

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОНЕЧНОСТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Мазур А.И., Пирогова Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Во всём своём многообразии спорт представляет собой в комплексе собственно соревновательную деятельность, специальную подготовку к ней, а также специфические межличностные отношения и поведенческие нормы, складывающиеся, на основе этой деятельности. При таком определении спорт предстает как достаточно сложное многофункциональное и многообразное явление социальной жизни, занимающее значительное место в физической и духовной культуре общества [1].

Вместе с возрастанием популярности спорта, приобщением к нему населения, отличающегося по интересам, уровню подготовленности, возрасту, состоянию здоровья и в иных отношениях возрастают и риски связанные с занятиями спортом. В частности неизбежным следствием подверженности спортсмена постоянным сверх нагрузкам или необходимости совершать движения, выходящие за пределы физиологических возможностей организма, являются спортивные травмы различной степени тяжести.

Частота спортивных травм составляет примерно 5-7%. Некоторые разногласия в цифрах связаны с тем, что спортивный травматизм зависит, как от травматичности вида спорта, так и от количества занимающихся и их квалификации.

Это высокие цифры, если учесть, что данный показатель относится лишь к тем, кто обратился к врачу или в клинику, то процент реального травматизма становится гораздо большим (примерно каждый пятый спортсмен получает травмы). Если учесть обычные ссадины, мозоли и кровоподтёки, характерные для многих видов спорта, то этот показатель может превышать отметку в 50%. Уровень травматизма специфичен для каждого конкретного вида спорта.

Особенностью медицинской реабилитации спортивной травмы является необходимость в абсолютно полном, 100% восстановлении функционального статуса спортсмена, выражающемся не только в полном устранении физического дефекта вызванного повреждением, но так же нарушений психоэмоциональной сферы спортсмена, уровня специальной тренированности и общей физической формы. Необходимо это в связи с тем, что в большинстве своём сразу после окончания программы реабилитации спортсмены возвращаются к занятиям спортом, т.е. к своей обычной тренировочной и соревновательной деятельности, а значит именно в те условия, в которых и была получена травма. При этом вернуть их в строй зачастую необходимо в кратчайшие сроки. Следующей немаловажной особенностью является ограничение или полный запрет применения в спорте целого ряда веществ и методов, зачастую рутинных в практике не спортивного врача, которые

могут быть квалифицированы как допинг согласно кодексу Международного антидопингового агентства. Плюс ко всему абсолютное большинство травм спортсменов, которое по статистике относится к лёгким и травмам средней степени тяжести [2], лечится и реабилитируется на амбулаторном этапе – на базе диспансеров спортивной медицины. Что накладывает строгие временные рамки по длительности реабилитационной программы временем пребывания спортсмена в амбулаторном учреждении.

Все эти особенности диктуют спортивному врачу и реабилитологу необходимость поиска новых, современных эффективных и в первую очередь немедикаментозных методов реабилитации травм в спорте. Одним из наиболее вероятных решений является применение комплексных программ включающих использование воздействия на спортсмена ряда физических факторов, как уже зарекомендовавших себя в практике спортивной медицины (криотерапия, магнитотерапия), так и относительно новые квантовые методы воздействия (фототерапия, миллиметровая резонансная терапия) в особенности в сочетании с применением их в форме физиопунктуры.

Целью нашего исследования явилась разработка эффективной научно обоснованной программы медицинской реабилитации спортивной травмы (повреждений связочного аппарата у спортсменов) на амбулаторном этапе восстановительного лечения.

Объектом исследования были спортсмены игровых видов спорта, обратившиеся на приём к травматологу ГУ «Областной диспансер спортивной медицины» г. Гродно по поводу первичной спортивной травмы – повреждение связок дистальных отделов конечностей, которые проходили реабилитацию на базе диспансера. Каждому спортсмену составлялась индивидуальная программа медицинской реабилитации, которая помимо общепринятых методик кинезотерапии, массажа и механотерапии включала, в различные периоды, воздействие физиопроцедур локальной аэрокриотерапии, КВЧ-пунктуры и фототерапии полихроматическим поляризованным светом. Помимо этого получившие травму пациенты обязательно подвергались наблюдению психотерапевта и при выявлении нарушений психологического статуса проходили индивидуальные сеансы психотерапии и психокоррекции.

Всесторонняя оценка комплексной реабилитационной программы, включающей современные немедикаментозные методы воздействия на спортсмена, получившего травму капсульно-связочного аппарата конечностей, показала её эффективность по таким параметрам, как: сокращение длительности всех периодов реабилитации, в том числе сроков иммобилизации; а также положительную динамику морфофункционального психологического и биохимического статуса спортсмена, с возвратом к исходному уровню тренированности и специальной спортивной работоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойченко, С.Д. Классическая теория физической культуры / С.Д. Бойченко – Мн.: Лазурок, 2002. -312 с.

2. Мазур А.И. Эпидемиология спортивного травматизма в аспекте медицинской реабилитации / А.И. Мазур // Медицинские новости. – Минск: 2012. - № 11. С 46-50.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ И ЭТАПНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Макарова Е.Ю., Авдеева Т.Г.

*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Росздрава*

Актуальность. В РФ на фоне роста показателя рождаемости отмечается увеличение частоты перинатальной патологии, что способствует развитию инвалидизации детей при несвоевременной реабилитации (по данным ВОЗ, каждый 20 новорожденный ребенок имеет нарушения развития). При этом у 35-40% выявляются расстройство движений по мере роста ребенка. Соблюдение этапности в формировании двигательного онтогенеза (развития) ребенка на первом году жизни регулируется нервной системой. Однако, при оценке темпов физического и нервно-психического развития с рождения плохо учитываются малые двигательные нарушения, которые по мере роста ребенка, на фоне возрастающих физических нагрузок, перенесенных инфекционно-соматических заболеваний начинают прогрессировать и могут способствовать в дальнейшем развитию заболеваний, с последующей инвалидизацией.

Цель исследования явилось определение распространенности нарушений моторного развития и этапности в формировании двигательных навыков у детей первого года в условиях г. Смоленске (Центрального региона России).

Материалы и методы исследования. Теоретический, клинические, ретроспективный, проспективный, аналитический, статистический.

Результаты. По данным медицинской документации 268 детей до 3-х лет при сплошной выборке материала, оценивалась клинко-функциональная характеристика состояния здоровья с учетом анамнеза, параметров физического и нервно-психического развития ребенка, перенесенных заболеваний.

По нашим данным выявлена частота встречаемости двигательных нарушений у детей раннего возраста в количестве 202 (68%) при сплошной выборке историй развития детей по ф.112. В соответствии с этим были сформированы 2 группы. В 1 группу, согласно выбранной схемы оценки входили дети, на первом году жизни имевшие задержку моторного развития (n=202 ребенка) и 2 группа – контрольная (n=56), в которой становление психо-моторного развития не имело отклонений.

В 1 группе задержка формирования двигательных навыков проявилась у всех детей. Позже нормативных сроков стали держать голову - 36% детей. 78% детей смогли самостоятельно сидеть только после 8 месяцев. Каждый 3-ий ребенок не мог стоять к году. Больше 30 % де-