

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 Бонського 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. ІСТОРИЯ 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 «Конфу» 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 виконувани 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 удосконалення 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 ВДІФК 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 відображує 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 склалися 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 кафедрою 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 існуючої 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 ентузіастами 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 ця 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.