терапевтів та ерготерапевтів МКФ дає змогу деталізувати актуальний реабілітаційний діагноз пацієнтів з остеоартрозом, який розкриваються у відповідних категоріях. Скарги пацієнта, виявлені в ході інтерв'ювання, дозволяють чітко визначити ключові для пацієнта домени, які знижують або уне-

можливіють нормальне його функціонування, активність та участь, а також обрати відповідні методи дослідження. У результаті реабілітаційна допомога здійснюється на засадах пацієнт-центричності з урахуванням його індивідуальних реабілітаційних потреб.

Реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта, сформульований у категоріях МКФ, що відображає всі актуальні аспекти функціонування пацієнта [12]; є повним відображенням проблем пацієнта, що описує всі компоненти здоров'я в категоріях МКФ і має на меті оцінити не тільки медичні проблеми, а й психологічні, соціальні, релігійні та інші, що впливають на функціонування пацієнта і є для нього значущими [13]; частина клінічної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта та інших фахівців медичної галузі, на основі якої здійснюється індивідуалізація реабілітаційного втручання.

Реабілітаційний діагноз встановлюється усіма членами мультидисциплінарної команди та ґрунтується на результатах реабілітаційної діагностики. Відповідно до МКФ кожним із спеціалістів визначаються проблемні домени із встановленими кодами, та здійснюється їх оцінювання за 5-тибальною системою.

При цьому кожен із членів мультидисциплінарної команди володіє своїм діагностичним інструментарієм для виявлення порушень та обмежень [12], а також має свій індивідуальний стиль щодо встановлення професійної взаємодії з пацієнтом відповідно до етико-деонтологічних норм та правил.

У загальному вигляді реабілітаційний діагноз включає в себе домени трьох видів:

- 1) те, що порушено або обмежено (у майбутньому це мета реабілітації);
- 2) те, що збережено та важливо для реабілітації;
- 3) те, що здійснює вплив на реабілітаційний процес (у тому числі може бути завданням) [14].

Отже, дотримання рекомендацій Міжнародного товариства з дослідження остеоартрозу (OARSI) та провідних учених, діагностичних стандартів (МКХ-10 та МКФ) дає змогу сформулювати реабілітаційний діагноз пацієнтів з остеоартрозом колінного суглоба та спрямувати реабілітаційне втручання на вирішення індивідуально значущих для нього проблем на основі пацієнт-центричного підходу.

Мета дослідження: встановити реабілітаційний діагноз пацієнта із остеоартрозом колінного суглоба на основі МКФ.

Матеріали і методи: для досягнення поставленої мети використовувалися наступні методи дослідження: теоретичні (аналіз та узагальнення спеціальної наукової-методичної та клінічної літератури щодо особливостей організації реабілітаційного втручання за основі МКФ; клінічні (аналіз медичної документації, спілкування, клініко-функціональне тестування для діагностики стану колінного суглоба; шкальні методи оцінювання стану пацієнтів (індекс Лекена, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ Хаскиссона), індекс WOMAC, шкала депресій Центру епідеміологічних досліджень (CES-D), оцінка якості життя за опитувальником SF-36); тест «Встань і йди»;

інструментальні (гоніометрія, мануально-м'язове тестування м'язів-розгиначів колінного суглоба (ММТ).

Індекс Лекена (індекс тяжкості гонартрозу) розраховується за 5 показниками, що оцінюються пацієнтом у балах: ступінь виразності болю впродовж ночі (відсутність болю – 0 балів, біль при русі в суглобі – 1 бал, біль у спокої – 2 бали); ступінь виразності болю при ходьбі (відсутність болю – 0 балів, біль при проходженні певної відстані – 1 бал, біль на початку руху – 2 бали); ступінь болю у положенні сидячи більше двох годин (відсутність болю – 0 балів, наявність болю – 1 бал); тривалість ранкової скутості (відсутність – 0 балів, менше 15 хвилин – 1 бал, більше 15 хвилин – 2 бали); посилення болю у положенні стоячи протягом 30 хвилин (відсутність болю – 0 балів, наявність болю – 1 бал); обмеження дистанції ходьби (немає обмежень – 0 балів; більше 1000 м, але з утрудненнями – 1 бал; 1000 м – 2 бали; 500-900 м – 3 бали; 300-500 м – 4 бали; 100-300 м – 5 балів; менш 100 м – 6 балів [15].

Індекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis Index) розраховувався за 3 показниками: біль (5 питань) та обмеження рухливості в колінному суглобі (питання), труднощі при виконанні повсякденної діяльності (17 питань). Оцінка самопочуття здійснювалося за кожним окремим показником та загальною сумою балів, набраних при відповідях на питання, кожна з яких оцінювалася від 0 до 10 (0 балів – без утруднень, 10 балів – неможливо виконати).

Шкала депресій Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) спрямована на виявлення у пацієнтів із гонартрозом депресивних розладів за попередні сім днів та включає 20 питань, які вимірюють рівень депресивних порушень: від 0 (симптом мінливий або відсутній) до 3 (симптом постійний). Сумарний бал за шкалою CES-D від 0 до 60 відображає відповідний рівень депресії: 0-17 балів – норма; 18-26 балів – легка депресія; 27-30 балів – депресія середньої тяжкості; 31 бал і вище – важка депресія.

Візуально-аналогова шкала (ВАШ) – суб'єктивний метод діагностики болю, який передбачає оцінювання ступеня прояву болю на горизонтальній лінії довжиною 10 см. Межа лінії зліва вказує на відсутність болю, справа – на максимальний біль [16]. Біль за шкалою ВАШ вимірюється у міліметрах.

Тест «Встань і йди» проводився із використанням стільця з підлокітниками, секундоміра і безпечної дистанції довжиною 5 м. Пацієнт повинен встати зі стільця та подолати дистанцію у 5 м, обійти предмет на підлозі та повернутися до стільця, знову сісти в нього. При цьому вимірюється час подолання дистанції.

У дослідженні приймали участь 7 спортсменів-ветеранів віком від 45 до 49 років. Критеріями включення були: діючі спортсмени – чоловіки різних спеціалізацій (футбол, важка та легка атлетика); первинний гонартроз II рентгенологічної стадії за Kellgren (за клінічними ознаками та результатами КТ, МРТ); тривалість прояву болю не менше 4 місяців; рівень болю при ходьбі за шкалою ВАШ 45 і більше;

вік пацієнтів – старші 45 років. Головними критеріями виключення були: вторинний гонартроз колінного суглоба; наявність супутніх клінічно значущих захворювань; важкий стан хворого; операції на колінному суглобі; планування артропластики колінного суглоба; внутрішньосуглобові ін'єкції гормональних препаратів або гіалуронової кислоти.

Результати дослідження. Так, в процесі опитування пацієнтів та комплексного обстеження членами мультидисциплінарної команди хворим був встановлений клінічний діагноз – первинний остеоар-

троз колінного суглоба, який, згідно з МКХ-10, відноситься до категорії із зареєстрованим кодом M17-Гонартроз (артроз колінного суглоба), та обрані ключові домени для встановлення реабілітаційного діагнозу: структура суглобового хряща, функція колінного суглоба, рівень болю, оцінка якості життя пацієнтів.

Наочно реабілітаційний діагноз пацієнта з гонартрозом колінного суглоба представлений у таблиці 1.

Таблиця 1

Реабілітаційний діагноз пацієнта з гонартрозом колінного суглоба у ключових категоріях МКФ

Індивідуально значущі для хворого категорії МКФ	Опис проблеми	Відповідальний фахівець мультидисциплінарної команди	Реабілітаційна інтервенція, що дозволяє вирішити проблему пацієнта
s750.2 Структура нижньої кінцівки	МРТ,УЗД	Ортопед	Медикаментозне лікування
d450.1 Ходьба на короткі відстані	Ходьба у межах дому, вставання без опори	Фізичний терапевт	Навчання правильній біомеханіці ходьби без опори
d465.1 Пересування із використанням технічних засобів	Ходьба з застосуванням технічних засобів реабілітації, керованих однією рукою	Ерготерапевт	Навчання користуванню палицею та тростиною
d460.3 Ходьба по сходах	Ускладнене переміщення сходами	Ерготерапевт	Адаптація середовища для максимально можливої самостійної мобільності
d410.2 Зміна основного положення тіла	Вставання з ліжка, глибокого стільця, авто тощо, лягання в ліжку, сидання у крісло, в авто тощо	Ерготерапевт	Адаптація меблів (стілець, крісла, ліжка, унітаз)
d415.2 Підтримання положення тіла	Страх падіння	Ерготерапевт	Тренування рівноваги
b710.2 Функції рухливості колінного суглоба	Невідповідність конгруентності суглобових поверхонь	Фізичний терапевт	Терапевтичні вправи, механотерапія, гідрокінезотерапія, лікувальний масаж
b7150.2 Стабільність колінного суглоба	Нестабільність суглоба при латеральних рухах через ослаблення бічних зв'язок	Фізичний терапевт	Тренування опори на ногу, кінезіотейпування, функціональні вправи на нестабільній опорі
b7300.2 Функції м'язової сили	Зниження сили чотириголового м'яза	Фізичний терапевт	Розвиток сили м'язів (силові вправи на подолання опору; механотерапія)
b7350.2 Функції м'язового тону	Зниження тону чотириголового м'яза стегна	Фізичний терапевт	Терапевтичні (силові) та функціональні вправи, механотерапія
b770.2 Функції стереотипу ходьби	Зміна біомеханіки руху через біль та девіацію колінного суглоба, хромота	Фізичний терапевт	Тренування правильного стереотипу ходьби
b28014.2 Біль у нижній кінцівці	Помірний біль по передній та внутрішній поверхнях колінного суглоба через дегенеративно-дистрофічні зміни суглобового хряща	Невролог	Знеболювальні препарати, фізіотерапія
b7603.2 Опорні функції руки або ноги	Страх падіння	Фізичний терапевт Ерготерапевт	Тренування опори на ногу Ортопедичне взуття з амортизуючою підошвою,

			залучення до заняттєвої активності
b7800.2 Відчуття м'язової скутості	Ранкова скутість	Фізичний терапевт	Лікувальний масаж, терапевтичні вправи
b455.3 Функції толерантності до фізичного навантаження	Низький рівень повсякденної активності	Фізичний терапевт Ерготерапевт	Тренування(аеробні вправи) Планування розпорядку дня
d 850.3 Оплачувана робота	Труднощі у здійсненні професійної діяльності (спортивна кар'єра)	Ерготерапевт	Обговорення можливості повернення до спортивної кар'єри. Питання про зміну трудової діяльності
d 920.3 Відпочинок і дозвілля	Неможливість займатися активними формами відпочинку, що обмежує спілкування з сім'єю	Ерготерапевт	Участь у доступних формах заняттєвої активності з урахуванням інтересів пацієнтів/клієнтів Підтримка членів родини
b130.1 Функції волі та прагнення	Відчувають легку втому	Ерготерапевт	Забезпечення орієнтації на успіх, соціальна підтримка (родичів та друзів), заняттєва активність
b152.2 Функції емоцій	Пригнічення, страх, засмучення через стан свого здоров'я та вимушеного обмеження активності та участі	Клінічний психолог Ерготерапевт	Психотерапевтичний тренінг Соціальна підтримка родичів та друзів, заняттєва активність
e1151.0. Допоміжні вироби і технології для особистого повсякденного користування	Колінний фіксуючий ортез, який не обмежує амплітуду рухів у суглобі	Ерготерапевт	Навчання правильному носінню наколінників, ортезів
e155.3 Дизайн, конструкція і будівельні вироби та технології будівництва для приватного користування	Проживання у квартирі на верхніх поверхах без ліфта, що створює труднощі при пересування сходами; невідповідність меблів	Ерготерапевт	Адаптація середовища (адаптивне обладнання та пристосування, адаптивні меблі)

Основними стандартизованими шкальними методами діагностики стану пацієнта були: ВАШ, оцінка якості життя за опитувальником SF-36, шкала депресій Центру епідеміологічних досліджень (CES-D), індекс Лекена, тест-опитувальник WOMAC, тест «Встань і йди».

Таким чином, за результатами клінічних, інструментальних, функціональних та шкальних методів оцінювання на момент звернення до медичної установи деталізований актуальний стан пацієнтів із остеоартрозом колінних суглобів (табл. 2): за результатами КТ виявлені мінімальні (II стадія – виражені остеофіти, субхондральний склероз) структурно-функціональні зміни у колінних суглобах; виявлено обмеження рухливості в уражених суглобах, зокрема функції згинання, яке, за даними гоніометрії, становило $154,57 \pm 2,79$ мм; пацієнти відчували епізодичний помірний біль в стані спокою (ВАШ $28,5 \pm 0,64$ мм), який посилюється при русі по рівній поверхні (ВАШ $37,4 \pm 0,69$ мм). Найвищий рівень болю ($80 \pm 0,67$ мм за ВАШ) встановлено при переміщенні коридорними сходами (спуск та підйом) та пересуванні на довгі дистанції.

Також пацієнти відчували помірні труднощі при зміні положення тіла (підйом із ліжка, вставання та сідання зі стільця /на стілець), що у сукупності суттєво обмежувало участь у активних формах дозвілля та відпочинку, а також вкорочувало час перебування з родиною.

За результатами опитувальника WOMAC, виявлена короткотривала ранкова скутість та біль, які склали $5,7 \pm 0,24$ мм та $14,4 \pm 0,29$ мм балів відповідно. Тривалість виконання тесту «Встань і йди», який відображує функціональну активність пацієнта з гонартрозом, складала $19 \text{ сек.} \pm 0,67$ мм.

У пацієнтів виявлений помірний рівень невротизації, який проявляється у вигляді поганого настрою та тривоги, а також пригнічення через стан свого здоров'я та вимушене зниження рівня самостійної активності та участі, відчуття власного безсилля, депресію ($24 \pm 0,67$ мм бали за шкалою депресій CES-D), та занепокоєння, що не зможуть повернутися до повноцінної професійної діяльності (спортивна кар'єра). Окрім того, пацієнти відчувають помірний страх перед падінням, труднощі щодо повернення до спортивної кар'єри після тривалої перерви, розглядаються питання пошуку нової роботи.

Таблиця 2

Результати оцінювання наявного стану пацієнтів із остеоартрозом

Шкали	Інтерпретація результатів	Оцінка при зверненні до медичного закладу
Суб'єктивна оцінка болю	ВАШ (мм)	Больовий синдром в стані спокою - 28,4 ± 0,64мм Больовий синдром при русі по рівній поверхні - 37,4 ± 0,69мм Больовий синдром при русі по сходах - 80 ± 1мм
Оцінка якості життя	Опитувальник SF-36	PF- 30 PR- 25 BP- 41 GH- 55 VT- 50 SF- 50 RE- 33 MH-64
Функціональна активність	Тест «Встань і йди»(сек)	19 ± 0,67мм
Рухливість у колінному суглобі	Гоніометрія	154,15 ± 2,79мм
Сила чотириголового м'яза	ММТ	± 0мм
Оцінка психоемоційного статусу	Шкали депресій Центру епідеміологічних досліджень (CES-D)	24 ± 0,67мм
Оцінка симптомів гонартрозу (функціональності)	Тест - опитувальник WOMAC	Критерій «біль» - 14,4 ± 0,29мм Критерій «ранкова скутість» - 5,7 ± 0,24мм Критерій «функціональна активність» - 59 ± 0,67мм
Функціональний стан колінного суглоба	Індекс Лекена (тяжкість гонартрозу)	8 ± 0, 33мм

Поряд з цим пацієнти відчують легкі труднощі у повсякденній активності (дотримання розпорядку, самообслуговування, побутової діяльності та ін.), а на їх виконання витрачається більше часу, ніж зазвичай. У сукупності це вказує на помірні обмеження фізичної активності пацієнта. За результатами опитування пацієнтів остеоартроз не впливає на ефективність комунікації.

Обговорення результатів. Остеоартроз колінного суглоба є однією із найбільш поширених ревматичних патологій опорно-рухового апарату спортсменів із систематичними функціональними перенавантаженнями суглобів нижніх кінцівок. Згідно з законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», реабілітація пацієнтів будь-якої нозологічної групи повинна здійснюватися поетапно: проведення реабілітаційного обстеження, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної їх оцінки, які зазначаються у реабілітаційному діагнозі, та створення індивідуального плану реабілітаційного втручання [17].

Встановлення реабілітаційного діагнозу пацієнтів із остеоартрозом колінних суглобів базувалося на результатах діагностичних стандартів (МКХ-10 та МКФ) із виявленням актуальних обмежень у повсякденному функціонуванні, активності та участі, а їх

кількісна оцінка здійснювалася із застосуванням діагностичних та інструментальних методів дослідження.

На підставі скарг пацієнтів та розумінні особливостей прояву захворювання були обрані ключові категорії МКФ, які становили основу реабілітаційного діагнозу пацієнтів із остеоартрозом колінних суглобів.

На рівні структури у пацієнтів виявлені мінімальні (II стадія – виражені остеофіти, субхондральний склероз) структурно-функціональні зміни у колінних суглобах із кодом s750.2. Основний діагноз підтверджений результатами КТ і вимагає медикаментозного лікування провідним фахівцем.

Ключовими порушеннями на рівні функцій відзначені: тимчасовий помірний біль у нижній кінцівці (b28014.2) в стані спокою з посиленням при спусках і підйомах на сходах та пересуванні на довгі дистанції (b28014.3), короткотривала ранкова скутість (b7800.2), зниження рухливості колінного суглоба (b710.2), його стабільності (b7150.2) та опорної функції, зниження м'язового тону (b7350.2) та сили чотириголового м'яза стегна (b7300.2), що у сукупності змінює стереотип ходьби (b770.2), впливає на рівень повсякденної рухової активності (b455.3). Означені помірні порушення функцій потребують втручання фізичного терапевта, основними завдання-

ми якого будуть відновлення амплітуди рухів та попередження утворення контрактури колінного суглоба; зміцнення м'язів стегна та нормалізація м'язового тону; відновлення правильного паттерну руху; розвиток загальної витривалості та підвищення рухової активності пацієнтів.

Необхідність вирішення цих завдань пояснюється тим, що зазначені порушення суттєво відображаються на активності та участі пацієнтів, їх психоемоційному стані, а у подальшому будуть стимулювати погіршення їх стану.

Встановлено, що суттєвих труднощів у пацієнтів із дотриманням щоденного розпорядку немає, вони майже без перешкод (d450.1) пересуваються в домашніх мовах (d450.1), але на їх виконання витрачається більша кількість часу, ніж до захворювання. Але діяльність, яка вимагає зміни основного положення тіла (d410.2), викликає помірні труднощі.

Також пацієнти вказували на часткову ізолюваність через труднощі у пересуванні поза межами квартири, особливо по нерівних поверхнях, сходами та спусками (d460.3).

Означені порушення діяльності вимагають втручання ерготерапевта, основними завданнями якого буде оцінка факторів навколишнього середовища для визначення ключових бар'єрів, в тому числі архітектурних перешкод, які обмежують або унеможливають самостійне пересування пацієнтів та усунення деяких з них; адаптація меблів (стілець, крісла, ліжко, унітаз). Не менш важливим є вибір додаткових технічних засобів (тростина, активний ортез) для полегшення пересування та навчання пацієнтів навичкам користування (d465.1) для підвищення рівня самостійної активності.

Таким чином, формулювання реабілітаційного діагнозу пацієнтів із остеоартрозом колінних суглобів повною мірою відображає ключові аспекти їх функціонування, що дає змогу визначити склад фахівців мультидисциплінарної команди, які будуть брати участь у реабілітаційному втручанні, а також визначити довготривалі та короткотривалі цілі цього втручання.

Висновки:

1. Надмірні тренувальні навантаження при заняттях спортом викликають хронічні функціональні перенавантаження суглобів та їх травматизацію, що сприяє зниженню якості життя спортсменів, обмеженню активності та участі, припиненню спортивної кар'єри, а у важких випадках – інвалідизації. У спортивній практиці однією із найпоширеніших локалізацій ураження остеоартрозом є колінні суглоби (гонартроз). Гонартроз колінного суглоба – це дегенеративно-дистрофічне захворювання, при якому відбувається руйнування гіалінового хряща, деформація кісткових тканин та якісного складу синовіальної рідини.

2. Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам здійснюється у декілька етапів, одним із яких є формулювання реабілітаційного діагнозу. Реабілітаційний діагноз – це максимально повне відображення актуальних проблем пацієнта, які впливають на рівень його функціонування, активності і участі та є для нього значущими. Він встановлюється усіма чле-

нами мультидисциплінарної бригади та базується на результатах опитування та комплексної діагностики. Основним інструментом для встановлення реабілітаційного діагнозу є категорії МКФ.

3. Був встановлений реабілітаційний діагноз, у якому зазначені актуальні проблеми пацієнтів на рівні структури і функції, активності і участі, а також контекстуальні фактори, які сприяють, обмежують або унеможливають досягнення бажаного рівня функціональної незалежності, дозволяють індивідуалізувати реабілітаційне втручання таким чином, щоб наблизити цей рівень до максимально можливого.

4. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробці індивідуальної програми реабілітаційного втручання відповідно до реабілітаційного профілю пацієнтів із гонартрозом колінних суглобів.

References:

1. Priority Diseases and Reasons for Inclusion. 6.12 (BP6_12Osteo.pdf). Available from: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Ch6_12Osteo.pdf.
2. Babinets LS, Maievska TV. Osteoartroz u praktytsi simeinoho likaria: vybrani pytannia kliniky, patohenezu, diahnostryky ta likuvannia. 2016; 7(380):42-43.
3. Stadniuk LA. Osteoartroz u problema khronychesko boly v terapevtychesko praktyke. Chast1. Mystetstvo likuvannia. 2011; 3(79):4-10.
4. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. Lancet. 2011; 377:2115-2126.
5. Denesiuk VI, Denesiuk OV. Vnutrishnia medytsyna: pidruchnyk. Kyiv: Morion. 2019. P.960. Available from: <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-medytsyna/6-rozdil-revmatychni-khvoroby/6-4-osteoartroz/>
6. Maruta NA. Systema dyahnostycheskykh podkhodov u kryteryev DSM-5: vozmozhnosty dlia spetsyalystov, rabotaiushchykh v sfere psykhycheskoho zdorovia. NeuroNews: psykhonevrolohiya y neiropsykhiatryia. 2018; 2(95):14-18.
7. Budzyn V, Huzii O, Zharska N. Suchasni pidkhody do fizychnoi rehabilitatsii osib z deformuiuchym osteoartrozom. Moloda sportyvna nauka Ukrainy. 2015; 3:21-26.
8. Kabalyk MA. Rasprostranennost osteoartrita v Rossii: regionalnye aspekty dinamiki statisticheskikh pokazateley za 2011–2016 gg. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2018; 56(4):416-422.
9. Nevedomska YeO, Pysarev OO. Fizychna rehabilitatsiia pry artrozi tazostehnovoho suhloba. Molodyi vchenyi. 2018; 10(62):477-481.
10. Khytrov NA. Osteoartroz. Sovokupnost klynicheskyykh form y soputstvuiushchykh zaboлевanyi. RMZh. 2015; 7:363.
11. Svintsitskyi AS. Suchasni zasady diahnostryky ta likuvannia osteoartrozu kolinnyykh suhlobiv. Praktykuiuchy likar. 2013; 4:7-14.
12. Melnykova EV, Builova TV, Bodrova RA. Yspolzovanye mezhdunarodnoi klassyfykatsyy funktsyonyrovaniya (MKF) v ambulatornoi y

- statsyonarnoi medytsynskoi reabylytatsyy: ynstruktsiya dlia spetsyalystov. Vestnyk vosstanovitelnoi medytsyny. 2017; 6(82):1219-1228.
13. Shmonyn AA, Maltseva MN, Melnykova EV, Yvanova HE. Bazovye printsipy meditsynsko reabilitatsii. reabilitatsionnyy diagnost v kategoriakh MKF i reabilitatsionnyy plan. Vestnik vosstanovitelnoi medytsyny. 2017; 2:18.
14. Shmonyn AA, Maltseva MN, Melnykova EV. Multydystsyplynarnaia tekhnolohiya poyska tsely reabylytatsyy na osnove Mezhdunarodnoi klasyfikatsyy funktsionirovaniya, ohranicheniya zhyznedeiatelnosti y zdorovia. Consilium Medicum. 2019; 21(2):9-17.
15. Neiko YeM, Holovach Iiu. Metodyka klinichnoho obstezhennia suhlobiv pry revmatychnykh zakhvoriuvanniakh: Navch. Posibnyk. Ivano-Frankivsk. 2001. P.72.
16. Kersten P, White PJ, Tennant A. Is the pain visu, al analogue scale linear and responsive to change? An exploration using rasch analysis. PLoS ONE. 2014; 9(6):485-9. Available from: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0099485>.
17. Zakon Ukrainy «Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia». Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

УДК 616.728. 3-071:616-052

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

О.А. Беспалова¹, П.Ф. Рыбалко¹, А.М. Ситовский², Т.Е. Цюпак², И.В. Савчук³

¹Сумской государственной педагогической университет имени А.С.Макаренка, кафедра здоровья, физической терапии, реабилитации и эрготерапии, кафедра теории и методики физической культуры, г. Сумы, Украина,

ORCID ID: 0000-0002-0081-6021,

e-mail: i-ozon777@bigmir.net;

ORCID ID: 0000-0002-6460-4255,

e-mail: petrorybalko13@gmail.com;

²Волинский национальный университет имени Леси Украинки, кафедра физической терапии и эрготерапии, г. Луцк, Украина,

ORCID ID: 0000-0002-7434-7475,

e-mail: andriy.sitovskiy@gmail.com;

ORCID ID: 0000-0002-7891-6882,

e-mail: tyatyanacypurak@i.ua;

³Академия рекреационных технологий и права, кафедра здоровья человека и физической реабилитации, г. Луцк, Украина,

ORCID ID: 0000-0002-5724-0078,

e-mail: savthuk.viva@gmail.com

Резюме. Цель: установить реабилитационный диагноз пациентов с гонартрозом на основе МКФ.

Методы. В исследовании принимали участие 7 спортсменов-ветеранов в возрасте от 45 до 49 лет с первичным гонартрозом II стадии. Основные методы исследования: клинические; инструментальные; шкальные методы оценки.

Результаты. Реабилитационный диагноз – максимально полное отражение актуальных проблем пациента, которые влияют на уровень его функционирования, активности и участия и являются для него значимыми. Он устанавливается членами мультидисциплинарной бригады на основе опроса пациентов и комплексной диагностики. Установлен реабилитационный диагноз гонартроз: обнаружены умеренные структурные изменения в коленных суставах (s750.2), эпизодическая умеренная боль (b28014.2), кратковременная утренняя скованность (b7800.2), снижение подвижности коленного сустава (b710.2), его стабильности (b7150.2) и опорной функции, снижение мышечного тонуса (b7350.2) и силы четырехглавой мышцы бедра (b7300.2), что ограничивает бытовую деятельность и продлевает ее во времени (d450.1); трудности при изменении положения тела (d410.2), перемещении по лестнице и на длинные дистанции (d460.3), что ограничивает участие в активных формах отдыха. Пациенты указывают на плохое настроение, подавленность из-за состояния здоровья и вынужденное ограничение участия (b152.1) и беспокойство по поводу будущей профессиональной деятельности.

Выводы. Установлен реабилитационный диагноз с указанием актуальных проблем больных на уровне структуры и функции, активности и участия, а также определены контекстуальные факторы, которые способствуют, ограничивают или делают невозможным достижение желаемого уровня функциональной независимости, позволяют индивидуализировать реабилитационное вмешательство таким образом, чтобы приблизить этот уровень к максимально возможному.

Ключевые слова: гонартроз, МКФ, домены, реабилитационный диагноз, реабилитационное вмешательство.

UDC 616.728. 3-071:616-052

REHABILITATION DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH GONARTHROSIS ON THE BASIS OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATION OF LIFE ACTIVITY AND HEALTH

О.О. Беспалова¹, П.Ф. Рыбалко¹, А.М. Ситовский², Т.Е. Цюпак², И.В. Савчук³

¹Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko, Department of Health, Physical Therapy, Rehabilitation and Occupational Therapy, Department of Theory and Methodology of Physical Culture,

Sumy, Ukraine,

ORCID ID: 0000-0002-0081-6021,

e-mail: i-ozon777@bigmir.net;

ORCID ID: 0000-0002-6460-4255,

e-mail: petrorybalko13@gmail.com;

²Lesya Ukrainka Volyn National University, Department of Human Health and Physical Therapy, Lutsk, Ukraine,

ORCID ID: 0000-0002-7434-7475,

e-mail: andriy.sitovskiy@gmail.com;

ORCID ID: 0000-0002-7891-6882,

e-mail: tyatyanacyupak@i.ua;

³Private Higher Education Institution Academy of Recreational Technologies and Law, Department of Human Health and Physical Rehabilitation, Lutsk, Ukraine,

ORCID ID: 0000-0002-5724-0078,

e-mail: savthuk.viva@gmail.com

Abstract. Excessive training loads during sports cause chronic functional overload of the joints and their trauma, which reduces the quality of life of athletes, limits activity and participation, termination of sports careers, and in severe cases - disability. In sports practice, one of the most common sites of osteoarthritis is the knee joints (gonarthrosis). Gonarthrosis of the knee joint is a degenerative-dystrophic disease in which the destruction of hyaline cartilage, deformation of bone tissue and the qualitative composition of synovial fluid. A key link in the development of an individual program of rehabilitation intervention is the formulation of a rehabilitation diagnosis.

The aim of the research: to determine the rehabilitation diagnosis of patients with gonarthrosis of the knee joints on the basis of the International Classification of Functioning, Restriction of Life and Health (ICF).

Materials and methods: theoretical (analysis and generalization of scientific-methodical and clinical literature); clinical (analysis of medical records, communication, palpation, clinical and functional testing; physical examination); scale methods for assessing the condition of patients (Leken index, pain scale, depression scale (CES-D), assessment of quality of life according to the SF-36 questionnaire); instrumental (goniometry, manual-muscular testing).

The research involved 7 veteran athletes aged 45 to 49 years with primary gonarthrosis stage II.

Inclusion criteria: current athletes - men of different specializations; primary gonarthrosis of the second

radiological stage according to Kellgren; duration of pain not less than 4 months; the level of pain when walking on the scale of YOUR 45 and more; age of patients older than 45 years; informational consent of patients to participate in the research. Inclusion criteria: secondary gonarthrosis of the knee joint; the presence of comorbidities; severe condition of the patient; knee surgery; planning of arthroplasty of the knee joint; intra-articular injections; lack of information consent.

Rehabilitation diagnosis is the most complete reflection of the patient's current problems, which affect the level of his functioning, activity and participation, and are significant for him. It is established by all members of the multidisciplinary team, and is based on the results of comprehensive rehabilitation diagnostics. The main tool for establishing a rehabilitation diagnosis are the categories and domains of IFF. Rehabilitation diagnosis of patients with gonarthrosis: moderate structural changes in the knee joints (s750.2), episodic moderate pain (b28014.2), short-term morning stiffness (b7800.2), decreased mobility of the knee joint (b710.2), his stability (b7150.2) and support function, decrease in muscle tone (b7350.2) and strength of the quadriceps femoris (b7300.2), which limits domestic activity and prolongs it over time (d450.1); difficulties in changing body position (d410.2), moving up stairs and moving long distances (d460.3), which limits participation in active forms of recreation. Patients report poor mood, depression due to health and forced restriction of participation (b152. 1), and concerns about future careers.

Conclusions. Rehabilitation care is provided to patients in several stages, one of which is the formulation of a rehabilitation diagnosis. Rehabilitation diagnosis was established, in which the current problems of patients at the level of structure and function, activity and participation, as well as contextual factors that contribute, limit or prevent the achievement of the desired level of functional independence, allow individualization of rehabilitation intervention to bring this level to the maximum possible.

Keywords: gonarthrosis, international classification of functioning, limitation of life and health, domains, rehabilitation diagnosis, rehabilitation intervention.

Стаття надійшла в редакцію 17.03. 2021 р.