

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

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

у малотренованих. При цьому збільшення кратності впливу високої температури у них не тягне за собою пристосованість змін водно-сольового обміну. Згідно зі спостереженнями ряду авторів, зміни іонного складу крові, сечі, поту і слини залежать від обсягу, інтенсивності, тривалості навантаження і умов навколишнього середовища, в яких проводиться тренування. Спостережувані зміни прямо пропорційні ступеню дегідратації організму і корелюють з втратами в масі тіла. Відомо, що виконання великих навантажень пов'язане з рясним потовиділенням під час тренувань та змагань може негативно впливати на функціональний стан серцево-судинної системи. Зміна електролітного обміну в міокарді може порушувати як процес збудження, так і процес скорочення серцевого м'яза, що в кінцевому підсумку може проявлятися морфологічними змінами в міокарді.

Мета дослідження: пошук адекватних та ефективних засобів поновлення водно-електролітного складу при інтенсивному фізичному навантаженні в спорті.

Матеріали і методи: аналіз і узагальнення літературних даних; спортивний анамнез, параклінічні методи дослідження: функціональна проба серцево-судинної системи, тип реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження (нормотонічний, гіпертонічний, гіпотонічний).

Отримані результати. Під час марафонського забігу ряд чинників може викликати підвищення температури тіла у спортсмена, проте спеціальні системи організму дозволяють розсіювати тепло. Це явище називається температурним балансом. Термін водний баланс визначає рівновагу між втратами рідини під час забігу, зокрема, за рахунок потовиділення, і компенсацією цих втрат, наприклад, шляхом прийому рідини. Надмірна втрата рідини може привести до зневоднення організму.

Баланс рідини в організмі спортсмена-єдиноборця не менш важливий для збереження високої працездатності на всіх стадіях тренування і змагання.

Рівень потовиділення залежить від інтенсивності і часу виконання навантаження. Це підтверджується багатьма дослідженнями і фактами. Наприклад, у марафонців дегідратація виражена більше, ніж у бігунів на будь-які інші, коротші дистанції. Є і інші закономірності: якщо рухова вправа при її виконанні вимагає інтенсивності, але за часом вона не тривала (менше 30 хв.), то дегідратація не має критичного наслідку, а якщо вправа тривала (більше години) і виконується при низькій інтенсивності, то дегідратація розвивається повільно, але і в цьому випадку є можливість для її відвернення.

Слід звернутися увага і на таке відоме явище, коли чинники інтенсивності і тривалості діють в комплексі, що теж обумовлює значні втрати води. Проте серед марафонців і єдиноборців реєструється і інше явище - гідрофобія, тобто явище, коли спортсмени п'ють воду дуже мало і на змаганнях, і в процесі тренування. Тоді дегідратація організму таких спортсменів виражається найсильніше.

Це має свої наслідки. Наприклад, м'язово-сухожилльні порушення і жовчнокам'яна хвороба вражають найчастіше бігунів та єдиноборців, які досягають добрих спортивних результатів, або тих, які довго займаються спортом і утримуються від пиття під час бігу та при фізичних напруженнях. Надмірне споживання води теж приводить спортсмена до непередбачуваних наслідків, бо збільшується навантаження на серце і підвищується процес розпаду білку.

Потрібно враховувати ту обставину, що піт, що з'являється на поверхні тіла в жарку погоду і при значних фізичних навантаженнях, складається в основному з натрію, а також в невеликих кількостях калію і магнію. Щедре потовиділення неминуче призводить до зниження концентрації, в першу чергу, саме цих мікроелементів в організмі.

Встановлено, що відчуття спраги зумовлене зниженням рівня натрію в крові, а тому після чергового тренування відновлення водного балансу організму можна досягнути за умови обов'язкового включення натрію і певної кількості калію в рідину, що приймається.

Відповідно до сучасних уявлень, при тривалих фізичних вправах адекватне відшкодування дефіциту рідини і електролітів є одним з суттєвих факторів, що підтримують необхідний рівень фізичної працездатності.

Основними напрямками раціонального харчування спортсменів є організація адекватного питного режиму, відповідно навантаженням.

Costill рекомендує за 30 хв. перед напруженою тренувальною роботою або змаганнями прийом прохолодних напоїв (до 500-600 мл) з невеликою кількістю цукру (2,5 г/100 мл), під час змагань - по 100-200 мл напою з інтервалом 15 хв, після змагань і тренування - підсолену їжу, томатний і фруктові соки, що дозволяє заповнити втрати електролітів.

Noakes і співавт при виконанні тривалої (до 6 год) рекомендують перед фізичним навантаженням випити до 300 мл прохолодної (10° С) води.

З нашої точки зору це є раціонально. Тому що рідина, що потрапляє у шлунок повинна розігрітися до температури 42° С. Тобто при вживанні холодної води йде поступове всмоктування рідини в кровоносне русло, але лише після евакуації з шлунка по ходу травного шляху.

Важливо так само відшкодування дефіциту рідини. після навантаження. Тобто коли немає адекватного відшкодування рідини, відбувається викид антидіуретичного гормону і відповідно зменшується виділення сечі.

Відшкодування дефіциту рідини після напруженої м'язової діяльності необхідно не тільки для посилення функції сечовиділення, а й для пасажу кишкового вмісту. При споживанні менше 2 л рідини на добу боротьба з запорами малоефективна.

При тесті з фізичним навантаженням підвищувалася толерантність до фізичного навантаження, відновлювалася реакція серцево-судинної системи по нормальному типу. Стабілізувався стан вегетативної нервової системи.

Застосування Полтавського бішофіту дозволило зберегти психічну рівновагу (вплив сполук магнію), зберегти нормальний сон, який можна трактувати як маркер якісного відновлення після фізичного перенавантаження, нормалізувалася робота кишківника (усунення закріпів). В порівнянні з контрольною групою у спортсменів, які отримували бішофіт нормалізувався сон. Загальний стан в порівнянні з контрольній групою згідно з тестами був більш збалансований. Суттєво підвищувалася активна життєва позиція, з'являлася позитивна мотивація, воля до перемоги. Суттєво зменшувалася втома, швидко відновлювалися життєві функції, формувалася позитивний настрій.

Велике значення мав і вміст мікроелементів в рідині, яку рекомендовано вживати спортсменам для відновлення водно-електролітного складу.

Мінерали прадавніх морів (магній, калій, кальцій, йод тощо) стали основою життя на нашій планеті. Людина вийшла з надр первісного океану. Кров людини за складом солі так ж як первинний океан, як Полтавський бішофіт, який також з дивовижною точністю повторює склад первинного океану. 15 років тому відкрили Полтавський бішофіт.

Доведено, що співвідношення елементів (калій, натрій, кальцій, фосфор, бор) в складі Полтавського бішофіту, максимально наближене до співвідношення елементів в крові ссавців, в тому числі і людини. Мікроелементи (залізо, мідь, хром, йод, марганець, молібден, селен, кремній, сірка, цинк), що містяться в крові так само є в складі Полтавського бішофіту практично в тому ж співвідношенні.

Висновки. Створена форма питного бішофіту. для внутрішнього застосування. При застосуванні бишофіту, отримано потужний жовчогінний ефект, стимуляція апетиту, регуляція кишкової моторики, усунення запорів. Жовчогінний ефект Бішофіту сприяє нормалізації рН в області підшлункової залози, що істотно сприяє поліпшенню і корекції засвоєння кальцію, стимуляції апетиту. Виявлено потужний адаптогенний і загальнозміцнюючий ефект .

Збалансований електролітний склад питної форми Полтавського бішофіту дозволив нам використовувати його в практиці для відновлення водного балансу у спортсменів з високим рівнем фізичного навантаження і відповідно активним потовиділенням. Виходячи з практики ми прийшли до висновку, що при значних фізичних навантаженнях Полтавський бішофіт питну форму можна застосовувати з розрахунку 5 г на 300 мл води за 30 хвилин до тренування. Таке застосування сприяє якісному відновленню водно-електролітного балансу.

Полтавський бішофіт можна рекомендувати в якості додаткового джерела магнію, макро- і мікроелементів (калій, кальцій, йод, бром, селен, мідь, цинк, хром) з метою створення оптимальних дієтологічних умов для магнієвої корекції засвоєння кальцію, загального зміцнення організму і оптимізації функції шлунково-кишкового тракту, опорно-рухової системи, дихальних шляхів, серцево-судинної і нервової системи. Це має велике значення при переїздах, що неминуче при участі в змаганнях.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД НАЦІОНАЛЬНИХ ЗБІРНИХ КОМАНД УКРАЇНИ З ОЛІМПІЙСЬКИХ ВИДІВ БОРотьБИ

Коробейніков Г.В., Коробейнікова Л.Г., Шацьких В.В., Міщенко В.С., Воронцов А.В.

Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

Сучасний етап розвитку спорту вищих досягнень характеризується, з одного боку розвитком технологій, що сприяють стимуляції працездатності спортсмена, з іншого - ігноруванням накопиченого досвіду спортивної науки в системі підготовки спортсменів високої кваліфікації. Захоплення фармакологічними маніпуляціями в спорті вищих досягнень привело до необхідності введення заборонених (допінгових) засобів, внаслідок ризику здоров'ю та життю спортсмена, а також недоброчесної конкуренції. Однак, фактично було створено монополіста в області антидопінгового контролю, що використовує дану непрозору систему для цілеспрямованого виключення світових лідерів з основних стартів, при чому не тільки діючих, а й тих, які закінчили свою кар'єру. Виходячи з ситуації, що склалася, фактичної кризи спорту вищих досягнень, виникає потреба повернення до витоків системи медичного та науково-методичного забезпечення спортсменів на основі сучасних технологій.

Фундаментальні вітчизняні роботи Матвєєва Л.П., Платонова В.М., Дембо А.Г., Земцовського Е.В., Абрамова В.В., Запорожанова В.А., Бальсевича В.К., дають необмежені можливості використання попереднього досвіду для створення сучасної системи медичного та науково-методичного забезпечення та супроводу в спорті вищих досягнень.

В спорті вищих досягнень використовують різні види медико-біологічного контролю, однак, найбільш оптимальним є медико-біологічний та психологічний супровід, який є відображенням поточного контролю за функціональним станом організму спортсмена. В свою чергу, поточний контроль є найбільш важливим, з точки зору наявності зворотного зв'язку між тренувальним впливом і прийняттям рішення з боку тренера. Подібне твердження базується на багаторічному досвіді науково-методичного забезпечення національних збірних команд України з греко-римської, вільної, жіночої видам боротьби і дзюдо. Досвід підготовки даних команд до XXIX Олімпійських ігор в Пекіні (2008), до XXX Олімпійських ігор в Лондоні (2012) і до XXXI Олімпійських ігор в Ріо-де-Жанейро (2016), свідчить про високу ефективність поточного контролю.

Структура медико-біологічного та психологічного супроводу складається з оперативних і інформативних методів дослідження різних сторін функціонального стану організму спортсмена, з метою безпосередньої корекції тренувального процесу.

Оскільки багато психічних станів можуть бути тільки спостережуваними або вивчаються, лише, з використанням інтроспективного методу – за самооцінюванням самих осіб, без залучення об'єктивних фізіологічних методик, створюється враження, що вони є психологічними. І ця обставина надзвичайно ускладнює розробку об'єктивної класифікації станів людини. Діяльність спортсмена та її результати зумовлюються не тільки стійкими індивідуальними характеристиками, але й, значною мірою, терміновими змінами, які виникають в організмі й визначають психофізіологічні стани. На нашу думку,

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 ДІАБЕТІ 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 ДЕМОФОВАНОЇ СЛІНГ-ТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВНОМУ 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