

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СПОРТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ ІЗ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ
ФІЗКУЛЬТУРИ УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І
СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ»
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ
ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ДНІПРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ОЛЕСЯ ГОНЧАРА
ПІД ПАТРОНАТОМ НАЦІОНАЛЬНОГО ОЛІМПІЙСЬКОГО КОМІТЕТУ
УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

IV Всеукраїнського з'їзду фахівців
із спортивної медицини та лікувальної фізкультури

«СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ,
ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ-2019»

присвяченого 70-річчю системи надання лікарсько-фізкультурної допомоги в Україні
та 70-річчю кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології
Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони
здоров'я України»

11-13 квітня 2019 року

м. Дніпро

функціонерів МОЗ. Але, сталося так, що починаючи з 2018 року, санологія була зовсім виключена з переліку медичних спеціальностей, а проблемна комісія з медичних проблем фізичної культури та спорту не поновлена. Про неї в МОЗ і не згадують, оскільки не рахують медалі чемпіонів Олімпійських ігор, Світу та Європи, а також випадки раптової смерті під час фізичного виховання школярів, оздоровчого та спортивного тренування.

З цими здобутками спортивна медицина та лікувальна фізкультура України входять у сучасні реформи атестації науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації, де будуть шукати своє місце.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Ковальова О.В.¹, Ковальова О.В.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

² Запорізький національний технічний університет

Захворювання системи кровообігу приводять до ранньої інвалідизації і смертності. у всьому світі, реєструється омолодження інсультів і інфарктів, що є ускладнення гіпертонічної хвороби

Проблема ефективного лікування хворих з артеріальною гіпертонією, продовжує залишатися. Це захворювання і є предиктором розвитку таких ускладнень як інфаркт, інсульт. Не адекватне лікування артеріальної гіпертензії призводить до розвитку енцефалопатії, вторинного ураження нирок. Тобто наявність у хворих супутньої патології істотно впливає на перебіг і прогноз артеріальної гіпертензії. При дегенеративних змінах шийного відділу хребта без сумніву розвивається деформація, здавлення брахицефальної артерії і в наслідок погіршення кровопостачання головного мозку. Артеріальна гіпертензія при патології шийного відділу хребта, розглядається у якості транзиторної реакції, яка є складовою частиною синдрому «хребетної артерії» або «вертебробазиллярної недостатності» Тобто перебіг захворювання погіршується в зв'язку з тим, що розвивається компенсаторне підвищення тиску у відповідь на гіпоксію мозку. Частота перерахованих змін у хворих АГ становить понад 60%. Вертебральна кістково-м'язова компресія судин шийної може бути стійким проявом дегенеративного процесу в області шийного відділу. Виникає необхідність в оцінці її ролі в формуванні тривалої системної реакції артеріального тиску і можливості не медикаментозної корекції означеної патології.

Мета: Розробка програми щодо лікування та реабілітації хворих на гіпертензію при патології шийного відділу хребта, усунення розвитку цефалгії, резистентних форм гіпертензії.

Об'єкт дослідження: 20 чоловіків, хворих на гіпертензію в поєднанні з патологією шийного відділу хребта, які отримували стандартну медикаментозну терапію, і 21 пацієнт, який отримував лікування в комбінації з фізіотерапевтичним лікуванням. Групи хворих були підібрані за віком (середній вік $62 \pm 4,2$), вагою (індекс Кетле в 1-й групі - від $21,63 \text{ кг}\text{м}^2$ до $33,13 \text{ кг}\text{м}^2$, у 2-й - від $20,75 \text{ кг}\text{м}^2$ до $36 \text{ кг}\text{м}^2$), перебігу захворювання та програмою медикаментозної корекції гіпертензії.

Патологію хребта в першій групі при рентгенологічному дослідженні діагностували в 6 випадках в шийно-грудному відділі і в 8 - в шийному відділі, а в другій - в 8 випадках в шийно-грудному відділі і в 8 - в шийному. У всіх пацієнтів відзначалася головний біль при кризі, зміні погоди, при стресі. Хворі перебували під спостереженням від 3 до 6 місяців. З огляду на фізіологію людей похилого віку, неможливо забезпечити адекватне зниження АТ і анальгезію цефалгічних форм в звичних терапевтичних дозах. Виникають патологічні рефлексії, які ведуть в подальшому до розвитку резистентних форм гіпертензії. В обох

групах підвищення артеріального тиску відбувалося на тлі патології шийно-грудного відділу хребта, стійкого міофасціального синдрому. Така форма гіпертензії безсумнівно призводить до порушення мозкового кровообігу, порушенню ліквородинаміки (практично у всіх пацієнтів зафіксована внутрішньочерепна гіпертензія). Клініка вираженої цефалгії ускладнює перебіг хвороби. Для лікування використовували апарат LEIT, який виробляє модульований електричний сигнал -МЕС. Робота по рефлексогенних зонах електричним струмом, що не ушкоджує та максимально копіює ендogenous (нейроподібний імпульс в діапазоні частот від 8 до 140 Гц.) дозволяє отримувати потужний анальгезуючий, протинабряковий, протизапальний ефекти. МЕС, якому притаманні нейроадаптивні властивості. Дозволяє зняти умовний патологічний рефлекс, а відповідно міофасціальний і больовий синдром. Сприяє нормалізації лімфовідтоку поліпшенню ліквородинаміки, зниженню внутрішньочерепного тиску. Дані феномени були досліджені за допомогою ЕЕГ, доплерографії з дуплексним скануванням. Оцінка больового синдрому і його динаміка в процесі лікування гіпертонічних кризів оцінювалися по числовій шкалою болю (NPS - Numeric Pain Scale, ЧШБ). Варіабельність ритму досліджувалося на апараті CardioLab XAI.

Клінічно при застосуванні LEIT зникав головний біль, відчуття «розпирання» в голові, поліпшувався зір, зникали «мушки» перед очима. Відзначалася легкість, бадьорість, нормалізувалася формула сну, зменшувалася доза гіпотензивної терапії.

Висновки:

Застосування МЕС сприяло, при збереженні адекватних цифр АТ, зменшенню дози гіпотензивних препаратів, усуненню міофасціального і больового синдрому, стабілізації ліквородинаміки, вегетативної нервової системи, в порівнянні з контрольною групою.

ІННОВАЦІЙНЕ РІШЕННЯ ПОНОВЛЕННЯ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СКЛАДУ ПРИ ІНТЕНСИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ В СПОРТІ

Ковальова О.В.¹, Малярєнко Ю.О.², Романова Т. А.², Сардак А. А.²

¹ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

² Запорізький національний технічний університет

Актуальність. Поза сумнівом, що інтенсивне м'язове навантаження істотно впливає на гомеостатичних реакцій, що регулюють водно-сольовий обмін. Різностямованість і різна міра зміни мінерального складу цільної крові у обстежених при різних видах м'язової діяльності, обумовлені різним рівнем втрати натрію і калію через органи виділення, у тому числі і через потові залози. Оскільки рівень калію в позаклітинній рідині не впливає на осмолярність плазми, нирки не здатні зберігати його так само ефективно, як натрій, і значна кількість калію може виводитися з сечею навіть за наявності його дефіциту в організмі. Гіпокаліємія розвивається внаслідок підвищеного виведення калію з організму, що може спостерігатися при посиленому потовиділенні або в результаті внутрішньоклітинного переміщення. При ацидозі вихід калію з клітини в плазму крові, процеси розщеплення білку і глікогену супроводжуються підвищенням виділення калію. Обидва механізми внутрішньоклітинного переміщення калію спостерігається при підвищених фізичних навантаженнях.

В літературі накопичено достатній матеріал по вивченню пристосовності дітей і дорослих до інтенсивної м'язової роботи як в звичайних температурних умовах, так і в умовах високої температури зовнішнього середовища. Чим вища кваліфікація спортсмена, тим менш глибокі зрушення водно-сольового обміну відзначаються при м'язовому навантаженні. При виконанні однакової по формі і тривалості м'язової роботи найбільші зміни показників водно-сольового обміну спостерігаються у менш тренуваних спортсменів, а нормалізація калію після навантаження настає у високотренуваних спортсменів швидше, ніж

ДИНАМІКА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОСЛЕ ВИКЛЮЧЕННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С.	69
ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ Доріна В.Г., Кочина М.Л., Сич С.Є.	71
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ОПЕРАТИВНИХ СТАНІВ СПОРТСМЕНІВ «МАСТЕРС» ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ Дорофєєва О.Є., Яримбаш К.С.	72
СТРЕТЧІНГ У СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ НИЖНІХ КІНЦІВОК КВАЛІФІКОВАНИХ СПОРТСМЕНІВ У ФУТЗАЛІ Дорошенко Е.Ю., Гурєєва А.М., Сазанова І.О.	73
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ, УСКЛАДНЕНОГО ОЖИРІННЯМ Єжова О.О., Ситник О.А., Абрамова С.Ф.	76
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК З ОСЛАБЛЕННЯМ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ Єрмолаєва А.В., Луценко Н.С., Склярова І.А.	78
КОРЕКЦІЯ МАСИ ТІЛА ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ Жарська Н.В., Будзин В.Р.	80
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ Жиденко А.О., Міщенко Т.В.	82
КЛІНІКО-БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ЛІКУВАННЯ ЛІГАМЕНТОГЕННОГО ПОПЕРЕКОВО-ТАЗОВОГО БОЛЮ Істомін А.Г., Калюжка А.А., Істомін Д.А., Кирилов В.П., Журавська Ю.А.	85
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕМФОВАНОЇ СЛІНГ-ТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВНУМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ С ЗАХВОРЮВАННЯМИ І ТРАВМАМИ ТАЗА Істомін А.Г., Луковська О.В., Істомін Д.А., Журавльов В.Б., Манучарян С.В.	88
ДЕЯКІ АСПЕКТИ АНАЛІЗУ ВИЯВЛЕНИХ МАЛИХ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ У СПОРТСМЕНІВ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ПОГЛИБЛЕНОГО МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ В УМОВАХ ЛІКАРСЬКО-ФІЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРУ Кириллов В.П., Медовець О.І.	91
СУЧАСНІ МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМАХ Кириченко А.Г., Сорокін В.О., Соколовський С.І., Куьменко В.І., Башта І.Г., Пригорієва О.В., Присяжнюк О.А.	93
ЗДОБУТКИ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ УКРАЇНИ І СУЧАСНІ РЕФОРМИ АТЕСТАЦІЇ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ВИЩОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ Клапчук В.В.	95
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА Ковальова О.В., Ковальова О.В.	98
ІННОВАЦІЙНЕ РІШЕННЯ ПОНОВЛЕННЯ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СКЛАДУ ПРИ ІНТЕНСИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ В СПОРТІ Ковальова О.В., Малярєнко Ю.О., Романова Т. А., Сардак А. А.	99