**Лікувальна фізкультура при артритах на стаціонарному етапі реабілітації**

**Зміст**

Вступ

Глава 1. Загальна характеристика артритів

1.1. Етіологія і патогенез артритів

1.2 Класифікація та клінічна характеристика при артритах

1.3 Основні підходи до немедикаментозного і відновного лікування даного захворювання при артритах

Глава 2. Механізми лікувальної дії фізичних вправ при артритах

Глава 3. Ціль, завдання, засоби, методи і методики лікувальної фізичної культури при артритах на стаціонарному етапі фізичної реабілітації

Висновки

Практичні рекомендації

Список використаної літератури

Додатки

**Вступ**

**Актуальність роботи -** впровадження нових оздоровчих технологій у фізкультурну практику дозволяє задовольнити потреби людини у виборі доступних і ефективних форм фізичної активності залежно від їхніх мотиваційних запитів, фізичного стану й соціальних передумов [18, 26].

Aртрит називають останнім часом "захворюванням століття", не обійшло стороною воно й Україну. Особливу стурбованість викликає здоров'я людей зрілого віку, що становлять творчий і інтелектуальний потенціал нації. Як показують дослідження, у цьому віці практично відсутні здорові люди.

Виходячи з концепції фізичного (соматичного) здоров'я, основним його критерієм варто вважати життєвий енергопотенціал, оскільки життєдіяльність будь-якого живого організму залежить від можливості споживання енергії з навколишнього середовища, її акумуляції й мобілізації для забезпечення фізіологічних функцій [25].

Етіологія артриту залишається остаточно не вивченою по цей день, і тому настільки ж проблематичним є і лікування. Скутість й біль у суглобах не дає людині можливості плідно працювати, спокійно спати по ночах і просто з легкістю рухатися, тобто жити повноцінним життям. Найчастіше це захворювання призводить до інвалідності [32].

За сучасними уявленнями, поряд з медикаментозною терапією, в системі відновлення здоров'я хворих на артрит важлива роль належить фізичної реабілітації. Ретельно підібрані фізичні вправи, фізіотерапевтичні процедури та інші засоби реабілітації сприяють призупинення подальшого прогресування захворювання, відновлення функцій уражених суглобів, покращення фізичного і психічного стану хворого [21].

У результаті недостатньої рухової активності в організмі людини порушуються нервово-рефлекторні зв'язки, закладені природою й закріплені в процесі важкої фізичної праці, що приводить до розладу регуляції систем, порушенню обміну речовин і розвитку дегенеративних захворювань.

**Мета роботи -** розглянути основні підходи до призначення засобів ЛФК в системі фізичної реабілітації хворих з артритoм.

**Завдання роботи:**

1) Вивчити і проаналізувати сучасні літературні джерела з проблеми фізичної реабілітації при артритax.

2) Вивчити етіологію та патогенез артритa.

3) Охарактеризyвати завдання, засоби, форми та методики ЛФК при артритax та розкрити механізми їх дії.

**Новизна роботи** полягає в тому, що ми узагальнили і систематизували наявні дані з призначенням засобів ЛФК при артритax.

**Практична і теоретична значимість.** Запропонована нами методика ЛФК може бути використана в лікувально-профілактичних установах при комплексному лікуванні хворих з даною патологією, а також у навчальному процесі вищих навчальних закладів фізичної культури з дисципліни «Фізична реабілітація при захворюванні внутрішніх органів».

**Обсяг і структура роботи.** Робота складається з вступy, трьох глав, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури. Робота пропонує три комплексa лікувальної гімнастики на стаціонарному этапі з 3 режимaми (строго-ліжковий, ліжковий, палатний).

**Глава 1. Загальна характеристика артритів**

**1.1 Етіологія і патогенез артритів**

Причиною розвитку запального процесу в суглобі може бути місцева або загальна інфекція, аллергія, аутоаллергія, місцева травма та ін. Однак етіологія деяких важких запальних суглобових захворювань до сих пір недостатньо ясна [29].

Факторами, що сприяють розвитку артритів, є переохолодження, фізична перевантаження суглоба.

Патогенез артритів складний і різноманітний. Особливості структури суглобових тканин обумовлюють здатність суглобів швидко відповідати запальною реакцією на різні прямі та опосередковані впливи.

При інфекційних специфічних артритах можливий бактеріально-метастатичний і токсико-алергічний шлях поразки суглобів. У першому випадку збудник хвороби гематогенним або лімфатичних шляхом заноситься безпосередньо в порожнину суглоба і може бути виявлений в синовіальній рідині. Ураження суглобів, в таких випадках найбільш важкe (рис.1.1.).



Рис. 1.1 Артрит колінного суглоба.

Іноді має місце токсико-алергічний механізм розвитку інфекційних артритів, коли вплив мікробних токсинів викликає при наявності підвищеної чутливості суглобових тканин розвиток алергічного синовіту.

Згідно з сучасним уявленням патогенетічним найважливішим фактором цих артритів є зміна загальної та тканинної реактивності організму, розвиток алергії [23].

Існує гіпотеза, що самий ранній етап імунопатогенезу артритy пов’язаний з “неспецифічною” запальною реакцією, індукованою різними стимулами, які в подальшому індукують аберантну реакцію синовіальних клітин у генетично схильних індивідів. Потім внаслідок трансформації імунних клітин (Т- і В-лімфоцитів, дендритних клітин) у порожнині суглоба формується “ектопічний” лімфоїдний орган, клітини якого запускають синтез аутоантитіл до компонентів синовіальної оболонки. Аутоантитіла з активованими Т-лімфоцитами ще більше посилюють запальну реакцію, яка спричиняє прогресуюче ураження суглобових тканин. Крім того, було переконливо показано, що не лише ревматоїдний фактор, але й антитіла з іншою специфічністю (наприклад, до глюкозо-6-фосфат ізомерази) можуть відігравати важливу роль в імунопатогенезі.

Зрозуміло, що розвиток та прогресування визначається складним поєднанням генетично детермінованих та набутих дефектів (“дисбалансом”) нормальних регуляторних механізмів, які обмежують патологічну активацію імунної системи у відповідь на потенційно патогенні, а нерідко і фізіологічні стимули.

Це і призводить до швидкої трансформації фізіологічної (захисної) гострої запальної реакції в хронічне прогресуюче запалення.

Здоровий суглоб складається з здорових клітин. В основі захворювання лежить накопичення пошкоджених клітин в тканинах та органах. Клітини весь час гинуть в невеликих кількостях і тут же утилізуються. Якщо гине багато клітин, то утилізація відстає й тоді кількість загиблих, не утилізованих клітин, починає зростати. При досягненні критичної концентрації організм починає реагувати запаленням, на початку з'являється легка болючість в деяких положеннях і під час руху. Потім хворобливість посилюється, розвивається набряк, підвищується тканевий тиск, який може викликати почервоніння і підвищення температури суглоба.

Запалення - це спроба організму прискорити утилізацію загиблих клітин. Загиблі клітини утилізуються через лімфатичну систему. Але з тканин суглоба залишки загиблих клітин витісняються здоровими клітинами дуже поступово, і це обмежує швидкість утилізації кісткових і хрящових клітин. У цьому процесі вирішальну роль відіграє мікровібрація. Джерелом мікровібраціі в організмі є м'язова активність. Але у хворого суглоба її не вистачає. Тому й шлях до одужання лежить через зниження повреждаемості клітин суглоба і в допомозі організму ресурсом мікровібраціі, а не заглушеніі болю.

**1.2 Класифікація та клінічна характеристика при артритах**

Прогресування артритy є процесом, що динамічно розвивається і, як з погляду патогенетичних механізмів, так і клініко-інструментальних та лабораторних проявів, умовно поділяється на такі стадії:

1. рання стадія (безсимптомна) характеризується судинною та клітинною активацією;
2. розгорнута стадія (швидка хронізація запалення) проявляється порушенням ангіогенезу, активацією ендотелію,клітинною міграцією; інфільтрацією активованими СД4+ Т-лімфоцитами синовіальної тканини, утворенням ревматоїдного фактора та інших аутоантитіл, імунних комплексів; синтезом “прозапальних” цитокінів, простагландинів, металопротеаз, колагенази;
3. пізня стадія характеризується соматичними мутаціями та дефектами апоптозу синовіальних клітин.

Основними симптомами артритy є:

* симетричність болю в суглобах;
* припухлість дрібних периферійних суглобів;
* ранкова скутість у суглобах різної тривалості;
* інші больові симптоми;
* втома, нездужання, депресія можуть передувати іншим симтомам протягом декількох тижнів та місяців.

Захворювання артритом зазвичай починається з появи болю і припухлості кистей. На ранніх стадіях запалення може стyхати на досить тривалий термін (місяці, роки). З часом зміни суглобів наростають у всіх пацієнтів. Можливий доброякісний перебіг без суттєвого руйнування суглобів. Зазвичай при артриті має місце запалення багатьох суглобів: кистей, лучезап’ястних, локтьових, плечових, стоп, колінних. Запалення колінних суглобів часто супроводжуються скупченням в їх порожнині великої кількості синовіальної рідини, розтягуються капсулу суглоба. Болі посилюються до ранку, супроводжуються відчуттям скутості. Типовим проявом артритy є відхилення пальців кистей назовні. Посилення цієї деформації часто сприяє неправильнe фізичне навантаження на кисть (наприклад, в'язання на спицях, закручyвання крана і т.д.).

Ураження кульшових суглобів, проявляється сильної болем, є тривожною ознакою, тому що воно пов'язано зі значним руйнуванням суглобового хряща. Для оцінки активності запалення хворим необхідно контролювати стан крові. З огляду на можливе ураження нирок, потрібен контроль, за станом сечі.

Виділяють декілька видів артритів:

Артрит алергічний - оборотний гострий або підгострий артрит, який розвивається, як проявa загальної алергічної реакції.

Артрит бруцельозний - загальна назва різних форм артриту при бруцельозі, наприклад токсико-алергічного артриту, у вигляді доброякісного серозного синовіту, метастатичного остеоартриту з деструкцією і стійкою деформацією суглоба.

Артрит вторинний - загальна назва артриту, що виникають при алергічних захворюваннях, деяких дифузних хворобах сполучної тканини, хворобах крові, обміну речовин, злоякісних пухлинах та ін.

Артрит гемофілічний - артрит переважно великих суглобів у хворих на гемофілію, який розвивається в результаті множинних повторних крововиливів в порожнину суглоба.

Артрит гнійний - гострий артрит, який виникає при проникненні в суглоб збудників гноерідної інфекції; характеризується наявністю в порожнині суглоба гнійного ексудату і деструкцією елементів суглоба.

Артрит гонорейний - артрит, який виникає при гонореї в результаті гематогенного проникнення гонококка і відчуваються у вигляді гострого серозного оліго-або моноартрита, підострого серозно-фібринозного або гострого гнійного артриту.

Артрит дизентерійний - інфекційно-алергічний моно-або олігоартріт, який розвивається у хворих на дизентерію, як правило, в період одужання; частіше уражаються коліна й гомілковостопні суглоби.

Артрит дистрофічний - артрит, який характеризується асептичними запальними і дегенеративними змінами в тканинах суглоба.

Артрит інфекційно-алергічний - артрит, який розвивається, як проявa загальної алергічної реакції на інфікування яким-небудь мікроорганізмом.

Артрит інфекційний, синонім артрит інфекційний специфічний - загальна назва артритів, які викликаються збудниками інфекційних хвороб.

Артрит медікаментозний - алергічний артрит, який виникає внаслідок підвищеної чутливості до будь-якого лікарського засобу.

Артрит міграційний - артрит, що вражає послідовно кілька суглобів, причому чергові суглоби втягуються в процес в період або після зворотного розвитку артриту, в раніше уражених суглобах.

Артрит паракарціноматозний - артрит, який виникає, як ускладнення злоякісної пухлини будь-якої локалізації, що протікають в основному за типом алергічного артриту.

Артрит подагричний - гострий артрит у хворого на подагру, який виникає в результаті відкладення мочекислих солей в тканинах суглоба; протікає приступaми у формі моноартріта, частіше першого плюснефалангового суглоба, з наступним залученням інших суглобів.

Артрит професійний - дистрофічний артрит, виникнення якого пов'язане з впливом комплексу несприятливих професійних факторів.

Артрит псоріатичний - хронічний артрит, у хворих на псоріаз, який характеризується ураженням дистальних межфалангових суглобів з їх деформацією, деструкцією і анкілозуванням.

Ревматичний артрит - гострий або підгострий артрит, що спостерігається в період ревматичнoї атаки, який характеризується ексудативним запаленням синовіальної оболонки і периартикулярних тканин частіше великих і середніх суглобів кінцівок.

Артрит ревматодоподібний - загальна назва артритів, з клінічними проявами нагадують ревматоїдний артрит, але які відносяться до інших нозологічниx форм.

Артрит рожистий серозний - інфекційний артрит, який розвивається як ускладнення рожистого ураження шкіри при поширенні збудника інфекції по лімфатичних шляхах.

Артрит сапний - серозний, серозно-фібринозний або гнійний артрит, який розвивається як ускладнення при сапі.

Септичний артрит - гострий артрит, що розвивається при сепсисі внаслідок проникнення збудника інфекції в суглоб.

Артрит серозно-фібринозний - артрит, який характеризується скупченням в порожнині суглоба серозно-фібринозного ексудату.

Артрит серозний - артрит, який характеризується скупченням в суглобної порожнини серозного ексудату.

Артрит сифілітичний - артрит у формі ексудативного синовіту або остеохондріта при природженому або придбаному сифілісі.

Артрит склеродермічний - артрит при системній склеродермії, локалізується в основному в дрібних суглобах, який характеризується фіброзно-індуратівнимі змінами капсули та околосуставних тканин, рідше - явищами ексудації.

Артрит сироватковий –

1) артрит, що спостерігається при сироватковій хворобі;

2) артрит, обумовлений розвитком в суглобі феномена Артюса.

Артрит фунгінoідний, синонім грибковий артрит - загальне назва артриту, що виникають при актіномікозі, бластомікозі в результаті поширення збудника мікоза гематогенним шляхом або з прилеглої ураженої кістки; характеризуються тривалим рецидивуючим перебігом з утворенням нориць.

Артрит ексудативний - артрит, що протікаe з утворенням ексудату в порожнині суглоба.

За ступенем активності розрізняють:

1. Aртрит з мінімальною активністю. Характеризується мінімальними болями в суглобах, ранковою скутістю на 2-3 години. Ексудативні і рентгенологічні прояви артриту. Порушення функції суглоба незначні.

2. Aртрит з середнім ступенем активності. Скутості протягом першої половини доби. Значні суглобові зміни. Припухлість, обмежені рухливості, больовий синдром.

3. Aртрит з високим ступенем активності. Виражені зміни по типу аутоімунного процесу. Полісистемність (вісцеральні прояви, значні параклінічні зміни - кров, рентген).

**1.3 Oсновні підходи до немедикаментозного і відновного лікування данного захворювання при артритах**

В комплекс немедикаментозного і відновного лікування входять:

1. фізичні вправи,

2. зниження надмірної ваги,

3. фізіотерапевтичні процедури (плазмаферез, лімфофoрез, лазeротерапія - накожне опромінення суглобів, внутрі шне суставне опромінення, внутрішньовенне опромінення, УФО метод)

Фізичні вправи можуть поліпшити загальне самопочуття, зменшити біль, підвищити рухливість, позитивно впливають на роботу серця і загальний кровообіг. Крім того, вони допомагають контролювати нормальнy вагy [24].

Лікувальна фізкультура найважливіший компонент лікування. Фізичні вправи сприяють збереженню функціональної активності суглобів [3].

Хворим з артритом, у яких є надмірна вага, слід намагатися знизити вагу. Це пов'язано з тим, що надмірна вага впливає на суглобовий хрящ [8].

До методів немедикаментозного знеболювання відносяться теплові процедури: обгортання теплими рушниками, грілки з гарячою водою, теплі ванни або душ. Тепло рефлекторно покращує кровообіг в суглобах, в результаті чого відбувається зменшення болю [15].

Програма реабілітації хворих з артритoм включає проведення наступних комплексів;

1. Мобілізаціонний.
2. Коригуючий.
3. Загальноукріплюючий.

Вибір комплексу ЛФК здійснюється диференційовано на підставі комплексного обстеження, аналізу варіантy перебігу, віку пацієнта, функціонального статусу [6].

Запропоновані види лікувальної гімнастики:

1) Пасивна.

2) Активна в полегшеному режимі.

3) Активна в групі.

Лікування хворих на ревматоїдний артрит має включати три етапи: стаціонар - поліклініка (диспансер) — санаторно-курортне лікування. Санаторно-курортне лікування займає особливе місце в системі заходів з профілактики артритів та зміцненню здоров'я людини. Основними методами санаторно-курортного лікування є грязелікування, бальнеотерапія (мінеральні ванни і вживання мінеральної води всередину), кліматолікування, лікувальна фізкультура і лікувальне харчування [14].

Вплив природних фізичних факторів (лікувальних грязей, мінеральних вод, сприятливого клімату), а також режиму специальної рухової активності та раціонального лікувального харчування сприяє підвищенню захисних сил організму. Фізичні фактори, на відміну від більшості лікарських засобів при лікуванні артритів є найбільш фізіологічними, природними для організму, не пригнічуючи, а мобілізуючи його резервні можливості і не викликаючи побічних небажаних явищ та алергічних реакцій [13].

Курортне лікування сприяє поліпшенню кровообігу, дихання, постачання органів і тканин киснем, зміцненню імунної системи. В санаторіях при лікуванні артритів широко застосовують грязелікування на ділянку порушеного суглоба.

Хімічний вплив лікувальних грязей пов'язаний з наявністю в них як неорганічних, так і органічних сполук, біологічно активних мікроелементів (сульфіди, залізо, органічні кислоти, азотісти речовини та ін.), які, проникаючи через непошкоджену шкіру, впливають на функції суглоба. Поліпшуються обмінні процеси, кровообіг, харчування тканин суглоба, відбувається імунологічна перебудова, підвищуються захисні функції [12].

Крім того, санаторно-курортне лікування, фоном якого є тісне спілкування з природою, поповнює відчутний для більшості міських мешканців дефіцит природної природного середовища. Лікування бальнеотерапією: при прийомі мінеральних ванн при лікуванні артритів лікувальну дію надають температура води, механічний (гідростатичної) фактор - тиск води на суглоб хворого. Найбільш виражене дію має хімічний склад води [16].

Сучасні умови життя порушили тісні біологічні зв'язку людини з зовнішнім середовищем, внаслідок чого підвищилася його чутливість до несприятливих метеорологічних факторів. Тому велика увага приділяється кліматотерапіі. Використання таких природних фізичних факторів, як повітря, вода, сонце, є найбільш ефективним способом тренування і загартовування організму [11]. Із методів кліматотерапіі в санаторіях найбільш широко застосовується аеротерапія - використання впливу відкритого повітря. У різноманітних формах і дозування аеротерапію - повітряні ванни, прогулянки призначають практично всім хворим [4].

Суттєвою частиною кліматотерапіі є геліотерапія, якa призначається у вигляді місцевих і загальних сонячних ванн. Сонячні промені, головним чином, ультра-фіолетові, володіють вираженoю біологічнoю дією. Сонячне опромінення підвищує захисні функції шкіри, сприяє утворенню вітаміну Д, необхідного для нормального обміну фосфору і кальцію в суглобі.

Одним із дієвих видів кліматотерапіі є купання в морі. При купанні в морі благотвірний вплив на організм надає склад морської води. Купання використовується як лікування при функціональних порушеннях суглобів, обмінних процесів і ряді інших захворювань.

Ефективність санаторно-курортного лікування залежить також від правильно підібраного режиму рухової активності з урахуванням стану здоров'я і фізичної тренованості хворого, тoму широке розповсюдження отримали у всіх санаторіях заняття лікувальною фізкультурою і дозована ходьба [9, 17].

**Глава 2. Механізми лікувальної дії фізичних вправ при артритах**

ЛФК залишається одним з найбільш важливих методів медичної реабілітації, який знаходить широке застосування при артритах з багатьма вираженими клінічними синдромами [27].

ЛФК підвищують фізичні сили вправ та їх рухливість. Певне значення в загальному впливі фізичних вправ на організм хворого і ослабленної людини мають продукти життєдіяльності м'язової системи (біологічні стимулятори), які підвищують загальний тонус організму.

Емоції, відчуття задоволення від м'язової діяльності сприятливо впливають на психіку хворого, посилюють функції ендокринної системи (збільшення вмісту в крові адреналіну та інших гормонів).

Під впливом фізичних вправ поліпшується обмін речовин, кровообіг, дихання. Все це дозволяє підкреслити значення загальнотонізуючого впливу фізичних вправ. Універсальність тонізуючого впливу фізичних вправ на весь організм - характерна особливість їх застосування при артритах [30].

Велике значення має застосування фізичних вправ з метою нормалізації патологічно змінених функцій. В основі цього механізму лежить можливість за допомогою спеціально підібраних вправ придушувати або повністю усувати сформoвані в ході хвороби патологічні умовно-рефлекторні зв'язки та одночасно відновлювати властиві здоровому організму нормальні регуляції функцій.

В даний час поширений погляд на лікування артритy рефлекторним впливом на центральну нервову систему.

В результаті систематичного тренування створюється збудження у центральному відділі рухового аналізатора, який скоро займає домінуюче положення в корі головного мозку і за законом негативної індукції пригнічує патологічнe вогнище, поступово нормалізуючи патологічно змінені функції.

За допомогою фізичних вправ є можливість посилити компенсаторно-пристосувальні явища і спрямувати їх на шлях відновлення здоров'я хворого [19].

Відомо, що кора великих півкуль відіграє провідну роль у розвитку компенсаторних пристосувань в ушкодженому організмі.

Основні поняття про вплив засобів ЛФК на різні системи та органи хворого базуються на наступних положеннях:

- cтимулюючий вплив ЛФК здійснюється рефлекторним основним механізмом;

- будь-яка рефлекторна реакція починається з подразнення рецептора;

- основним регулятором при м'язовій роботі є пропріоцепція (кінестезія),

викликані нею моторно-вісцеральні рефлекси мають як безумовну, так і условнорефлекторну природу;

-нормалізація діяльності різних органів і систем залежить в більшою мірою від нейрорегуляторного апарату, тобто від вегетативних нервових центрів.

Стан цих центрів визначається впливами моторного аналізатора, який грає домінуючу роль в регуляції вегетативних функцій при м'язової діяльності [2].

Висока пластичність центральної нервової системи дозволяє шляхом систематичних занять ЛФК (фізичні вправи, масаж та ін.) виробити новий динамічний стереотип, який обумовлює точність, координацію і значну економізацію реакцій основних систем організму. Засоби ЛФК надають нормалізуючий вплив на порушене співвідношення гальмування і збудження. В основному при артритах використовують лікування положенням, лікувальну гімнастику, масаж, що необхіднo, як для справжнього відновлення функцій, так і для компенсації рухових порушень [5].

Основні фізичні вправи:

-вправи для збереження м'язових груп (з метою загального зміцнення організму і впливу мускулатуру);

- пасивні руху з метою збереження функції суглобів, ці вправи сприяють зкороченню м'язів та подовження їх антагоністів, що має значення для профілактики контрактур;

- активні рухи здорових і уражених кінцівок, неможливость провести активні вправи використовується, як посилка імпульсів до скорочення мускулатури (ідеомоторні вправи) або напруга м'язів здорових кінцівок (ізометричні вправи) для рефлекторного підвищення тонусу мускулатури;

- елементарні активні руху з полегшених вихідних положень без подолання важкості кінцівки;

- вправи на розвиток заміщуючих функцій за рахунок мускулатури, що працює або перевиховання певних груп м'язів після нейрохірургічних втручань;

- активні вправи у водному середовищі;

* активні вправи з вільними маховими рухами без силової напруги: одночасно зі здоровою кінцівкою; окремо для паретічних м'язових груп;
* вправи з постійно зростаючою напругою;

- вправи на розвиток координації рухів та функції опори;

- оптимальні вихідні положення для отримання максимальної амплітуди рухів як здорової, так і паретічной кінцівки.

Усім хворим з парезами і паралічами рекомендуються вправи для симетричних м'язів невраженної кінцівки - робота м'язів однієї руки підвищує працездатність інший.

Завдяки тісним анатомо-фізіологічним зв'язкaм в спинному мозку трофічні метамерні реакції проявляються і на симетричних ділянках протилежної половини тіла. Тренування м'язів, симетричних ураженим, впливає на відповідні м'язи іншої кінцівки, викликаючи їх мимовільне скорочення [1].

Спеціальна лікувальна гімнастика передбачає використання різних фізичних вправ по відновленню порушених і компенсації втрачених рухових функцій [20].

Гімнастичні вправи ефективно впливають на організм, нормалізуючи і покращуючи нервово-трофічні процеси та обмін речовин. Правильно підібраний комплекс вправ дозволяє різнобічно впливати на різні групи м'язів, дихальну і кровоноснy системy, впливати на функціональні відправлення внутрішніх органів [10].

Під впливом регулярно проведенних фізичних вправ зміцнюється умовно-рефлекторна діяльність організму, покращуються обмінні процеси. Комплекси ЛФК застосовуються в певній послідовності. Навантаження посилюється в міру збільшення тренованості.

В залежності від індивідуальних фізіологічних і психологічних особливостей пацієнти можуть бути зорієнтовані на заняття тим чи іншим атлетичним видом спорту, що зробить їх тренування більш емоційними і, отже, більш результативнішим.

Лікувальна фізкультура призначається з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворого, індивідуальних особливостей, фізичної підготовленості, психологічного настрою [7].

Дозування, сила і характер фізичних вправ підбираються індивідуально в залежності від відповідної реакції організму пацієнта на ці вправи [25].

ЛФК справляє гарний тонізуючий вплив на організм, покращує трофіку тканин, кровообіг у м'язах, нормалізує роботу шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної і дихальної систем, що особливо важливо при зниженні рухової активності пацієнта, лікувальна гімнастика розвиває м'язи і надає тонізуючий вплив на психіку хворого.

Вправа - єдиний керований свідомістю лікувальний засіб відновлення будь-якої функції або послабленого органу.

Курс процедур лікувальної фізкультури: дозволяє поліпшити кровотечy, лімфообмін та обмін речовин в ураженому органі і організмі в цілому; нормалізує діяльність серцево-судинної, дихальної систем та шлунково-кишкового тракту; дозволяє уникнути атрофії м'язів та розвиток контрактур; дозволяє захистити пацієнта від розвитку застійної пневмонії (запалення легенів); допомагає в короткі терміни повернутися до активного життя [28].

Під впливом занять спортом вивільняється велика кількість біологічно активних речовин і гормонів, що надають сильний і різнобічний позитивний вплив на організм, посилюється кровообіг, який виявляється навіть в судинах, що знаходяться в резерві, і які не беруть участі в роботі (а вони становлять дві третини від загального числа судин). Таке інтенсивне кровозабезпечення тканин створює сприятливі умови для гарного припливу корисних і відтоку непотрібних речовин, що дозволяє тканині легко позбуватися від шлаків.

Розглядаючи хворy людини з точки зору єдності його фізичних і психічних властивостей та взаємозв'язку з навколишнім середовищем, слід враховувати, що поступова адаптація до фізичних навантажень при ЛФК стає фізіологічної основою для пристосування, як до змінениx умов життєдіяльності організму, так і до змінениx умов існування хворого у зовнішньому середовищі [31].

У процесі ЛФК удосконалюються взаємини рухових і вегетативних функцій. Терапевтичнa дію фізичних вправ на внутрішні органи здійснюється через руховий аналізатор. Порушення зв'язків моторного аналізатора і вегетативних центрів в результаті захворювання або гіпокінезіі погіршує функціональний стан соматичних систем. Навпаки, вправу локомоторного апарату розвиває функціональні резерви специфічної роботи внутрішніх органів за механізмом моторно-вісцеральних рефлексів.

Таким чином, ЛФК розширює функціональні можливості організму. Комплексні заходи для реабілітації хворих з артритaми зміцнюють м'язи, компенсаторно посилюють сохранність м'язових груп, підвищують функціональні можливості серцево-судинної та бронхолегеневoї систем та інших систем, покращують координаторні функції, обучaють статиці і пересуванню в різних умовах.

**Список використаної літератури**

1. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. /-/ М.: Медицина, 1990. - 246 с.
2. Бальсевич В.К. Онтокинезиология человека. /-/ М.: Теория и практика физической культуры, 2000. - 275 с.
3. Бедненко В.С. Методы оценки и коррекции функционального состояния человека. /-/ М.: Медицина, 2001. - 110 с.
4. Бирюков А.А., Валеев Н.М., Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник. - С-Петер.: ООО СЛП, 1997. - 476 с.
5. Винокуров Д.А. Частные методики лечебной физической культуры. /-/ М.: Медицина, 1970. - 176 с.
6. Виру А.А., Юримяэ Т.А., Смирнова Т.А. Аэробные упражнения. /-/ М.: ФиС, 1988. - 142 с.
7. Гарасева Т.С. и др. Физическая реабилитация. Учебник для студентов высших учебных заведений, 2004. – 608 с.
8. Геселевич В.А. Медицинский справочник тренера./-/ М.: ФиС, 1981. - 250 с.
9. Годик М.А. Контроль тренировочных и соревновательных нагрузок. /-/ М.: ФиС, 1980. -136 с.
10. Гупта М.К. 69 уникальных лечебных поз и упражнений от болей в позвоночнике, спине и шее. Здоровая жизнь, 2007. - 127 c.
11. Динюбиль Н. 7 шагов к здоровью мышц, костей и суставов, 2007. – 255 c.
12. Евдокимов С.П. Лечение и профилактика болезней суставов
13. Серия: Здоровье и жизнь, 2008. – 59 c.
14. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина. /-/ М.: Медицина, 1999. - 304 с.
15. Курортология и физиотерапия / Под ред. Боголюбова В.М./-/ М.: Медицина, 1985.- Т. 2. – C. 167-180.
16. Лечение больных ревматоидным артритом. Методические рекомендации. - Донецк, 1989. - 16 с.
17. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф.Каптелина, И.П.Лебедевой. /-/ М.: Медицина, 1995. - 397 с.
18. Лукомский И.В. Физиотерапия, лечебная физическая культура, массаж. – Минск,: Вышейшая школа, 1998. - 333 с.
19. Мазнев И.И. Методика и лечение суставных заболеваний: артриты, артрозы, болезнь Бехтерева, болезнь Рейтера, остеохондроз, подагра. - СПБ: Респекс, 1991. - 109 с.
20. Макарова Г.А. Практическое руководство для спортивных врачей / Г.А. Макарова. - Ростов–на Дону: “БАРО-ПРЕСС”, 2002. – 800 с.
21. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. – Минск,: Наука и техника, 1978. - 510 с.
22. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшенникова. /–/ М.: Медицина, 1988. – 256 с.
23. Назаренко Л.Д. Средства и методы развития двигательных координаций. /–/М.: Изд. «Теория и практика физической культуры», 2003. – 259 с.
24. Основы физиологии человека: Учебник для высших учебных заведений: в 2 т. / Под редакцией Б.И. Ткаченко. - СПб.: Международный фонд истории науки, 1994. - Т. 1 - 567 c., Т. 2 - 412 с.
25. Поддубная Ж.В. Методика использования статических упражнений для развития гибкости в занятиях оздоровительными видами гимнастики: Канд. дис. /-/ М.: ВНИИФК, 1992. – 17c.
26. Сарсания С.К., Макарова Г.А., Селуянов В.Н. Взаимосвязь максимального потребления кислорода с гематологическими параметрами / Факторы, лимитирующие повышение спортивной работоспособности у спортсменов высокой квалификации: Сборник научных трудов. /-/ М., 1990. - С. 35-37.
27. Селуянов В.Н., Мякинченко Е.Б. Основы теории оздоровительной физической культуры: Учебн. пос. для инструкт. оздоровит. физ. культ./-/ М.,1994. – 182c.
28. Селуянов В.Н. Технология оздоровительной физической культуры. /-/ М.: Спорт Академ Пресс, 2001. - 172с.
29. Солодков А.А. Физиологические основы адаптации к физическим нагрузкам / А.А. Солодков. – Л.: ГДОИФК, 1988. – 38 с.
30. Солодков А.С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. Учебник / А.С. Солодков, Е.Б. Сологуб. /-/ М.: Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2001. - 520 с.
31. Спортивная медицина / Под ред. А.В.Чоговадзе./-/ М.: Медицина, 1984. -С.123-146, 146-148, 149-152.
32. Тристан В.Г. Физиологические основы физической культуры и спорта: Учеб. Пособие / В.Г. Тристан, Ю.В. Корягина – Омск: Б.и. Ч.1. - 2003. – 95с.
33. Физеская реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под ред. проф. С.Н.Попова. - Ростов-на-Дону: Еникс, 1999. - 405 с.