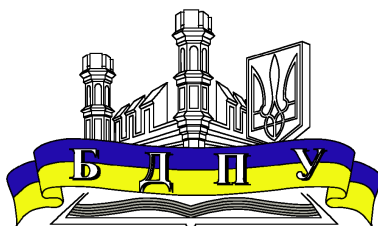


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



МАТЕРІАЛИ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПЛИВУ ДОВКІЛЛЯ,
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ НА ЗДОРОВ'Я
СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ»**



18 - 19 вересня 2015 року

**Бердянськ
2015**

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, СПОРТУ І ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

<i>Будний О.М., Писаренко С.М.</i> Теоретичні аспекти удосконалення техніки індивідуальних тактичних дій на етапі початкової підготовки юних футболістів	6
<i>Бугаевский К.А.</i> Практические аспекты применения современных средств контрацепции и методы регулирования фертильности спортсменками	9
<i>Вертинорох О.О.</i> Особливості впливу технічної підготовки на рівень фізичної підготовленості юних спортсменів-ушуїстів (12-13 років) з ушу таоу та саньшоу	20
<i>Данило С.М., Кравченко Ю.В.</i> Моніторинг рівня фізичного стану юних спортсменок 8-9 років відділення аеробіки	23
<i>Дорошенко М.І.</i> Психічне здоров'я як психолого-педагогічна проблема	30
<i>Кушнірюк С. Г.</i> Організація та контроль відвідування занять з фізичного виховання у вищих навчальних закладах	33
<i>Літус Р.І.</i> Вплив занять легкою атлетикою на організм студентської молоді	37
<i>Літус Р.І.</i> Індивідуальне планування навантаження атлетичної гімнастики на заняттях з фізичного виховання	39
<i>Малихіна Т.П.</i> Особливості синдрому емоційного вигорання у студентів на різних етапах навчання у ВНЗ	41
<i>Михалюк Є.Л.</i> Вплив ідентичного тренувального процесу на інтегральні показники функціонального стану тхеквондистів і боксерів високого класу	44
<i>Михалюк Є.Л., Малахова С.М.</i> Дослідження біоелектричної активності міокарда у представників контактних спортивних єдиноборств	52
<i>Міщенко В.Л.</i> Роль фізичного виховання у адаптації студентської молоді до навчальної діяльності у ВНЗ 1-2 рівня акредитації	59
<i>Некрасов Г.Г.</i> Особливості фізичної підготовки студентів вищих навчальних закладів на заняттях з футболу	67
<i>Одайник В.В.</i> Сучасний погляд на методику розвитку координаційних здібностей студентів вищих навчальних закладів засобами баскетболу .	70
<i>Осіпов В.М.</i> Педагогічні аспекти управління тренуваністю спортсменів	74
<i>Писаренко С.М., Будний О.М.</i> Визначення стану здоров'я майбутніх фахівців з комп'ютерних технологій у вищих педагогічних навчальних закладах	82
<i>Расторгуєва І.С.</i> Вправи зі скакалкою як один з видів оздоровчого фітнесу	86

К.А. Бугаевский
кандидат медицинских
наук, доцент
(Запорожский
государственный
медицинский
университет)

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ И МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ СПОРТСМЕНКАМИ

Актуальность темы. В последнее десятилетие современный женский спорт характеризуется выраженной эмансипацией. Перешли в женские большинство мужских видов спорта: футбол, большинство видов спортивной борьбы и единоборств, бокс, водное поло, тяжелая атлетика. Однако в большинстве новых женских видах спорта до сих пор нет методик тренировки, обоснованных особенностями женского организма, учитывающих цикличность её функций, и, что особенно важно, перспективное деторождение [4,7,10].

Здоровье женщин-спортсменок всегда было приоритетной задачей женского спорта [2,7,10]. Одним из таких вопросов является вопрос о соотношении спорта и контрацепции [11-15]. По нашему мнению, опыт применения контрацептивных средств женщинами-спортсменками недостаточно освещен как в специальной медицинской, так и в спортивной отечественной литературе. Но этот вопрос продолжает оставаться актуальным, с одной стороны, как сугубо женская проблема спортсменок, живущих половой жизнью и, как любая женщина, нуждающихся в надежной защите от нежелательной беременности. А с другой стороны – в научных кругах нет единого мнения о том, какое влияние оказывают современные гормональные средства на организм спортсменки и ее спортивные результаты, не говоря уж о состоянии ее здоровья, в том числе и репродуктивного [1,3,7,8,11,12].

С 70-х годов XX века, после выхода в свет IX Постановления Олимпийского Комитета (1972г.), уравнивающего права лиц обоего пола на участие в спортивных состязаниях любого уровня, началось бурное развитие женского спорта [2,4,10]. Современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. По объему, интенсивности и психической напряженности во многих видах спорта они практически мало отличаются у лиц мужского и женского пола (Геселевич В.А., 1992; Абрамова Т.Ф., Озолин Н.Н., Геселевич В.А. и др., 1993; Геселевич В.А., 1994).

Согласно определению ВОЗ репродуктивное здоровье есть состояние физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов включая

воспроизводство и гармонию в психо-эмоциональных отношениях в семье [2,4,10]. Особый интерес представляет изучение влияния различных видов спорта у юных женщин на их репродуктивное здоровье. Вопросы влияния занятий спортом на соматическое и репродуктивное здоровье юных спортсменок отражены в ряде научных исследований [2,4,10,14].

Ведущие ученые в области спортивной медицины уделяют большое внимание проблемам женского спорта, влиянию возрастающей физической нагрузки на организм женщины, вопросу комплексного подхода к восстановлению и реабилитации спортсменок (Литисевич Л.В., 2005; Левенец С.А., Липовки Л.В., 2004; Ниаури, Д.А., 2001-2003; Шахлина Л.Г., 2004-2008). По данным Бачинской Н.В. (2006), только 15% тренеров эпизодически учитывают особенности менструального цикла женщин-спортсменок при построении тренировок. Специалисты в вопросах особенностей репродуктивного здоровья в женском спорте (Абрамов В.В. и соавт., 2004; Липовка Л.В., 2004; Шахлина Л.Г., 2007; Austin ТМ, 2009) неоднократно указывают на то, что частота нарушений репродуктивной функции среди спортсменок больше, чем в популяции, а в некоторых видах спорта она превышает 70% (Абрамов В.В., 2004; Ниаури Д.А., 2006).

Очень интересными, в плане исследований состояний репродуктивного здоровья и фертильности спортсменок является диссертационное исследование Соболевой Т.С. (1996), в котором автором указывается, что у спортсменок в 4,5 раза чаще наблюдалось нарушение менструальной функции. Также у занимающихся спортом женщин имело место 5-тикратное преобладание постспонирующего (удлиненного) менструального цикла [7]. Кроме того, в общей структуре проведенного рандомизированного исследования, поздний возраст наступления менархе был выявлен у спортсменок (14-17 лет). Помимо этого выявлено, что у женщин-спортсменок в 4 раза чаще отмечалась олиго-опсоменорея (скудные и редкие менструации) [2,7,10,13,14].

Согласно данным Соболевой Т.С. (2003), при анализе патологии беременности отмечено, что у спортсменок в 5 раз чаще, чем в популяции в целом регистрируется невынашивание беременности. Чаще всего угроза прерывания беременности и поздний гестоз регистрировался у спортсменок, имевших отягощенный гинекологический и акушерский фон (задержка полового развития, нарушение менструальной функции, гиперандрогения, гирсутизм) [5,7]. Так в группе женщин-спортсменок с угрожающим выкидышем 67,6% имели неблагоприятный акушерский анамнез: у 17,41% первая беременность закончилась выкидышем во II триместре. Причем из 70 женщин-спортсменок, имевших выкидыши и угрожающие выкидыши, 31 (44,3%) занималась легкой атлетикой [5,7]. В своей работе Соболева Т.С. отмечает, что в общей структуре всех родов у спортсменок только в 61,9% роды были своевременными, преждевременные же роды в сроке гестации 36-38 недель наблюдались в группе спортсменок в 2 раза чаще [7]. Известно, что физиологическим для первых родов считается время их длительности

18-24 часа [5,7]. В исследуемой группе спортсменок так рожала только каждая третья женщина (33,9%). Затяжные роды (25-72 часа), регистрировались у 34,72%, а стремительные и быстрые роды (1/10) – у 31,42% женщин группы [7].

Таким образом, 2/3 (80 женщин) из группы спортсменок по времени течения родового процесса имели патологическое течение родов. При этом у 72,52% из них, в анамнезе имело место нарушения менструальной функции, у 58,82% это сочеталось с гирутизмом, у 35,52% регистрировался атлетический или субатлетический морфотип [7].

Что касается репродуктивного поведения женщин спортсменок, то многие из них решают вопрос своей фертильности путём проведения искусственного прерывания беременности. Так, по данным, приведённым в своём диссертационном исследовании Фазлетдиновой И.Ю. (2009), беременность имели 112 спортсменок, из них 98 юными женщинами при наступившей беременности был избран метод прерывания путем медикаментозного аборта в сроки до 6-7 недель, а 14 – хирургическим способом (метод кюретажа и/или вакуум-аборт). При медикаментозном аборте через 2 недели был проведен контрольный осмотр с ультразвуковой диагностикой. Экспульсия (отхождение) плодного яйца произошла у 97,7% женщин. В 2,3%, по данным УЗИ, диагностированы остатки плодного яйца, по поводу чего произведено выскабливание полости матки в стационаре. В 1% наблюдений через 14 дней диагностировано обострение хронического сальпингоофорита со стационарным лечением. При хирургическом способе в одном наблюдении было неполное удаление плодного яйца с повторным выскабливанием (исход выздоровление) [9].

Учитывая возрастной состав спортсменок, высокую сексуальную активность, частоту полигамности, их репродуктивный возраст наступление беременности во время их активного тренировочно-соревновательного цикла является нежелательным и она, чаще всего, прерывается различными видами медицинского аборта [2,4,5,7-10]. Также достоверно установлено в ряде проведённых исследований, что для многих женщин-спортсменок характерны аффективные и личностные нарушения, обусловленные тренировками с повышенной нагрузкой, спортивными соревнованиями и связанными с ними стрессами [2,8,10-12].

В спортивном сообществе, уже много лет, актуальным и спорным остаётся вопрос совмещения занятий спортом и сексуальных взаимоотношений [2,4,7,8,12]. Для большинства спортсменок существует не менее важный вопрос, актуальный для женщин репродуктивного возраста. Это индивидуальная, адаптированная к интенсивным занятиям спортом и связанным с ним образом жизни, современная контрацепция, во всём её разнообразии видов и форм [1,3,6,10-15]. Перед спортсменками вопрос правильного подбора контрацептивного средства стоит особенно остро, так как незапланированная беременность спортсменки полностью нарушает алгоритм её тренировочно-соревновательного процесса, меняет

психологический настрой спортсменки на решение неожиданно возникшей в её жизни проблемы [2,3,7-10].

Неразрешенные вопросы улучшения здоровья женщин детородного возраста, недостаточно изученные процессы репродуктивного поведения, контрацепции, фертильности и бесплодия – вот тот круг вопросов, которые позволяют считать нашу работу актуальной. К великому сожалению, вопрос практического применения методов и средств контрацепции спортсменками до конца не изучен, и имеет много спорно-противоречивых дискуссионных моментов [3,7,8,10,12].

Во-первых, о каких женщинах-спортсменках идёт речь? Можно рассматривать массовое женское физкультурное движение и увлечённость многими женщинами репродуктивного возраста оздоровительными программами (фитнес, стретчинг, аэробика, йога и др.). Естественно, что подавляющая часть из них живёт активной сексуальной жизнью, имея иногда несколько сексуальных партнёров и, поэтому, нуждается в надёжной, индивидуально подобранной современной контрацепции. Здесь приемлемы практически все средства и виды контрацепции, как гормональные, так и негормональные [2,3,4,10-13].

Если говорить о применении спортсменками средств контрацепции, то под спортсменками, по нашему мнению, следует понимать женщин, активно и, зачастую, профессионально занимающихся тем или иным видом спорта, от девушек-разрядниц до чемпионки и призёров разного уровня соревнований. Вот тут, и возникает ряд проблем, которые мотивируют, как саму спортсменку, так её тренера и/или спортивного врача подходить строго индивидуально к подбору средств контрацепции для данной конкретной спортсменки [2,3,4,10-15]. Перечень вопросов в подборе средств контрацепции настолько велик, что хотелось бы остановиться на самых главных, по нашему мнению, из них. Это: возраст, сексуальная активность, отсутствие и/или наличие в анамнезе беременностей, детей, аборт, выкидышей, экстрагенитальной патологии, преморбидный фон, вид спорта (ациклический, циклический), применение ранее какого либо вида контрацепции, длительность и цель применения того или иного вида контрацепции, абсолютные и относительные противопоказания к применению контрацептивного средства [2,3,4,10-15].

Во-вторых, одинаков ли для выбора ассортимента контрацептивных методов и средств для всех женщин-спортсменок? И вообще, а всем ли женщинам-спортсменкам нужно использовать контрацептивные средства? Не секрет, что у значительной части профессиональных спортсменок имеются значительные многообразные нарушения менструального цикла, от гипоменструального синдрома, с явлениями олиго-и гипоменореи, вплоть до аменореи и/или бесплодия. Естественно, что таким женщинам-спортсменкам необходима не надёжная современная контрацепция, а диагностика и правильно подобранное лечение имеющегося у них вида нарушений репродуктивного здоровья [2,3,4,10-14].

В-третьих – выбор метода контроля рождаемости для взрослых женщин-спортсменок, это их индивидуальный выбор, как для любой другой женщины. Тем не менее, спортсменке, в особенности, если она высокого уровня профессионализма, необходимо учитывать дополнительные, как внешние, так и внутренние факторы при выборе индивидуального и адаптированного метода контрацепции [2,3,4,10-14].

Если у женщины-спортсменки нерегулярный менструальный цикл, и она не в состоянии определить день овуляции, но при этом у неё относительно нормальная половая жизнь, то очень высокой является возможность незапланированной беременности. В данном случае на первое место выходит вариант с определением дней возможной овуляции в данном цикле [1,3,13,14]. И тогда речь уже идёт не о контрацепции, а о мониторинге фертильности (плодности) в данном конкретном менструальном цикле.

Хотелось бы сразу определиться в терминологии. Медицинский термин «контрацепция» состоит из двух составляющих: «contra» - против, и «ception» – зачатие. То есть, контрацепция – это совокупность химических, физических, биологических, механических методов и/или их комбинаций, направленных на создание препятствия для встречи(соединения) мужской и женской половых клеток (сперматозоида и яйцеклетки), а также сделать невозможным, в случае их слияния, имплантацию и дальнейшего развития эмбриона в полости матки (абортное действие) [1,3,6]. По первому, «барьерному» типу, работают практически все, мужские и женские механические (барьерные) средства контрацепции – силиконовые и латексные мужские кондомы (презервативы), женские презервативы (фемидомы), женские влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки, пленки, губки, диски Ли и др. [1,3,6].

Учитывая степень загруженности спортсменок, а порой и их леность и нежелание длительно определять наличие овуляции, следует сразу отбросить практически все естественные методы определения плодности (фертильности): измерение базальной температуры с последующим её графическим отображением, методы Огино-Кнауса, Биллингса [1,3,6]. Можно, хоть и с большой натяжкой, допустить применение современных методов определения лютеинизирующего гормона (ЛГ) в слюне, с применением портативных датчиков определения овуляции, таких, как «Веста®»и/или. Кроме этого в аптечной сети можно приобрести и другие мини-приборы для определения овуляции по слюне. Например - "ОВУ", многоцветный оптический тест на овуляцию (по слюне) или прибор «Fertile – Focus», прибор «АРБОР» [1,3,6].

Определение наступления овуляции по слюне основано на феномене арборизации кристалликов эстрогенов“ – «симптом папоротника». Таких приборов много, вот одни из них. Прибор "Веста®" с высокой точностью определяет время овуляции - выхода созревшей яйцеклетки из яичника. Женщине достаточно поместить на датчик капельку слюны, чтобы получить ответ: если загорелась красная лампочка - то это указывает на то, что через

36 - 40 часов произойдет овуляция, если зеленая – срок еще не настал. Показания основаны на действии биохимического датчика, реагирующего на ионы определенных веществ. Согласно гарантиям производителя - точность определения "Веста®" фазы ОМЦ (овуляторно-менструального цикла - 99,6 % [1,3,6].

Помимо этого, вполне подходит применение современных тестов на овуляцию, определяющих приближение или наличие овуляции как по моче, так и по слюне. Хочется отметить, что на сегодняшний день существуют тесты, как для определения овуляции у женщин со стабильным, так и не со стабильным менструальным циклом [1,3,6].

Говоря о таких методах, как прерванный половой акт и кондомы, стоит сказать следующее. ППА (прерванный половой акт), является самым ненадежным из всех средств и методов контрацепции. Степень его надёжности крайне мала и данным разных авторов составляет всего от 15-20%) до 50-65% [1,3,6]. Надёжность в применении презерватива, как средства контрацепции, особенно его дешёвых, «молодёжных» вариантов, крайне низка, в незначительной мере они защищают от ЗППП и TORCH-инфекций [1,3,6]. Большинство современных химических, спермицидных средств, не совсем удобны для применения спортсменками, так как не все они совместимы с интенсивным режимом тренировок и соревнований, в котором живёт спортсменка. Эти препараты больше подходят для спокойного, семейного образа жизни и для женщин, у которых половая жизнь нестабильна и половые контакты спорадические. Плюсом этой группы препаратов является их относительная защита от половых инфекций [1,3,6]. Для многих спортсменок является неудобной фармацевтическая форма выпуска спермицидов (мази, гели, овули, влагалищно-растворимые таблетки), так как они под воздействием температуры тела и местно растворяются, подтекают, вытекают во время полового акта, создают ощущение повышенного объёма и влажности влагалища, что не совсем приемлемо большинству женщин [1,3,6].

Женская стерилизация или окклюзия маточных труб, это крайнее и весьма ответственное действие, требующее трезвого осмысления. Женщине-спортсменке необходимо объяснить, что данный метод необратим. Возобновление проходимости маточных труб и пластическая операция по их восстановлению, дорогостоящее и технически трудное действие [1,3,6]. Именно здесь, как никогда актуальна народная мудрость: «Сто раз отмерь, а один раз отрежь!».

Касательно гормональных методов контрацепции, следует сказать, что женщины-спортсменки, которые используют гормональную форму контрацепции, как правило, эффективно «прикрывают» ими свои нормальные, а зачастую, нарушенные гормональные циклы. Экзогенные синтетические прогестины и эстрогены из контрацептива эффективно заставляют гипофиз не производить ФСГ или ЛГ и, тем самым, подавляют овуляцию. Они также могут изменять толщину оболочки матки, снижая

вероятность успешной имплантации оплодотворенной яйцеклетки [1,3,6,11-14].

Относительно практического использования КОК, то здесь надо отметить следующее. Многолетний опыт применения КОК и многочисленные научные исследования показали, что наиболее приемлемыми являются монофазные низко и микродозированные КОК, содержащие в своем составе, соответственно 30 и 20 мг этинил-эстрадиола. К ним относятся – «Линдинет-20», «Линдинет-30», «Марвелон», «Логест», «Новинет», «Мерсилон», «Джаз» (в России – «Джес»), «Ярина» («Жасмин») и многие другие. Сегодня широко применяются новые поколения монофазных КОК, содержащих в своем составе компоненты с антиандрогенным эффектом. Им обладают такие прогестины, как ципротерон, диеногест и дроспиренон, а также хлормадион [1,3,6,11-14].

Хотелось бы отдельно поговорить о гормональных контрацептивах с антиандрогенным эффектом, особенно в случаях гирсутизма (рост волос по мужскому типу, в нехарактерных для женщин местах) при акне и себорее. Здесь при индивидуальном подборе, с обязательным контролем исходного гормонального фона, подбираются индивидуальные дозировки таких препаратов, как «Диане-35», «Жанин», «Ярина» ("Shering", Германия), "Белара" («Берлин-Хеми», Германия) [1,3,6,11-14].

Для многих спортсменок проблема гипоэстрогении и гиперандрогении весьма актуальны, особенно у тех профессиональных спортсменок, которые подвержены «спортивной триаде». Нарушение режима и полноценности питания, снижение массы тела с потерей жировой ткани до минимально критической, эффект «перетренированности», проблемы с костной тканью, «маскулинизация», сбой менструального цикла вплоть до аменореи, бесплодие – вот тот, хоть и не полный спектр проблем многих спортсменок, в их репродуктивном возрасте [11-15].

Здесь, при грамотном индивидуальном подборе, со строгим учетом показаний и противопоказаний возможно использование КОК уже не как средств контрацепции, а как патогенетических препаратов с лечебным эффектом. Приведение в порядок эстрогенно-андрогенного баланса, белкового, жирового и углеводного обмена, протекция остецитов, и, как следствие профилактика ИБС и травм, избавление от явлений гиперандрогении, восстановление менструального цикла, восстановление фертильности и репродуктивного здоровья – вот немалый список положительных эффектов от применения гормональных средств контрацепции [1,3,6,11-15].

Что касается опыта использования спортсменками гормональных инъекций ЧПИК и КИК, соревнований и тренировок с внутриматочными контрацептивными средствами, в том числе и с «Миреной» - данных в доступной медицинской и спортивной литературе практически нет.

Применение подкожных имплантов, содержащих гестагены, или их внутримышечное введение на срок от 3 месяцев и более, на сегодняшний

день, в отличие от «бума» и пика популярности по их применению в конце 80-х-90-х годах, нерентабельно [1,3,6,11-14]. Практика их применения вызвала большое количество споров и разногласий в среде специалистов (Schelkun PH, 1991; Frankovich RJ, Lebrun CM, 2000,2003; Bennell K, White S, Crossley K, 1999; Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M, et al., 2007). Сегодня эти препараты применяются крайне редко или по индивидуальным показаниям [1,3,6,11-14].

Из оставшегося перечня современных средств контрацепции остаётся не так уж и много вариантов [1,3,6]. И здесь всё опять сводится к вопросу о длительности и целесообразности применения данных средств контрацепции. Если это эпизодические, кратковременные половые контакты вне соревновательного периода, то здесь можно порекомендовать следующие средства контрацепции:

Трансдермальный гомоносодержащий пластырь «ЕВРА®». Пластырь наклеивается 1 раз на 7 дней и обеспечивает надёжный эффект при минимуме усилий. Степень надёжности пластыря составляет 99,4%. Пластырь Евра ежедневно выделяет 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг норелгестромина, которые после прикрепления пластыря проникают через кожу в кровь и блокируют овуляцию, то есть яичник не выделяет яйцеклетки, которые возможно оплодотворить. Пластырь также вызывает изменения слизи шейки матки, что затрудняет попадание спермы в полость матки. Таким образом, достигается максимальная защита от незапланированной беременности. Удобство его применения заключается в том, что в упаковке находится 3 гормонально-содержащих пластыря, которые можно прикрепить к чистому участку кожи на предплечье, лопатке, в поясничной области и внизу живота на срок до 7 дней [1,3,6]. При необходимости продления сексуальных контактов, можно использовать два оставшихся пластыря. К преимуществам данного метода можно отнести форму выпуска, удобство и простоту применения данного контрацептивного средства самой женщиной, кратковременное и несистемное действие, достаточно быстрое начало контрацептивного действия (до часов). Также препарат не боится воды, пота, солнечных лучей, надёжно крепится на кожу, легко удаляется, не мешает занятиям спортом, не вызывает привыкания и зависимости, практически не имеет противопоказаний и осложнений [1,3,6].

Пластырь «ЕВРА®» обладает лечебными свойствами: при его применении практически не бывает межменструальных кровянистых выделений, значительно реже возникают менструальные боли, реже развивается ПМС. Его можно начать использовать в любой день недели по выбору. В течение месяца используются три контрацептивных пластыря. Каждый пластырь используется в течение 1 недели (7 дней), а затем в тот же день недели заменяется на другой. В дальнейшем следует сделать 7-дневный перерыв, в течение которых нужно будет применять дополнительные негормональные средства контрацепции (презерватив или

спермициды [1,3,6]. Можно начать использовать пластырь в первый день менструального цикла, т.е. первый пластырь следует прикрепить в первый день менструации. При этом дополнительные средства контрацепции не требуются [1,3,6]. Менять пластырь необходимо на 8-й, 15-й и 22-й дни цикла или от момента его прикрепления [1,3,6].

2. Влагалищная гормональная риллизинг-система «Нова-Ринг®». Еще одним новым гормональным средством женской контрацепции является противозачаточное кольцо «Нова-Ринг®». Оно вводится во влагалище на 1-5 день менструального цикла (но не позднее!) и остается там 3 недели, не вызывая никакого дискомфорта при правильном использовании «Нова-Ринг®». 1 кольцо на 1 цикл. Далее 7-дневный перерыв и можно использовать повторно. «НоваРинг®» является комбинированным гормональным контрацептивным препаратом, в состав которого входят микродозы гормонов эстрогена (этинилэстрадиол) и прогестагена (этоногестрел) [1,3,6]. «НоваРинг®» представляет собой гибкое маленькое кольцо (диаметр всего 55 мм, толщина 8,5 мм), выполненное из гипоаллергенного материала. После введения во влагалище из кольца ежедневно высвобождаются микродозы гормонов (такой механизм действия достигается благодаря сложной системе мембран, из которых оно состоит). Его контрацептивное действие, как и у других гормональных препаратов осуществляется за счет подавления овуляции. Кроме того гормоны повышают плотность слизи в шейке матки, препятствуя тем самым продвижению сперматозоидов. При этом контрацептивная эффективность вагинального кольца высокая. Индекс Перля (показатель, отражающий количество женщин из ста, забеременевших на фоне приема препарата в течение года) при применении противозачаточного кольца составляет 0,96. Для сравнения, при приеме комбинированных оральных контрацептивов индекс Перля равен 0,1-0,9 [1,3,6].

Помимо контрацептивного действия препарат также положительно влияет на менструальный цикл, делая его более регулярным, а менструации менее болезненными и обильными. Важно помнить, что контрацептивное кольцо не является защитой от заболеваний, передающихся половым путем! Поэтому данный метод контрацепции подходит женщинам при наличии одного постоянного полового партнера, а также отсутствия у обоих партнеров половых инфекций [1,3,6].

Хотелось бы заметить, что 2 последних комбинированных средства достаточно удобны и просты в применении. Пластырь не боится воды, пота и механических повреждений, устанавливается на чистую кожу в удобном для женщины месте. Влагалищное кольцо настолько эластично, удобно и прочно закреплено во влагалище женщины, что не подвергается смещениям при работе, физических упражнениях и интимной близости. Это обуславливает их широкое применение женщинами не только в повседневной жизни, но и в практически всех видах спорта. Терапевтическая доза поступающих в организм женщины половых

гормонов максимально мала, что позволяет сохранять достаточно адекватный противозачаточный эффект, при этом, практически сводя к минимуму, возможные побочные эффекты и осложнения. И, что особенно важно, женщина может использовать эти методы лишь тогда, когда ей это будет необходимо, что позволяет ей самой регулировать и планировать свое сексуально – репродуктивное поведение [1,3,6].

Что касается пользы и вреда от применения контрацептивных средств женщинами-спортсменками, то и здесь есть как ряд плюсов, так ряд минусов. Спорным, среди специалистов и самих спортсменок остаётся вопрос о пользе и вреде изменения сроков менструального цикла, в частности, менструального кровотечения. Грубое вмешательство в природно-отлаженный, со сложной нервно-гуморальной регуляцией, циклический процесс, связанный с воздействием, контролем и выработкой большого количества гормонов и биологически-активных веществ, претерпевает, порой необратимые изменения при вмешательстве в него. И, зачастую, это вмешательство в чётко отлаженный механизм, мотивируется «ответственными стартами», «необходимостью участия и победы», «особой важностью и престижностью» данного выступления. Трио – врач, тренер и сама спортсменка, что удивительно, ради очередного успеха, победы, медали, идут на осознанное уничтожение собственного здоровья, проблемы с репродуктивным и соматическим здоровьем, тяжёлыми нарушениями в менструальном цикле и, в конце концов, бесплодию[1-3,6].

При анализе специальной медицинской литературе, посвящённой использованию синтетических гормональных средств контрацепции, установлено, что среди исследователей нет единодушия по многим вопросам. Так ряд исследователей (Ducher G, Turner AI, Kukuljan S, et al., 2011; Hartard M, Kleinmond C, Kirchbichler A, et al., 2004; Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, et al., 2007) утверждает о положительном влиянии гормональных контрацептивов на состояние костной ткани у женщин спортсменок. В то же время, не меньшая группа известных исследователей отмечает негативное влияние от длительного применения женщинами спортсменками гормональных контрацептивов, с возникновением у них в ближайшем и отдалённом будущем переломов костей, развитием явлений остеопении и остеопороза (Pauroo, A., Glass, M.L.S., 2008; Piya-Anant, 2008; Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L., 2010; Hartard M, Kleinmond C, Kirchbichler A, et al., 2004).

Данные о тонизирующем, допинговом действии синтетических эстрогенов и прогестинов также не имеют единодушия в научной среде (Greydanus, D.E., Patel, D.R., Rimsza, M.E., 2001; Martins SL, Curtis KM, Glasier AF., 2006; Greydanus, D.E., Patel, D.R., 2010;). Любое, даже очень «мотивированное» вмешательство в женский организм не проходит бесследно для самой женщины. Не учитывая исходный уровень гонадотропинов и половых стероидов, приём сложной синтетической комбинации контрацептивных препаратов, женщина рискует приобрести

как заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и гонад, так и бесплодие и ряд онкологических поражений (Armstrong, L.E., Maresh, C.M., Keith, N.R., Elliott, T.A., Vanheest, J.L., Scheett, T.P. et al., 2005; Giacomoni, M., Bernard, T., Gavarry, O., Altare, S., Falgairette, G., 1999; Lehtovirta P, Kuikka J, Pyörälä T., 1977). Кроме этого, существует ряд научных работ, в которых указывается связь между приёмом синтетических гормональных контрацептивов с фиброзно-кистозными мастопатиями и раком молочной железы (Greydanus, D.E., Patel, D.R., Baxter, T.L., 1998; Kaul, P., Beach, R.K., 2006; Peters, C., Burrows, M., 2007).

Выводы. 1. Врач – гинеколог, при активном участии спортивного врача должен ознакомить женщин-спортсменок с их индивидуальными возможностями и допустимыми вариантами применения современных контрацептивных средств.

1. Подбор и использование различных средств контрацепции должен осуществляться с индивидуальным подходом.

2. Задачи и подбор средств гормональной контрацепции у спортсменок требует строгого учёта вида спорта (циклические или ациклические), в котором задействована данная спортсменка, а также строго соблюдения противопоказаний к их применению.

3. Выбор метода контрацепции женщинами-спортсменками напрямую зависит от её возраста, сексуальной активности, исходного уровня соматического и репродуктивного здоровья и вида спорта.

4. Вопросы влияния гормональных средств контрацепции на кардио-респираторную систему, потребление тканями кислорода, выносливость, физическую работоспособность требуют дополнительных масштабных исследований, потому что имеющиеся данные исследований противоречивы, не дифференцированы по видам спорту и не имеют масштабности проведения.

Список использованной литературы

1. Аноприенко С.В. Современные методы контрацепции. – СПб.: Феникс. – 2008. – 176 с.
2. Джемлиханова Л.Х. Регуляция репродуктивного здоровья женщины-спортсменки / Л.Х. Джемлиханова, Э.Н. Попов // Материалы 2-го международного конгресса «Спорт и здоровье» 21–23.04. 2005 г. – СПб., – 2005. – С. 86–87.
3. Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. – СПб: Специальная литература. – 2006. – 198 с.
4. Михалюк Є.Л. Гендерні відмінності у спорті та оздоровчому фізичному тренуванні: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Запоріжжя: Видавництво ЗДМУ. – 2010. – С. 44–51.
5. Попов Э.Н. Особенности течения беременности у спортсменок / Э.Н. Попов // Материалы 2-го международного конгресса «Спорт и здоровье» 21-23.04. 2005 г. СПб. – 2005. – С. 226–227.

6. Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ. – 2011. – 448 с.
7. Соболева Т.С. Здоровая репродукция и женский спорт / Т.С. Соболева // Первый международный научный конгресс «Спорт и здоровье», Т. 1. – СПб.: Олимп–СПб. – 2003. – С. 296–297.
8. Стеняева Н.Н., Кузemin А.А. Женская сексуальная функция и гормональная контрацепция. // Гинекология. – 2013. – № 4. – С.35–39.
9. Фазлетдинова И.Р. Прерывание первой беременности ранних сроков медикаментозным абортом у юных женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, В.Б. Трубин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. Акушерство и гинекология. – 2009. – № 7. – С. 160–164.
10. Юрчук О.А. Репродуктивная функция женщин, занимавшихся различными видами спорта /О.А. Юрчук, С.В. Хлыбова, В.И. Циркин // Успехи современного естествознания. – 2006. – №9. – С. 91–93.
11. Burrows M., Peters C.E. The influence of oral contraceptives on athletic performance in female athletes. Sports Med. 2007; 37:557–574.
12. Bennell K., White S., Crossley K.: The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen? Br J Sports Med 1999 Aug; 33(4):231–8.
13. Frankovich RJ, Lebrun CM. Menstrual Cycle, Contraception, and Performance. Clin Sports Med 2000 Apr; 19 (2): 251–71
14. Iyer V., Farquhar C., Jepson R.Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane review) / In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. – Chichester, UK.
15. Lebrun CM, Petit MA, McKenzie DC, Taunton JE, Prior JC Decreased maximal aerobic capacity with use of a triphasic oral contraceptive in highly active women: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 2003;37:315–320.

О.О. Вертипорох

асистент

(Бердянський державний педагогічний університет)

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТЕХНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ УШУЇСТІВ (12-13 РОКІВ) З УШУ ТА ОЛУ ТА САНЬШОУ

Актуальність теми. Життя людини є найвищою цінністю, тому перед суспільством постає ряд важливих завдань, серед яких головним є вирішення проблеми збереження здоров'я дитини.

За даними, майже 90 % школярів мають відхилення у здоров'ї, понад 50 % – незадовільну фізичну підготовку[1]. Відомо, що однією з причин відхилення у фізичному розвитку та стані здоров'я дітей є недостатня рухова активність. Значне зростання серед різних верств населення України