

## Зміст

СКОРОЧЕННЯ .....	5
<b>Розділ 1. ЗАГАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СПОРТИВНУ МЕДИЦИНУ .....</b>	<b>6</b>
1.1. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ .....	6
1.2. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ .....	12
1.2.1. Зародження і розвиток знань про зв'язок фізкультури та медицини .....	12
1.2.2. Історія розвитку спортивної медицини і лікувальної фізкультури в Україні .....	15
<b>Розділ 2. ЛІКАРСЬКИЙ КОНТРОЛЬ В СПОРТИВНІЙ МЕДИЦИНІ .....</b>	<b>19</b>
2.1. ВИЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ .....	20
2.2. ВИЗНАЧЕННЯ І ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОСНОВНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОБ .....	28
2.2.1. Проби із затримкою дихання .....	29
2.2.2. Проби із зміною положення тіла в просторі .....	30
2.2.3. Проби з фізичним навантаженням .....	31
2.3. ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ .....	32
2.4. ЗВ'ЯЗОК ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ З ПОКАЗНИКАМИ ЗДОРОВ'Я .....	45
2.5. ЛІКАРСЬКО-ПЕДАГОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ В ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ .....	49
2.5.1. Етапний контроль .....	50
2.5.2. Поточний контроль .....	52
2.5.3. Оперативний контроль .....	53
2.6. МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ І СПОРТИВНО-МАСОВИХ ЗАХОДІВ .....	60
2.7. МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПОРТИВНИХ ЗБОРІВ .....	63
<b>Розділ 3. ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ПРИ ВИКОНАННІ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ .....</b>	<b>65</b>
3.1. ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ВИКОНАННІ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ .....	65
3.2. ПАТОГЕНЕТИЧНІ СИНДРОМИ У СПОРТИВНІЙ МЕДИЦИНІ .....	67
3.2.1. Дисневротичний синдром .....	69
3.2.2. Дисгормональний синдром .....	70
3.2.3. Дисімунний синдром .....	72
3.2.4. Дисметаболічний синдром .....	72
3.2.6. Синдром запалення .....	75
3.2.7. Дисциркуляторний синдром .....	76
3.3. ПЕРЕДПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ Й ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПРИ НЕРАЦІОНАЛЬНИХ ЗАНЯТТЯХ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ .....	79
3.3.1. Причини й механізми формування дисадаптаційного синдрому .....	79
3.3.2. Гостре фізичне перенапруження .....	83
3.3.3. Хронічне фізичне перенапруження провідних органів і систем організму спортсмена .....	86
3.3.4. Періодично виникаючі гострі прояви хронічного фізичного перенапруження ..	94
<b>Розділ 4. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ .....</b>	<b>97</b>
4.1. ПОНЯТТЯ ПРО МЕДИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ .....	97
4.2. АДАПТАЦІЙНА ФІЗІОТЕРАПІЯ .....	98
4.2.1. Методи, які нормалізують тонус нервної системи .....	101

4.2.2. Методи, які нормалізують тонус гормональної системи .....	110
4.2.3. Методи корекції імунітету .....	114
4.2.4. Методи, які усувають метаболічні порушення .....	117
4.2.4. Противобольові методи .....	121
4.3. АДАПТАЦІЙНА КІНЕЗОТЕРАПІЯ .....	131
4.3.1. Загальні основи адаптаційної кінезотерапії .....	134
4.3.2. Адаптаційна кінезотерапія дисневротичного синдрому .....	145
4.3.4. Адаптаційна кінезотерапія дисметаболічного синдрому .....	154
4.3.5. Адаптаційна кінезотерапія дисгормонального синдрому .....	158
4.4. СПОРТИВНА ГОМЕОКІНЕТИЧНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ .....	164
4.4.1. Основи адаптаційної фармакотерапії .....	165
4.4.2. Адаптаційна гомотоксикологія .....	171
4.4.3. Гомеокінетична апітерапія .....	174
4.4.4. Допінг-контроль .....	177
4.5. ОСНОВИ АДАПТАЦІЙНОГО ГОМЕОСТАТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ .....	180
4.5.1. Фізіологічна роль біоелементів в адаптації спортсменів .....	181
4.5.2. Основи раціонального харчування спортсменів .....	191
4.5.3. Адаптаційна гомеостатична дієта .....	199
4.5.4. Адаптаційне застосування питних мінеральних вод .....	210
4.6. АДАПТАЦІЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ .....	213
4.7. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ СИНДРОМІВ .....	232
4.8. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТИПОВИХ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ У СПОРТІ .....	237
4.8.1. Дисвегетативний синдром .....	237
4.8.2. Гіпертензивний синдром .....	255
4.8.3. Астматичний синдром .....	274
4.8.4. Суглобовий синдром .....	290
4.8.5. Шкірний синдром .....	329
4.9. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТИВНИХ ТРАВМ .....	369
4.10. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ЖІНОЧОМУ ТА ДИТЯЧОМУ СПОРТІ .....	406
4.10.1. Вплив спортивних тренувань на параметри гомеостазу у жінок .....	406
4.10.2. Основи дитячої спортивної медичної реабілітації .....	411

<b>Розділ 5. МЕДИЧНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ «СПОРТИВНЕ ДОВГОЛІТТЯ» .....</b>	<b>420</b>
5.1. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «ВЕГЕТАТИВНИЙ ПАСПОРТ» .....	420
5.2. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «РОЗУМОВА АКТИВНІСТЬ» .....	422
5.3. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «ГОРМОНАЛЬНИЙ БАЛАНС» .....	425
5.4. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «ІМУННА АДАПТАЦІЯ» .....	426
5.5. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «АДАПТАЦІЙНЕ ХАРЧУВАННЯ» .....	427

<b>Розділ 6. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В СПОРТІ .....</b>	<b>430</b>
---	------------

## СКОРОЧЕННЯ

АОС	— антиоксидантна система	ЛФД	— лікарсько-фізкультурний диспансер
АС	— астматичний синдром	МАП	— максимальна анаеробна потужність
БА	— бронхіальна астма	ММХ	— міліметрові хвилі
БАТ	— біологічно активна точка	МСК	— максимальне споживання кисню
ВД	— вегетативна дисфункція	МР	— медична реабілітація
ВП	— висхідне положення	НВЧ	— надвисока частота
ВПА	— вузликовий періартеріт	НЛВ	— низькоінтенсивне лазерне випромінювання
ГС	— гіпертензивний синдром	НПЗЗ	— нестероїдні протизапальні засоби
ГСТ	— Гарвардський степ-тест	ПА	— псоріатичний артрит
ДМХ	— дециметрохвильова терапія	ПОЛ	— перекисне окислення ліпідів
ДВС	— дисвегетативний синдром	РГГ	— ранкова гігієнічна гімнастика
ДВ	— дихальні вправи	РА	— ревматоїдний артрит
ДДС	— діадинамічні струми	СЧВ	— системний червоний вовчак
ЗМП	— змінне магнітне поле	СКД	— системна склеродермія
ІГР	— індекс гормональної рівноваги	СМ	— спортивна медицина
ІВСР	— індекс ваго-симпатичної рівноваги	СМС	— синусоїдально-модульовані струми
ІРБА	— індекс рівноваги біологічних амінів	СНЧ	— струми надтональної частоти
ІРОС	— індекс рівноваги окислювальних систем	УВЧ	— ультрависока частота
КЕА	— короткоімпульсна електроаналгезія	УЗТ	— ультразвукова терапія
ЛГ	— лікувальна гімнастика	УФО	— ультрафіолетове опромінення
ЛК	— лікарський контроль	ФВ	— фізична вправа
ЛПС	— лікарсько-педагогічне спостереження	ХБ	— хвороба Бехтерева
		ШС	— шкірний синдром
		ШВЛ	— штучна вентиляція легенів

---

## Р о з д і л 1

# ЗАГАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СПОРТИВНУ МЕДИЦИНУ

### 1.1. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

*СПОРТИВНА МЕДИЦИНА — наука управління параметрами гомеостазу у спортсменів при формуванні адаптації і дисадаптації до тренувань з метою збереження та відновлення порушеного здоров'я.* Спортивний лікар повинен виконувати обов'язки сімейного лікаря спортсмена. Ключовим механізмом у спорті є адаптація і на її вивченні слід вибудовувати спортивну медицину. Стратегічна мета медицини — активне довголіття, яке визначається генотипом (вегетативним паспортом), розумовою, фізичною і сексуальною активністю, раціональним харчуванням і психічною рівновагою. Ці тактичні розділи у стратегічному напрямку спортивної медицини (адаптаційна кінезо-, психо-, фізіо-фармакотерапія і харчування залежно від вегетативного тону) і складають основу даної книги.

Спортивна медицина (СМ) на даний час є «галузь медицини, що вивчає вплив фізичної культури і спорту на здоров'я, фізичний розвиток і фізичні можливості організму». Це визначення є неповним і обмеженим, оскільки не розкриває поняття «здоров'я» у сучасних умовах, не враховує його зміни під впливом факторів навколишнього природного та виробничого середовища, особливості вікових та гендерних змін популяції, змін характеру, інтенсивності і тривалості фізичних навантажень у

відповідності до змін структури праці та багато іншого.

Надмірні фізичні навантаження, збільшений обсяг змагальної діяльності, порушення реактивності і резистентності організму в умовах зростаючого впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища знизили адаптаційні можливості організму і збільшили захворюваність спортсменів. Все це призвело до того, що заняття спортом стало прерогативою не тільки здорових людей. Втратила актуальність фраза «у здоровому тілі — здоровий дух». Сьогодні дуже часто у людей, які активно займаються спортом, виявлено численні порушення стану здоров'я (гіпертензивний синдром, травми і захворювання опорно-рухового апарату, захворювання органів дихання, відхилення в роботі травної системи, захворювання шкіри і таке інше). В умовах спортивної діяльності з максимальними граничними і позамежними фізичними навантаженнями будь-які, навіть незначні відхилення параметрів гомеостазу самим негативним чином впливають на ефективність занять спортом, аж до передчасного завершення кар'єри і ранньої інвалідизації спортсмена. Тому дуже актуальним на сьогодні є питання попередження вичерпання і відновлення адаптаційних можливостей організму спортсмена, реабілітації порушень гомеостазу з розробкою заходів індивідуально і конкретно для даного пацієнта з урахуванням його «вегетативного паспорта», реактивності організму, провідного патогенетичного

синдрому і його форми, а також типового клінічного синдрому як прояву органної недостатності.

Сучасний науково-технічний, культурний і соціальний прогрес у біології та медицині, успіхи у сфері виробництва продуктів харчування та інші досягнення цивілізації, крім розширення популяційного потенціалу, виробничих і творчих можливостей, виявили і проблеми здоров'я людини, змінили реактивність і резистентність людського організму. Саме в умовах індустріального суспільства при досягненні успіхів у ліквідації природних вогнищ інфекційних захворювань і зменшення впливу природних факторів на здоров'я людини, на тлі збільшення тривалості життя відзначено зростання захворюваності серцево-судинної системи, органів дихання й травлення, психічних розладів, появу нових інфекцій і захворювань, раніше невідомих науці. Причому успіхи роботи зі зниження летальності від інфаркту міокарду та гострих порушень мозкового кровообігу поєднуються зі зростанням онкологічної патології. Парадоксальність ситуації полягає в тому, що з певною часткою ймовірності можна спрогнозувати причину смерті. Через порушення параметрів гомеостазу (у тому числі у спортсменів), змінюється схильність до певного типу захворювань. Зазначені особливості стану громадського здоров'я безпосередньо пов'язані з недооцінкою змін людини як біологічного організму, здоров'я якого визначається поняттям «гомеостаз», тобто здатність зберігати сталість внутрішнього середовища в умовах дії зовнішніх факторів.

«Сталість внутрішнього середовища — умова вільного життя», — так сформулював це положення знаменитий французький фізіолог і патолог Клод Бернар. В основі гомеостазу лежать динамічні процеси (*гомеокінез*), спрямовані на його підтримку. Тому стан здоров'я або патології у людей (здорових і хворих, фізкультурників і спортсменів) в різні періоди їхнього життя, на момент обстеження є результатом динамічної взаємодії факторів зовнішнього середовища і регуляторних систем організму. Особливості патогенної дії факторів зовнішнього середовища визначаються властивостями самого фактора (фізико-хімічні, біологічні та ін.), а також специфікою, силою, тривалістю та іншими характеристиками його дії. Стан захисних властивостей організму визначається характером взаємодії його регуляторних систем — нервової, ендокринної, імунної і гуморальної. Ступінь співдружності й узгодженості дії регуляторних систем, їхні влас-

тивості визначають стан адаптації або дисадаптації до дії факторів зовнішнього середовища, у тому числі і до різних фізичних зусиль. При збалансованій (адекватній) відповіді регуляторних систем на дію навантаження відзначається покращення стану здоров'я, при дисбалансі — розвиток патології/хвороби.

У результаті взаємодії етіологічного фактору і організму розвиваються або реакції *саногенезу* (захисні, пристосувальні, компенсаторні), спрямовані на досягнення позитивного результату (адаптації, одужання), або реакції *патогенезу*, що супроводжуються розвитком дисадаптації, несприятливим плином захворювання і розвитком його ускладнень.

Спрямованість і характер системних реакцій (саногенез, патогенез) в момент взаємодії визначає реактивність організму. Це генетично детермінована сукупність властивостей організму, яка перебуває під впливом зовнішніх чинників (фізико-хімічного, біологічного, соціального середовища).

Реакції саногенезу розвиваються на тлі нормореактивності організму. Для патогенезу характерні порушення реактивності (гіпер-, гіпо— або їхні проміжні коливальні форми при субкомпенсації). При адекватній реакції (нормореактивності) організму на дію етіологічного фактора спостерігається нормергічна відповідь, тобто поєднане реагування нервової, ендокринної, імунної і гуморальної систем, які складають так званий «квадрат гомеостазу». Порушення реактивності проявляються дисрегуляцією з переважанням/браком однієї або декількох ланок регулювання (зниженими при гіпоергії, підвищеним при гіперергії), що обумовлює низьку опірність організму до дії подразника.

Виділення в СМ патогенетичних синдромів, які відображають як переважаючі розлади окремих рівнів регулювання (дисневротичний, дисгормональний, дисімунний, дисметаболічний синдроми), так і різнорівневі розлади загального характеру (дисалгічний, дисциркуляторний, запальний синдроми), у тому числі дисадаптаційні типові клінічні синдроми (гіпертензивний, астматичний, шкірний, суглобовий, дисвегетативний) дозволяє:

- визначити нові напрями у проведенні досліджень впливу фізичного навантаження на організм хворої і здорової людини;
- доповнити традиційний лікарський контроль, заснований на врахуванні фізичних властивостей, стану функціональних систем, які забезпечують ру-

- ховий акт, і працездатності організму, зі способами оцінки і прогнозу їхніх змін за рахунок вивчення механізмів саногенезу, що лежать в їхній основі;
- запропонувати нові методики діагностики, профілактики та лікування передпатологічних станів, захворювань та їхніх ускладнень, які виникають при нераціональних заняттях фізичною культурою і спортом за рахунок вивчення патогенетичних механізмів, що лежать в їхній основі;
  - обґрунтувати застосування нових підходів в медичній реабілітації, заснованих на широкому і комплексному використанні методів медикаментозної і немедикаментозної спрямованості (насамперед фізичних факторів і санаторно-курортного лікування, кінезотерапії);
  - розширити можливості застосування для профілактики, лікування і реабілітації засобів нетрадиційної (комплементарної медицини) (гомотоксикологія, рефлексотерапія) з подібним холічним ефектом;
  - обґрунтувати і ввести в практику профілактики і реабілітації хворих, фізкультурників і спортсменів адаптаційне харчування, засноване на застосуванні поживних речовин різних властивостей, які здійснюють не тільки відновлювальний, але й спрямований коригуючий вплив на регуляторні і функціональні системи;
  - розробити принципи, запропонувати методики і способи застосування адаптаційної психотерапії — спрямованої дії і корекції психічного стану людини в залежності від початкового стану організму і його «вегетативного паспорта» з метою її оптимізації для вирішення поточних і перспективних завдань;
  - виділити, дати обґрунтування й опис найбільш поширених сукупностей клінічних проявів — типових клінічних синдромів, які лежать в основі передпатологічних станів і захворювань у спорті;
  - розробити підходи щодо профілактики та медичної реабілітації типових клінічних синдромів: дисвегетативного, гіпертензивного, астматичного, суглобового та шкірного.

Реалізація зазначених напрямків розвит-

ку спортивної медицини на сучасному етапі дозволить досягти істотних якісних зрушень у профілактиці та лікуванні патологій, пов'язаної як з нестачею, так і з неправильним використанням фізичного навантаження у хворих, фізкультурників і спортсменів.

Зростання інтенсивності і тривалості навантаження на людину змінює природні ритми фізіологічної активності (добові, сезонні, річні, кліматичні тощо). Корекція біоритмів — це найважливіше завдання профілактичної медицини. Порушення режиму харчування і зміни якісного складу традиційних популяцій на тлі зміни напрямків еміграційних потоків з проявом і розповсюдженням носіїв рецесивних генів в умовах швидкого погіршення стану природного середовища під впливом виробничої діяльності висуває підвищені вимоги до організму людини. Доцільно сформулювати адаптаційний напрям у медицині. Незважаючи на значні успіхи сучасної біології і медицини, розробку і впровадження високих стандартів профілактики і лікування захворювань, здоров'я населення продовжує неухильно погіршуватися. Зростає захворюваність по багатьом нозологічним формам, з'являються нові види патологій, повертаються старі хвороби (туберкульоз, малярія, черевний, висипний тиф тощо). Помітно знижується народжуваність, зростає кількість народжених нежиттєздатних дітей або дітей з важкою генетичною патологією. Все це обумовлює збільшення кількості людей з обмеженими фізичними можливостями (хворих та інвалідів, осіб похилого віку) у загальній структурі населення. Удосконалення медичної реабілітації та спортивної медицини стає соціальним завданням.

Тривогу викликає стійке погіршення стану здоров'я підростаючого покоління. Проведеними дослідженнями встановлено, що майже 90% дітей та осіб молодого віку в Україні мають ті або інші розлади здоров'я, понад 50% — незадовільну фізичну підготовленість і низькі функціональні показники організму. Про серйозні проблеми здоров'я школярів свідчить поява випадків загибелі дітей під час занять фізкультурою і спортом. Серед найбільш поширених захворювань, які істотно впливають на тривалість і якість життя і є першочерговою проблемою системи охорони здоров'я, найбільш значущою патологією є відхилення в роботі серцево-судинної системи, у тому числі гіпертензивний синдром. Небезпечна тенденція простежується у зростанні порушень діяльності опорно-рухового апарату сучасних школярів (40-50% у реєстрі всіх захворювань), на-



самперед, порушення постави з обмеженням функціональних можливостей і погіршенням фізіологічних функцій організму. Суглобовий синдром уперше розглядається як прояв дисадаптації опорно-рухової системи. При обстеженні молодих людей відзначають значне (майже в 2-2,5 рази) підвищення біологічного віку — показника, що відображує ступінь невідповідності біологічної «зношеності» організму порівняно з його дійсним віком. У багатьох 18-річних юнаків біологічний вік відповідає в середньому 43-45 рокам, а у дівчат того ж віку — 37-38 рокам, що свідчить про різко прискорені темпи біологічного старіння. Це може бути підставою для скорочення тривалості життя і омолодження багатьох захворювань, які призводять до зниження або повної втрати працездатності, а також є однією з причин раптової смерті в молодому віці. Тому доцільно розробити комплекс заходів для досягнення населенням активного довголіття. Назване завдання вирішується підтримкою параметрів гомеостазу людини протягом життя за рахунок розумової, фізичної, сексуальної активності, корекції вегетативного тону, раціонального адаптаційного харчування і оптимістичного настрою (адаптаційна психотерапія).

Це питання є особливо актуальним на даний час в умовах критично низького рівня стану популяційного здоров'я, демографічної кризи зі збільшенням частки людей пенсійного віку, прогресуючою нестачею кадрів і засобів забезпечення необхідного обсягу і якості медичної допомоги на тлі збільшення в суспільстві кількості хворих та інвалідів. Спостерігаються гено— та фенотипічні зрушення, які впливають на здоров'я людини. Напрацьовані організмом людини протягом тисячоліть і призначені для виконання трудових актів і оборонних цілей еволюційні зміни (м'язи, скелетна основа) використовуються все менше і менше. Основне навантаження в мінливих умовах припадає не пристосовані на системи та органи (периферичний і вегетативний відділи ЦНС, ендокринні органи, зір, серцево-судинна, дихальна та інші системи, відділи хребта, суглобів тощо). Адже генетично людський організм як представник тваринного світу «запрограмований» на виконання досить інтенсивних фізичних навантажень, і в минулому кожна система функціонувала на високому енергетичному рівні. Тому і зараз організм людини не може нормально функціонувати без достатньої м'язової навантаження. У людини в умовах гіподинамії знижується адаптація стресових факторів. У зв'язку з цим вважається, що пробле-

ма охорони і зміцнення здоров'я дорослих і дітей повинна розглядатися з позицій її безумовної актуальності, як фактору національної безпеки і стратегічної мети всієї системи охорони здоров'я. Необхідно шукати шляхи підвищення адаптаційних можливостей людини через корекцію параметрів його гомеостазу.

Одночасно спорт — це вид діяльності зі значним за обсягом фізичним навантаженням, інтенсивністю, тривалістю, специфічною спрямованістю, що проводиться в умовах підвищеного психологічного напруження, метою якого є не тільки і не стільки зміцнення здоров'я, скільки досягнення максимально можливих для особи результатів. Важливими особливостями фізкультури і спорту є їхнє застосування людьми різного віку і статі, в т.ч. із вродженою чи набутою патологією, що вимагає врахування не тільки висхідного стану організму, але й перспективної оцінки змін фізичного розвитку і здоров'я, визначення можливості і рівня досягнення максимального результату спортсмена. Саме неправильна оцінка, невідповідність можливостей спортсмена поставленій меті, нездорова конкуренція, прагнення до досягнення максимального індивідуального результату будь-якими засобами прямо пов'язані з розміром матеріальних або моральних заохочень, сприяють застосуванню спортсменами різних факторів і засобів, які прямо або побічно завдають шкоди здоров'ю з виникненням і розвитком різної патології.

Оцінка фізичного розвитку, працездатності та визначення впливу фізичних навантажень на організм людини лежать в основі лікарського контролю спортсменів. Важливими є питання підтримки і збереження здоров'я під час занять фізичними вправами, профілактика захворювань і травм, відновлення раніше порушених фізичних властивостей організму через корекцію параметрів гомеостазу та вегетативного тону, реактивності і резистентності організму. Це основні напрямки окремої клінічної дисципліни у складі медичних наук — спортивної медицини. Медицина як наука про здоров'я вирішує два основних завдання — попередження захворювань, а також їх лікування і профілактики рецидивів. Для цього вона вивчає стан людини в нормальному стані і при розвитку патології. Саме ці особливості життя людини у сучасних умовах та основні завдання медицини зумовили виділення такого напрямку в клінічній медицині як «**спортивна медицина**», тобто розділу, який охоплює питання профілактики і лікування патологічних станів, захворювань і травм, пов'язаних з не-

стачею або надлишком фізичної активності, а не тільки під час занять фізкультурою і спортом.

Підвищена увага до «спортивної медицини» в даний час пов'язана насамперед з посиленням ролі профілактичної медицини. Необхідно вдосконалювати існуючі правові, економічні, соціальні основи СМ. Науково-методичними центрами СМ мають стати кафедри медичної і фізичної реабілітації, спортивної медицини медичних університетів. Створення інститутів управління і цілісної інфраструктури оздоровчих і профілактичних медичних організацій, системи підготовки відповідних фахівців дозволить підняти значущість СМ на вищий рівень. Профільні кафедри університетів повинні більш активно наглядати за лікувальною роботою професійних спортивних клубів.

Зазначені юридичні особливості розвитку спеціальності «Спортивна медицина» частково реалізовані в Законі України «Про фізичну культуру і спорт» від 24.12.93 та наказі МОЗ України № 614 «Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні» від 27.10.2008. Згідно зі ст. 39 «Спортивна медицина (лікарський контроль)» Закону України «Про фізичну культуру і спорт» від 24.12.93 року спортивна медицина є складовою частиною системи охорони здоров'я в сфері фізичної культури і спорту. Спортивні лікарі покликані визначати стан здоров'я, фізичний розвиток і функціональний стан організму фізкультурників і спортсменів, а також здійснювати профілактику, діагностику та лікування захворювань та пошкоджень, пов'язаних із заняттями фізкультурою і спортом. Розроблені напрямки державної підтримки спортивної медицини у сфері формування її структури, визначені цілі і завдання. Держава створює мережу лікувально-фізкультурних установ, які здійснюють медичний контроль за всіма категоріями осіб, що займаються фізичною культурою і спортом, сприяє розвитку наукових досліджень в галузі медичних проблем фізкультури і спорту. Спортивна медицина, фізична та медична реабілітація, травматологія, антидопінговий контроль, харчування та невідкладні стани включені у навчальні плани відповідних навчальних закладів. У наказі МОЗ України №614 від 27.10.2008 р. «Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні» розглянуто питання про посади «лікар лікувальної фізкультури та спортивної медицини». Визначено організаційні основи, форми установ (центр, відділення, кабінет), цілі і завдання ЛФК та СМ,

наведені посадові інструкції та кваліфікаційні характеристики лікаря ЛФК та СМ і багато іншого.

Зазначені законодавчі акти дають юридичну основу для подальшого вдосконалення і розвитку СМ в Україні. У них зроблений акцент на переважання медичного аспекту при заняттях спортом, затверджується нерозривний його зв'язок з лікувальною фізкультурою у хворих і постраждалих.

Водночас дані документи трохи спізнилися, тому спрямовані не стільки на зміцнення і розвиток СМ, скільки на збереження останків інфраструктури, матеріальної бази і штатів того, що залишилося від служби ЛФК та СМ з часів СРСР. Дуже важливим є також те, що в програмі підготовки медичних ВНЗ і фахівців середньої ланки відповідно до Болонської декларації передбачається вивчення предмету «фізична реабілітація», який за своєю суттю має дещо інші цілі, завдання та зміст, ніж ЛФК. Вивчення предмета відбувається переважно до оволодіння клінічними дисциплінами, без можливості закріплення отриманих знань та навичок на старших курсах, що значно зменшує ймовірність і адекватність їхнього застосування при подальшому навчанні та клінічній практиці. Необхідне подальше вдосконалення програм, навчальних планів і методів викладання СМ у медичних університетах.

Провідним напрямком у медицині є профілактичний, спрямований на розвиток фізичних та функціональних властивостей організму, нормалізацію реактивності і підвищення неспецифічної резистентності організму. З цієї точки зору *СМ слід розглядати як науку, що вивчає вплив різного за ступенем інтенсивності фізичного навантаження на організм людини в умовах здоров'я, при хворобі і під час занять фізкультурою і спортом*. На цій основі розробляються підходи з оптимізації фізичних та функціональних властивостей організму, компенсації порушених функцій і адаптації до дії несприятливих чинників.

Серед питань, які висвітлює СМ, найбільш важливими є наступні:

- розробка питань організації та утримання медичного забезпечення спортсменів, фізкультурників, хворих і постраждалих;

- визначення та оцінка фізичного і функціонального стану, фізичної працездатності хворих і здорових спортсменів, розробка заходів (рекомендацій) з їх поліпшення;
- розробка і впровадження методів комплексного обстеження хворих, фізкультурників і спортсменів; створення вікових, статевих і



інших спеціальних нормативів (показників) здоров'я;

- формування науково обґрунтованих медичних показань і протипоказань до занять фізичною культурою та відокремленими видами спорту;

- вивчення особливостей анатомо-фізіологічних і функціональних змін у осіб різного віку і статі (здорових і хворих), які займаються фізичною культурою і спортом;

- вивчення особливостей виникнення і перебігу, виявлення, лікування і попередження патогенної дії, зменшення клінічних проявів при нераціональному використанні фізичних навантажень, а також розробка заходів невідкладної допомоги та профілактики гострих і хронічних патологічних станів, захворювань і травм, перевантаження, перенапруження і перетренованості;

- вивчення впливу і розробка застосування реабілітаційних засобів медикаментозної і немедикаментозної спрямованості (фізіо-кінезо-, рефлексо-, фіто-, дієто- і мануальна терапія, гомеопатія тощо), використовуваних з метою оптимізації процесів відновлення та підвищення фізичних, психічних і функціональних здібностей організму до максимально можливого рівня;

- реалізація принципу допінг-контролю у спорті: вивчення впливу застосовуваних для профілактики, реабілітації і лікування факторів різної природи на фізичні, психічні та функціональні властивості організму; використання їх з метою допінгу і попередження його застосування, розробка заходів і методик виявлення допінгу в організмі спортсмена, ступеня і міри відповідальності осіб, причетних до його застосування.

Для досягнення цілей і вирішення поставлених завдань СМ можуть бути використані всі раніше запропоновані методи медикаментозного, хірургічного, немедикаментозного впливу, але переважати мають такі, що спрямовані на розширення і зміцнення фізичних властивостей і функціональних резервів організму заходи, які складають зміст предмета «Медична реабілітація». Медична реабілітація займається вивченням механізмів адаптації і дисадаптації організму до дії факторів зовнішнього і внутрішнього середовища та розробляє шляхи їхньої оптимізації, виходячи з принципу «оптимальності». В основі МР лежать подібні принципи застосування, механізми реалізації лікувально-профілактичної дії різних лікувальних систем, засновані на регулюванні реакцій цілісного організму, окремих органів і систем.

У рамках цієї спеціальності на основі єдиних принципів адаптаційної терапії зібрані і взаємодіють переважно методи немедикаментозної спрямованості: фізіо— і кінезотерапія, мануальна, рефлексо— і фітотерапія, гомеопатія, а також використовуються т.зв. «традиційні» кінезотерапевтичні системи «у-шу», «йога» та ін. Саме включення синдромного підходу і клініко-патогенетичних методів МР до структури СМ обумовлює перспективи її подальшого розвитку і вихід на більш якісний науковий і практичний рівень.

Подібні підходи до організації СМ і визначення її місця в системі медичних наук спостерігаються і в інших країнах пострадянського простору. Так, наприклад, в Росії використання загальних принципів і методів застосування медичних дисциплін немедикаментозної спрямованості дало підставу для створення в 2000 р. комплексної спеціальності «Відновлювальна медицина, лікувальна фізкультура та спортивна медицина, курортологія і фізіотерапія». Створена дисципліна вивчає механізми дії методів застосування природних і штучних фізичних факторів, фізичних вправ, факторів традиційної терапії для лікування хворих, профілактики захворювань, відновлення функціональних резервів організму людини і підвищення рівня його здоров'я і якості життя. У Білорусі спортивна медицина з 2007 року теж є складовою частиною відновлювальної медицини.

У той же час в європейських країнах і США самостійної лікарської дисципліни «Спортивна медицина» в системі підготовки медичних кадрів як такої не існує. Особливості підготовки і роботи спортивних лікарів за кордоном обумовлені специфікою медичної підготовки в цих країнах, орієнтованої на підготовку фахівців загальної ланки, розвитком системи «стандартів» лікування і надання медичної допомоги, що не мають аналогів у спортивній медицині. З іншого боку, спостерігається недостатнє застосування у реабілітаційних цілях методів немедикаментозної спрямованості, погано піддаються стандартизації, оскільки вони засновані на індивідуальній реакції організму. На громадському рівні спортивні лікарі об'єднуються в товариства і асоціації спортивної медицини, які займаються питаннями медичного забезпечення спортивної діяльності, науково-методичним керівництвом, обміном досвідом у профілактиці та лікуванні спортивної патології та іншими питаннями лікарської кооперації в галузі спортивної медицини.

У зв'язку з такою специфікою підготовки

фахівців за кордоном у багатьох випадках функції спортивного лікаря виконують лікарі різного профілю на основному місці роботи або запрошені в якості консультантів у випадку звернення до них спортсменів. Ті ж спортивні лікарі, які входять в штат спортивної організації або команди, здійснюють поточний контроль стану здоров'я спортсменів і надання медичної допомоги, згідно з освітньо-кваліфікаційним рівнем «лікар загальної практики». У разі виникнення медичної ситуації, що виходить за межі компетенції спортивного лікаря, при згоді спортсмена (його родичів, лікуючого лікаря) відбувається консультування і лікування у відповідних фахівців. Зазначені особливості підкреслюють ступінь індивідуальної відповідальності спортсмена за власне здоров'я, а також межі компетенції і відповідальності спортивного лікаря в клінічній ситуації. Подальше відновлення здоров'я, теж, як правило, відбувається в умовах спеціалізованого реабілітаційного центру або відділення, у відповідності до спортивної спеціалізації або захворювання. Це не означає, що такі методи не затребувані, однак вони використовуються не так широко і їхнє застосування має обмежений характер. У той же час інтенсифікація способу життя, збільшення кількості осіб похилого віку, несприятливі зміни у структурі захворюваності в розвинених країнах зумовлюють зростання інтересу як населення, так і фахівців до активних методів немедикаментозної спрямованості, посилення реабілітаційного напрямку. Зазначене відбилося у збільшенні потреби у фахівцях з фізіотерапії, фізичної реабілітації та спортивної медицини, підготовка яких входить до програм, які реалізуються в рамках Болонського угоди.

Таким чином, сучасна спортивна медицина — це інтегральна наука, яка базується на сучасних знаннях з анатомії, фізіології, патофізіології, біохімії та біофізики і на цій основі розробляє і застосовує методи і способи оцінки фізичних та функціональних властивостей організму, ступінь їхнього відновлення і вдосконалення. СМ поєднує в собі досягнення терапії та хірургії в діагностиці, профілактиці і лікуванні патологічних станів, захворювань і травм, заснованих на встановленні стану реактивності організму, синдромного аналізу клінічної картини захворювання з виділенням переважного (провідного) патогенетичного і клінічного синдромів. СМ реалізується через методи медичної реабілітації переважно немедикаментозної спрямованості (фізіо-кінезо-, рефлексо- і фітотерапія, гомеопатія, адапта-

ційне харчування), застосування яких засновано на принципі «оптимальності» для досягнення максимального реабілітаційного і спортивного результату.

## 1.2. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

### 1.2.1. Зародження і розвиток знань про зв'язок фізкультури та медицини

Фізична культура і спорт є дуже важливими чинниками у зміцненні здоров'я людини, її фізичному розвитку і вихованні, а також у профілактиці захворювань. Про зв'язок фізкультури та медицини згадується вже в стародавніх джерелах.

Так, у китайських лікарсько-гімнастичних школах лікували хвороби серця, легенів, викривлення хребта, переломи кісток і вивихи. Методика застосування вправ, положення тіла, напруги і розслаблення м'язів та інші прийоми описані в новій книзі з серії енциклопедії «Конг-фу» більш ніж за 600 років до нашої ери.

В Індії елементи фізичної культури були складовою частиною релігійно-філософських і гігієнічних уявлень. Одна з найдавніших систем фізичної культури Індії хатха-йога заснована на виконанні своєрідних статичних вправ або поз, що позначаються як поза лотоса, кобри, сарани, лука та іншими подібними уявленнями. М'язове посилення або розслаблення м'язів у йозі поєднується з виробленням певних психологічних установок, в основі яких лежить самозосередження, аж до вироблення стану трансу.

Грецька культура надавала велике значення фізичній досконалості людини і фізичному вихованню дітей і воїнів (V-IV ст. до н.е.). Так Гомер (IX-VIII ст. до н.е.) в «Ілліаді» описав поезію спортивних сутичок бігунів і борців. У Давній Греції вперше були проведені Олімпійські ігри (776 р. до н.е.)

У Греції існувала і медична гімнастика, засновником якої вважається Геродик (V століття до н.е.). Пізніше Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) привніс у грецьку гімнастику певні гігієнічні знання і розуміння лікувальної дози фізичних вправ для хворої людини.

Досвід застосування фізкультури в медицині еллінів продовжували в Стародавньому Римі Целій Авреліан, Корнелій Цельс і Гален. Целій рекомендував лікувати фізичними вправами хронічні хвороби, а при паралічі кінцівок

застосовувати вправи на блокових апаратах і масаж. Цельс у трактаті «Про медицину» вказував, що для ослаблених людей заняття гімнастикою, бігом, ігри і прогулянки є першими лікарськими засобами.

Видатний лікар і мислитель античного світу Гален (131-201 рр. н.е.) аналогічно Гіппократу синтезував поняття фізкультури, фізичної праці людини і здоров'я. В терапії ожиріння він надавав великого значення гімнастиці, фізичної праці, дієті й масажу.

У Стародавньому Єгипті, Індії, Греції, Римі, Китаї лікарський контроль здійснювався кращими лікарями. З часів стародавніх Олімпійських ігор в Греції за підготовкою атлетів велося ретельне медичне спостереження.

В Росії з часів Петра I велася цілеспрямована фізична підготовка солдатів і матросів. Лікарі того часу брали участь у розробці та впровадженні в практику санітарії і гігієни, загартування і різних засобів фізичної культури.

У Росії в XVIII-XX століттях популяризації використання фізичних вправ з лікувальною метою допомагали основоположники клінічної медицини М.Я.Мудров, С.П.Боткін, Г.А.Захар'їн. М.Я.Мудров (1776-1831), вказуючи на значення і переваги запобіжної медицини, вважав посилену фізичну працю умовою збереження і зміцнення здоров'я. С.П.Боткін (1832-1889) також звертав увагу на необхідність дотримання хворими серцево-судинними захворюваннями режиму, на виконання дихальних вправ і скорочень м'язів.

В Європі XIX ст. загальне визнання отримав метод шведської гімнастики, описаний Р.Н.Лінгом (1776-1839). Шведська гімнастика передбачала можливість дозування і локалізації рухів з лікувальною метою. За фізіологічним характером розрізняли вільно виконувані вправи і рух з опором для м'язів. Р.Н.Лінг відносив до медичної гімнастики ручні та апаратні маніпуляції, що викликають струс, а також постукування, розминання.

Початок сучасної спортивної медицини відбувся в 1911 р., коли на всесвітній гігієнічній виставці вперше з'явився розділ гігієни фізичних вправ.

Розвиток вітчизняної спортивної медицини, як і фізичного виховання населення всіх вікових категорій, отримав у СРСР організований характер і державну підтримку в 1923-1924 рр. Значну роль відіграв нарком охорони здоров'я СРСР М.О.Семашко, що висунув гасло: «Без лікарського контролю немає радянської фізичної культури». В 1925 при Головному курортному управлінні було створено Комісію

з проведення фізичної культури на курортах під керівництвом професора В.В.Гориневського. У тому ж році за участю М.О.Семашко почав видаватися журнал «Теорія і практика фізичної культури», на сторінках якого велика увага приділялася медичним проблемам фізичного виховання. Вийшло у світ і перше керівництво з лікарського контролю, авторами якого були В.К.Бірін і В.В.Гориневський. Були розроблені перші положення, інструкції, методичні вказівки з лікарського контролю.

В 1929 р. вийшла книга Б.Я.Шимшилевича, В.М.Мошкова, Т.Р.Нікітіна «Лікувальна фізкультура», після чого затвердилася назва лікувального застосування методу фізичних вправ при лікуванні хворих.

Почалася й підготовка фахівців з лікарського контролю: у 1931 р. у Центральному інституті удосконалення лікарів була організована кафедра фізкультури на чолі з Б.А.Івановським. У тому ж році відбувся I Всесоюзний з'їзд лікарів з фізкультури. У 1938 р. створена самостійна кафедра лікувальної фізкультури і лікарського контролю під керівництвом В.М.Мошкова. У 1936-1938 рр. організована кафедра лікарського контролю та лікувальної фізкультури в Ленінградському інституті вдосконалення лікарів, у наступні роки такі кафедри були створені в медичних і фізкультурних вузах країни.

У 1930 р. Президія СРСР ухвалила спеціальну постанову, згідно з якою керівництво лікарським контролем і санітарний нагляд за місцями проведення занять були покладені на органи охорони здоров'я. Це були принципові засади державної системи медичного забезпечення закладів, які займаються фізичною культурою і спортом.

Профіль лікаря фахівця з лікувальної фізкультури був вперше визначено Народним комісаріатом охорони здоров'я РРФСР у 1931 р. Надалі відбулася диференціація роботи лікарів, що привело до введення посади лікаря з лікарського контролю і лікаря з лікувальної фізкультури.

У 1933 р. в Центральному науково-дослідницькому інституті фізкультури відкрилася лабораторія лікарського контролю, яку незабаром очолив С.П.Летунов. Саме йому в подальшому було призначено зіграти вирішальну роль у створенні провідної вітчизняної школи спортивної медицини. У результаті діяльності С.П.Летунова і його співробітників дослідження в спорті поступово охоплювали все більше позицій, зокрема, оцінювали функціональний стан і тренуваність спортсмена, вив-

чали проблеми «спорт і серце», «спорт і вік». Запропоновані ними основи комплексного лікарського обстеження спортсменів у 1928 р. на I Всесоюзної спартакіаді були узагальнені і опубліковані в книзі М.Д.Мінкевич «Лікарські дослідження фізкультурників» (1931).

У 1946 р. Центральний науково-дослідний інститут фізичної культури відкрив на базі Центральної клінічної лікарні МШС першу «клініку здорової людини» (С.П.Летунов, А.Л.Вилковисський), а в 1951 р. Міністерство охорони здоров'я СРСР видало наказ про організацію лікарсько-фізкультурних диспансерів (ЛФД). Вони стали повсюдно створюватися у всіх республіках, областях, великих містах і районах СРСР. Через 2-3 роки діяло вже 140 диспансерів, а надалі їх кількість наблизилася до 400.

Створення лікарсько-фізкультурних диспансерів заклало підвалини для принципово нової системи медичного забезпечення фізичної культури і спорту. Це дозволила підняти спортивну медицину на більш високий рівень, запровадити в практику основи профілактичної медицини, організувати постійне активне спостереження за діючими спортсменами, спортивним резервом, ветеранами спорту, проводити їхні комплексні обстеження, стежити за динамікою здоров'я і тренуваності, вчасно виявляти порушення, викликані неадекватними навантаженнями, активно допомагати у плануванні та корекції тренувального процесу.

Вступ радянських спортивних організацій в 50-тих роках в олімпійський рух сприяв широкому розгортанню наукових досліджень з медичних проблем спорту.

Ґрунтуючись на загальних положеннях профілактичної медицини, власних дослідженнях і даних суміжних наук, фахівці лікарського контролю створили певну базу для спільної роботи лікаря і тренера, активної участі лікаря в управлінні тренувальним процесом, вирішення ряду важливих для спортивної практики завдань. Динамічне обстеження великих груп висококваліфікованих спортсменів дозволило отримати цінні дані для подальшого розвитку спортивної медицини, вивчення впливу великих фізичних навантажень на організм людини, виявлення можливостей тренуваного організму до функціонального вдосконалення, варіантів фізіологічної норми, ранніх проявів функціональних порушень.

Надалі медики активно брали участь у підготовці спортсменів до Олімпійських ігор, поступово вдосконалюючи їхнє медичне забезпечення. Лікарські дослідження були направлені на вирішення нових завдань: збере-

ження здоров'я спортсменів в умовах напруженого тренування і змагань, відбір і спортивна орієнтація, акліматизація спортсменів в різних кліматогеографічних зонах, підготовка юних спортсменів, відновлення та підвищення спортивної працездатності, розвиток методів комплексного контролю, боротьбу з допінгами та ін.

У 1961 р. було засновано Всесоюзне наукове медичне товариство з лікарського контролю і лікувальної фізкультури (голова В.М.Мошков) з філіями в усіх союзних республіках, а також у багатьох областях і містах СРСР. З 1981 р. товариство перейменовано у Всесоюзне наукове товариство з лікувальної фізкультури та спортивної медицини (голова С.В.Хрущов). Діяльність членів суспільства спрямована на розробку наукових основ спортивної медицини та лікувальної фізкультури, запровадження їх у практику охорони здоров'я і спорту, сприяння розвитку фізкультури і спорту як потужного фактора зміцнення здоров'я населення, пропаганду здорового способу життя, науково-методична допомогу практичним працівникам.

У 1963 р. секція лікарського контролю Всесоюзного товариства була перетворена на Федерацію спортивної медицини СРСР, яку по черзі очолювали С.П.Летунов, Н.Д.Граєвська, З.С.Миронова.

Подальші десятиліття стали розквітом вітчизняної спортивної медицини (термін, який замінив «лікарський контроль» в 1970 р.). Вона сформувалася як самостійний напрям медицини зі своїми завданнями, методами і організацією. Блискуче проведення в 1958 р. в Москві XII ювілейного конгресу ФІМС підвищило авторитет вітчизняної спортивної медицини. Її досвід надалі був успішно використаний у багатьох країнах світу, і радянські вчені стали постійними учасниками міжнародних конгресів зі спортивної медицини.

Трохи пізніше в лабораторіях лікарського контролю були створені нові підрозділи з проблем відновлення, фармакології і допінг-контролю. Були розширені і медичні підрозділи Ленінградського НДІ фізичної культури.

У 1960 р. в Тартуському університеті було створено перше в СРСР відділення з підготовки спортивних лікарів. У 1971-1985 рр. був організований Науково-дослідний інститут медичних проблем фізичної культури МЗ УРСР (Київ).

Велику організуючу роль у розробці медичних питань фізкультури і спорту відіграла створена у 1972 р. при Президії АМН СРСР На-



укова рада з медичних проблем фізкультури і спорту.

До 80-х років підрозділи з медико-біологічних проблем спорту були відкриті в низці науково-дослідницьких інститутів системи МОЗ СРСР (інститути харчування, фармакології, кардіології, ендокринології, стоматології). Розширена діяльність вже авторитетного у спорті відділення спортивної та балетної травми Центрального НДІ травматології і ортопедії, надалі Центру спортивної та балетної травми.

Важлива роль у розвитку вітчизняної спортивної медицини належить Н.Д. Граєвській, яка керувала в 70-ті роки Федерацією спортивної медицини та науковими дослідженнями ВДІІФК у галузі медико-біологічних наук. Вона внесла великий внесок у визнання радянської спортивної медицини в світі, сприяла розвитку спортивної медицини в олімпійському русі, розробці організаційних форм антидопінгового контролю.

Питання зовнішнього дихання, передпатології та патології у спорті широко вивчалися А.Г. Дембо, вікові аспекти спортивної медицини досліджувалися Р.Є. Мотиланською, проблеми спортивної кардіології розроблялися В.Л. Карпманом, сформувалася школа спортивної травматології на чолі з З.С. Мироновою.

Подальший розвиток та вдосконалення радянська школа спортивної медицини отримала у працях наукових колективів, керованих С.В. Хрущовим, Л.О. Бутченко, А.В. Чаговадзе, Т.Е. Кару, Р.Д. Дибнер, В.В. Матовим, Г.Л. Апанасенко, А.А. Ріхсієвою, І.В. Муравовим, В.П. Правосудовим, Р.А. Сванішвілі, Д.М. Цверавой, К.М. Ахундовим, Н.Д. Граєвською, В.Л. Карпманом, В.В. Клапчуком та іншими.

Для керівництва спортивною медичною службою у Спорткомітеті СРСР було створено спеціальне управління. При збірних за всіма видами спорту організовані комплексні наукові групи (КНГ), у складі яких разом з тренерами працювали спортивні лікарі та представники інших галузей спортивної науки.

Широкий спектр наукових досліджень, ускладнення наукової проблематики, організаційне та методичне зміцнення медичної служби та її зростаюче соціальне значення призвели до того, що стан і рівень розвитку лікарського контролю значно переросли рамки його назви. Тому на початку 70-х років отримала офіційне визнання нова назва — «спортивна медицина», що відображає цілі, завдання та зміст цієї лікарської спеціальності (водночас слід мати на увазі, що цей термін в нашій країні істотно відрізняється від такого, прийнятого за кордоном).

### 1.2.2. Історія розвитку спортивної медицини і лікувальної фізкультури в Україні

Історично зародження СМ в Україні починається в 20-ті роки 20-го століття, коли у великих промислових центрах (Київ, Дніпропетровськ, Сталіно) і морських курортах (Одеса, Крим), де формувався фізкультурно-оздоровчий рух, були затребувані фахівці лікарського контролю з числа лікарів-терапевтів.

Широкий інтерес неорганізованого населення до фізичної культури і спорту, створення добровільних спортивних товариств серед робітників і студентів, масові заняття фізкультурою і спортом учнів різних установ у 20-х роках минулого століття зумовили необхідність організації медичного контролю стану фізкультурників і спортсменів. Тому в багатьох великих містах України були відкриті так звані кабінети антропометрії, коригуючої гімнастики і масажу, кабінети лікарського контролю (ЛК), на базі яких проводилося не тільки вивчення даних фізичного розвитку, але й розробка пропозицій щодо їхньої корекції застосуванням засобів лікувальної фізкультури (ЛФК). Важливе значення для розвитку служби ЛФК і ЛК на Україні відіграла організація медичних інститутів в обласних центрах, і відкриття в них кафедр фізіотерапії та курортології, фізичного виховання і лікувальної фізкультури.

Реалізація принципів профілактичної медицини на тлі залучення населення до масових занять фізкультурою і спортом, збільшення кількості медичних інститутів і числа спеціалістів з медичною і фізкультурною освітою дозволило створити широку мережу кабінетів лікарського контролю, повсюдного охоплення як спортсменів і фізкультурників, так і хворих, що потребують ЛФК.

Саме налагоджена система відновлення хворих після поранень і захворювань в умовах санаторно-курортного лікування із застосуванням принципів ЛК та ЛФК дозволила значно скоротити терміни відновлення і повернути в дію багатьох солдатів і командирів у роки Великої Вітчизняної війни.

У післявоєнні роки по всій країні почали відновлювати і організовувати лікарсько-фізкультурні центри (ЛФЦ), насамперед в обласних центрах України. Як правило, ці центри перебували при обласних клінічних лікарнях і займалися впровадженням, розвитком і координацією лікарського контролю та служби лікувальної фізкультури в регіоні. Центри складалися з 1-2 кабінетів ЛК і ЛФК.



Разом зі зміцненням діяльності лікувально-профілактичних установ відновлювалася і система установ для занять фізкультурою і спортом, набирав силу рух спорту вищих досягнень, що вимагало поглибленої уваги до служби лікарського контролю та медичного забезпечення при заняттях фізкультурою і спортом.

Тому в 1947 р. у Києві був заснований Республіканський лікарсько-фізкультурний диспансер (ЛФД), який не тільки тісно співпрацював зі збірними командами України з питань не тільки загального і поглибленого вивчення стану здоров'я спортсменів, але й питань активної профілактики травматизму і впливу фізичного навантаження на здоров'я спортсменів. Крім того, тут же активно вирішували питання застосування ЛФК у лікувально-профілактичних установах.

У 1948 році для кваліфікованого медичного обслуговування осіб, які займаються фізкультурою і спортом, для проведення спортивних змагань і зборів у курортних умовах Криму на підставі наказу МОЗ СРСР був організований Кримський обласний ЛФД.

Подальша необхідність поліпшення медичного забезпечення занять фізкультурою і спортом, створення центрів методичного забезпечення та керівництва діяльністю лікарів ЛК та ЛФК зумовило вихід Постанови Ради Міністрів СРСР №5036 від 31.10.1949 про створення мережі спеціалізованих медичних установ для медичного контролю стану осіб, які займаються фізкультурою і спортом. Ця постанова дала підставу протягом 1949-1951 рр. у більшості областей України реорганізувати вже наявні обласні лікарсько-фізкультурні центри у лікарсько-фізкультурні диспансери зі збільшенням штатного складу та покращенням матеріального забезпечення.

ЛФД були створені для обслуговування фізкультурників, диспансеризації спортсменів і проведення організаційно-методичних заходів з контролю за лікарсько-фізкультурною роботою, а також як організаційно-методичні центри для поліпшення лікарського контролю за станом осіб, що займаються фізкультурою і спортом, і впровадження ЛФК у всі ЛПЗ міста і області.

Для поліпшення і оперативності інформаційного забезпечення фахівців, обміну досвідом та запровадження в практику наукових розробок у галузі спортивної медицини та ЛФК, починаючи з 1949 р. і в подальші роки на базі Республіканського ЛФД почалися проводити науково-практичні конференції.

З цього ж року керівництво діяльністю ЛФД здійснюється відділ ЛФК МОЗ України.

Підтвердженням остаточної організації лікарсько-фізкультурної служби в Україні стало проведення у грудні 1949 р. Першого республіканського з'їзду лікарів ЛФК.

Необхідність координації науково-методичної та науково-дослідної роботи, зусиль щодо практичного впровадження досягнень у галузі служби лікарського контролю та ЛФК обумовило створення в 1959 р. Республіканського науково-медичного товариства з лікарського контролю та ЛФК, першим головою якого став завідувач кафедри Київського медичного інституту, проф. Г.І.Красносельський.

Подальший розвиток служби ЛФК і лікарського контролю, відкриття та організація установ служби в обласних центрах, районах, на великих підприємствах і в колективах, вивчення фізіології, біомеханіки і біохімії спорту в лабораторіях і відділах українських НДІ фізіології, геронтології, гігієни і ВНЗ, на тлі досягнень вітчизняних спортсменів на чемпіонатах світу і Європи, Олімпійських іграх ставило питання про організацію наукового центру з питань, пов'язаних із впливом фізичного навантаження на організм людини.

У 1969 р. на базі лабораторії рухового режиму НДІ геронтології був створений НДІ медичних проблем фізичної культури (директор — проф. І.В. Муравов). У цьому НДІ протягом багатьох років вивчали вплив фізичних навантажень на організм здорової людини і вплив фізкультури на людей із захворюваннями ССС і порушенням жирового обміну, оздоровчу дію фізкультури на дітей. З 1971 р. на базі цього НДІ щорічно видавався міжвідомчий збірник МОЗ України «Медичні проблеми фізичної культури». На жаль, після аварії на ЧАЕС цей НДІ в 1988 р. було ліквідовано і на його базі створено НДІ радіаційної медицини. Станом на 1969 р. в Україні налічувалося 30 ЛФД, 547 кабінетів ЛК, працювало 422 лікарів спортивної медицини. Найкращою була визнана організація роботи в Дніпропетровському, Донецькому, Одеському та Запорізькому ОЛФД.

В 70-80 рр. було оголошено розширення і поліпшення взаємодії між наукою і практикою на рівні низових установ охорони здоров'я і системи підготовки кадрів. ОЛФД стають організаційно-методичними центрами з навчання та консультування лікарів різних спеціальностей з питань ЛК та ЛФК. У цей період ОЛФД часто ставав базою для розміщення клінічних кафедр, де проводилися заняття з лікарями-курсантами і студентами медичних

ВНЗ та училищ, були прочитані лекції, проходили практичні заняття, здійснювалися спільні зі співробітниками диспансерів наукові дослідження і впровадження їхніх результатів у практику.

В кінці 80-х — на початку 90-х рр. відбулися серйозні зміни в СРСР і в Україні. Фінансово-економічна криза, розпад СРСР на окремі незалежні держави, руйнування існувавшої вертикалі служби ЛК та ЛФК, її організацій, колективів фахівців і спортсменів, раніше підлеглих установам союзного рівня, професіоналізація спорту вищих досягнень, згортання діяльності відділів спортивної медицини науково-дослідницьких інститутів, а також груп і лабораторій медичних проблем спорту в інститутах МОЗ та в Академії медичних наук, послаблення міжнародних зв'язків і втрата позицій у міжнародних медико-спортивних організаціях, неодноразові спроби реорганізації та перепідпорядкування лікарсько-фізкультурних диспансерів призвели до того, що рівень вітчизняної спортивної медицини значно знизився.

В 1992 р. із набуттям Україною статусу суверенної держави, організацією НОК і самостійною участю українських спортсменів на міжнародних змаганнях, постала необхідність реформування вітчизняної охорони здоров'я і галузі фізичної культури і спорту.

Період з 1992 р. до 2002 р. визначений як час становлення і розвитку української медицини, фізкультури і спорту. В цей період тривали відомчі та структурні реформи багатьох галузей народного господарства України, які не оминули і службу ЛФК і ЛК.

Наявність старої законодавчої бази, відсутність правових і економічних основ підтримки і розвитку служби, зменшення та несвоєчасність державного фінансування, скорочення штатів ЛПЗ, передача більшої частини відомчих ЛПЗ до складу місцевих органів охорони здоров'я, недостатня заробітна плата, погане матеріально-технічне забезпечення служби та інші чинники сприяли наростаючим погіршенням у діяльності служби. Відзначалося закриття установ служби (диспансерів, відділень, кабінетів), особливо в регіонах зі слабкою промисловою базою, незаконне перепрофілювання НМГ, скорочення їхніх місць і штатів, у першу чергу за рахунок служби ЛФК, відплив кваліфікованих кадрів із системи охорони здоров'я взагалі у т.зв. приватні кабінети і клініки та інші негативні явища.

І все ж у цих складних умовах ентузіастів лікувальної фізкультури та спортивної медицини, як ветерани, так і молоді кадри, продовжу-

вали свою активну діяльність з надією зберегти і розвинути далі спеціальність.

Зараз в Україні поки ще функціонує мережа лікарсько-фізкультурних диспансерів, відділень/кабінетів спортивної медицини та лікувальної фізкультури при стаціонарах, поліклініках, спортивних установах і навчальних закладах. Одночасно триває її децентралізація та руйнування. Так, низка ОЛФД з різних причин припинила своє існування, деякі стали відділеннями СМ у складі ЛПЗ, або перейшли під управління місцевих фізкультурних і спортивних установ (спорткомітетів) або громадських організацій (т.зв. «центри здоров'я» та ін.). Одним з основних факторів у цьому процесі, крім економічного, є недалекоглядність і нерозуміння вартості такого рішення для медичного обслуговування регіону. За бажанням зосередитися на більш вигідному в організаційному і в матеріальному відношенні спортивному напрямку криється ліквідація науково-методичного, науково-практичного, консультативного центрального органу управління всієї служби регіону, який спрямовує та організує діяльність служби, що відстоює інтереси як медпрацівників у сфері ЛФК, так і хворих, які потребують такої допомоги. І це притому, що сучасні акценти в медицині зроблені на профілактику і в усьому світі проблема збереження і зміцнення здоров'я громадян розглядається як фактор національної безпеки і є стратегічною метою охорони здоров'я. В Україні ці реорганізації відбуваються на тлі зростання числа захворювань серцево-судинної системи, органів дихання і травлення, збільшення кількості хворих та інвалідів з наслідками перенесених захворювань центральної і периферичної нервової системи, опорно-рухового апарату, які потребують різних форм фізичної реабілітації.

Головною організацією з питань спортивної медицини та лікувальної фізкультури з 1997 р. в Україні є Український Центр спортивної медицини МОЗ України, який був організований на базі Республіканського ЛФД. Основною метою діяльності Центру є надання лікувально-профілактичної, діагностичної, консультативної медичної допомоги спортсменам, членів збірних команд України, та іншим особам, які займаються спортом.

У вересні 2002 р. у м. Одеса відбувся I Всеукраїнський з'їзд фахівців СМ і ЛФК, на якому розглядалися стан та перспективи розвитку служби в Україні. Результатом виконання рішень з'їзду стало створення в 2006 р. Асоціації фахівців СМ і ЛФК, яка на XXIX Міжнарод-

ному Конгресі (Китай, 2006) була прийнята до складу Міжнародної і Європейської федерації спортивної медицини.

Основою для відтворення та зміцнення служби СМ і ЛФК став Наказ МОЗ України № 412 «Про подальший розвиток лікарсько-фізкультурної служби в Україні» від 25.07.2008 р.

У системі підготовки фахівців вищої ланки з СМ і ЛФК теж спостерігається деяка непослідовність. Насамперед це пов'язано з неоднозначністю концепції загального розвитку медицини в Україні та реабілітаційного напрямку зокрема, оскільки тк концепція переважно успадковує те, що дісталось від СРСР і не має нової перспективи досліджень щодо зміни стану здоров'я населення України на найближчі роки.

Якщо оцінювати стан спортивної медицини в Україні, то слід зазначити наявність висококваліфікованих фахівців, які займаються підготовкою та атестацією спортивних лікарів на кафедрах медичних і немедичних ВНЗ, установи ЛФК і МС у складі центрів, диспансерів, відділень та кабінетів, велику кількість фахівців вищої і середньої ланки. Разом з тим зазначається відсутність як економічної, так і соціальної зацікавленості з боку держави і суспільства, законодавчих актів для вирішення питань самозабезпечення, недостатні можливості для залучення приватних інвестицій.

Парадоксальним є співвідношення низького рівня громадської спортивної медицини та рівня досягнень спортсменів-українців на

міжнародних змаганнях. Це дає підстави замислитися про доцільність перегляду критеріїв оцінки діяльності служби СМ.

Підготовка фахівців з ЛФК та СМ здійснюється на базі як самостійних кафедр ЛФК та спортивної медицини, так і у складі кафедр фізичного виховання або клінічного профілю. Щорічно проводяться наради завідуючих кафедрами і курсами ЛФК та СМ, на яких вирішуються невідкладні поточні питання викладання предмету студентам і лікарям і питання подальшого розвитку служби. Проте існують і пов'язані з різними науковими та практичними підходами проблеми у використанні отриманих розробок з профілактики, лікування і реабілітації. Відрізняються і науково-методичні підходи у спортивній медицині, по-різному оцінюються пріоритетні напрямки її розвитку. Є спроби реалізації на її основі «неформальних» наукових підходів і концепцій, зміщення акцентів з галузі медицини в напрямку біології та соціології. Існує розрив між теорією і практикою ЛФК та СМ, відокремленість установ між собою та інші факти, що відображують сучасний стан спортивної медицини та її рівень в Україні. Однак ці питання не розділяють, а швидше відображують можливі напрямки і вказують на подальшу необхідність розвитку і формалізацію предмета СМ і ЛФК як науки з метою практичної охорони здоров'я, поліпшення стану, зростання досягнень у фізкультурі й спорті.