

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ  
ДОНЕЦКОЕ ОБЛАСТНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

# МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СПОРТЕ

---

РУКОВОДСТВО  
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

*ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ  
профессора СОКРУТА В.Н., академика КАЗАКОВА В.Н.*

ДОНЕЦК  
«Каштан»  
2011

УДК 616.08-059;796 (075.8)  
ББК 75.09я7  
М42

**Авторы:** Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Поважная Е.С., Швиренко И.Р., Бахтеева Т.Д., Яблучанский Н.И., Черний В.И., Штутин А.А., Смирнова Н.Н., Джоджуа А.Г., Середенко Л.П., Чурилов А.В., Литвинова Е.В., Попов В.М., Касатка О.В.

**Рецензенты:**

Клапчук В.В. — д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой физической реабилитации Днепропетровского государственного института физической культуры и спорта, Член научно-координационного Совета в сфере физической культуры и спорта Министерства Украины в делах семьи, молодежи и спорта.

Абрамов В.В. — д.мед.н., профессор, заведующий опорной кафедрой физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии Днепропетровской медицинской академии.

Бабов К. Д. — заслуженный деятель науки и техники, д.мед.н., профессор, директор Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины.

**М42 Медицинская реабилитация в спорте : Руководство для врачей и студентов / Под общ. ред. В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова. — Донецк: «Каштан», 2011. — 620 с., 36 илл.**

ISBN 978-966-427-251-0

В данном издании медицинская реабилитация в спорте рассматривается как наука управления параметрами гомеостаза у спортсменов при формировании адаптации или дисадаптации во время занятий спортом. Ключевым механизмом реабилитационных мероприятий является развитие адаптационного синдрома с его основой - квадратом гомеостаза, который составлен нервной, гормональной, иммунной и метаболической системой. Стратегическая цель медицины — активное долголетие, которое определяется генотипом (вегетативным паспортом), умственной, физической и сексуальной активностью, рациональным питанием и психическим равновесием, реализуется адаптационной спортивной медицинской реабилитацией. Важные ее разделы (адаптационная кинезо-, психо-, физио-, фармакотерапия и питание в зависимости от вегетативного тонууса) и составляют основу книги.

В руководстве приведены общие сведения о медицинской реабилитации, спортивной медицине, влиянии физических нагрузок на организм человека при занятиях физкультурой и спортом, в норме и при патологии; методы обследования физкультурников, спортсменов и больных; возможности выявления, предупреждения, оказания неотложной помощи и реабилитации предпатологических состояний и заболеваний, возникающих при применении физических нагрузок.

Приведены принципы медицинской реабилитации патогенетических синдромов, отражающих как расстройства отдельных уровней регуляции (дисневротический, дисгормональный, дисиммунный, дисметаболический синдромы), так и разноуровневые расстройства общего характера (дисалгичный, дисциркуляторный, воспалительный синдромы), которые определяют особенности и характер течения заболеваний и патологических состояний, развитие их осложнений.

Отдельно рассмотрен вопрос о выделении в клинике заболеваний, связанных с занятиями физкультурой и спортом, наиболее часто встречающихся типовых клинических синдромов, составляющих суть заболеваний, определяющих перспективы реабилитации. Приведены описания основных типовых синдромов (дисвегетативного, гипертензивного, астматического, суставного, кожного) с выделением клинической картины и принципов их медицинской реабилитации, основанной на целостном и сегментарном подходе использования реабилитационных факторов, оценке состояния реактивности организма и применении «принципа оптимальности».

Приведены основные сведения о видах, механизмах развития, медицинской реабилитации на основе синдромального подхода наиболее часто встречающейся спортивной патологии, принципы реабилитационных мероприятий при неотложных состояниях.

Издание рекомендовано центральным методическим кабинетом высшего образования МЗ Украины в качестве руководства для врачей и студентов высших учебных заведений III-IV уровня аккредитации.

УДК 616.08-059;796 (075.8)  
ББК 75.09я7

**БЛАГОДАРНОСТЬ ЗА СОДЕЙСТВИЕ В ИЗДАНИИ РУКОВОДСТВА АВТОРЫ ВЫРАЖАЮТ  
ПРЕЗИДЕНТУ ФК «МЕТАЛЛУРГ «ДОНЕЦК» СЕРГЕЮ АЛЕКСЕЕВИЧУ ТАРУТЕ**

Фотографии выполнены фотостудией А.Б. Виткова.

## Содержание

Сокращения .....	5
<b>ГЛАВА 1. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПОРТЕ .....</b>	<b>6</b>
1.1. Понятие о медицинской реабилитации .....	6
1.2. История развития медицинской реабилитации .....	7
1.3. Организационные основы медицинской реабилитации .....	9
1.4. Цели и задачи медицинской реабилитации .....	11
1.5. Принципы медицинской реабилитации .....	12
1.6. Средства медицинской реабилитации .....	15
<b>ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАЗВИТИИ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ .....</b>	<b>17</b>
2.1. Общие представления о спортивной медицине .....	17
2.2. История развития спортивной медицины .....	23
2.2.1. Зарождение и развитие знаний о связи физкультуры и медицины .....	23
2.2.2. История развития спортивной медицины и лечебной физкультуры в Украине .....	27
2.2.3. Становление и развитие спортивной медицины и спортивной медицинской реабилитации в Донецкой области .....	30
2.2.4. История развития кафедры физической реабилитации, физиотерапии, спортивной и нетрадиционной медицины Донецкого национального медицинского университета .....	32
2.2.5. Организация медицинской реабилитации в спортивном клубе «Металлург» .....	40
<b>ГЛАВА 3. ЭЛЕМЕНТЫ ВРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>43</b>
3.1. Определение физического развития .....	44
3.2. Определение и оценка функционального состояния основных систем организма с помощью функциональных проб .....	52
3.2.1. Пробы с задержкой дыхания .....	53
3.2.2. Пробы с изменением положения тела в пространстве .....	54
3.2.3. Пробы с физической нагрузкой .....	55
3.3. Определение и оценка общей физической работоспособности .....	56
3.4. Связь физической работоспособности с показателями здоровья .....	69
3.5. Врачебно-педагогический контроль в процессе занятий физической культурой и спортом .....	73
3.5.1. Этапный контроль .....	75
3.5.2. Текущий контроль .....	77
3.5.3. Оперативный контроль .....	77
3.6. Медицинское обеспечение спортивных соревнований и спортивно-массовых мероприятий .....	85
3.7. Медицинское обеспечение спортивных сборов .....	92
<b>ГЛАВА 4. ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК .....</b>	<b>94</b>
4.1. Физиологические изменения при выполнении физических нагрузок .....	94
4.2. Патогенетические синдромы в спортивной медицине .....	96
4.2.1. Дисневротический синдром .....	98
4.2.2. Дисгормональный синдром .....	99
4.2.3. Дисиммунный синдром .....	101
4.2.4. Дисметаболический синдром .....	102
4.2.5. Дисалгический синдром .....	102
4.2.6. Синдром воспаления .....	104
4.2.7. Дисциркуляторный синдром .....	105
4.3. Предпатологические состояния и заболевания, возникающие при нерациональных занятиях физической культурой и спортом .....	109
4.3.1. Причины и механизмы формирования дисадаптационного синдрома .....	109
4.3.2. Острое физическое перенапряжение .....	112
4.3.3. Хроническое физическое перенапряжение ведущих органов и систем организма спортсмена .....	116
4.3.4. Периодически возникающие острые проявления хронического физического перенапряжения .....	125
<b>ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АДАПТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>128</b>
5.1. Адаптационная физиотерапия .....	128
5.1.1. Методы, нормализующие тонус нервной системы .....	131

5.1.2. Методы, нормализующие тонус гормональной системы.....	141
5.1.3. Методы коррекции иммунитета .....	145
5.1.4. Методы, устраняющие метаболические нарушения .....	148
5.1.5. Противоболевые методы .....	152
5.1.6. Методы, купирующие синдром воспаления.....	158
5.1.7. Методы, влияющие на циркуляторные нарушения .....	161
5.2. Адаптационная кинезотерапия .....	163
5.2.1. Общие основы адаптационной кинезотерапии.....	166
5.2.2. Адаптационная кинезотерапия дисневротического синдрома .....	179
5.2.3. Адаптационная кинезотерапия дисиммунного синдрома.....	184
5.2.4. Адаптационная кинезотерапия дисметаболического синдрома.....	188
5.2.5. Адаптационная кинезотерапия дисгормонального синдрома .....	192
5.3. Адаптационная фармакотерапия с основами гомеостатологии .....	198
5.4. Основы адаптационного питания спортсменов .....	214
5.4.1. Основы рационального питания спортсменов.....	214
5.4.2. Адаптационная диета .....	222
5.4.3. Диета по Маеру .....	231
5.5. Адаптационная психотерапия.....	240
<b>ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ СПОРТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ .....</b>	<b>262</b>
6.1. Медицинская реабилитационная программа «Вегетативный паспорт».....	262
6.2. Медицинская реабилитационная программа «Умственная активность» .....	262
6.3. Медицинская реабилитационная программа «Гормональный баланс».....	267
6.4. Медицинская реабилитационная программа «Иммунная адаптация» .....	268
6.5. Медицинская реабилитационная программа «Адаптационное питание».....	270
<b>ГЛАВА 7. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПОРТЕ .....</b>	<b>273</b>
7.1. Основы медицинской реабилитации патогенетических синдромов.....	273
7.2. Медицинская реабилитация типовых клинических синдромов в спорте .....	283
7.2.1. Дисвегетативный синдром .....	283
7.2.2. Гипертензивный синдром.....	312
7.2.3. Астматический синдром.....	343
7.2.4. Суставной синдром.....	370
7.2.5. Кожный синдром.....	450
7.3. Медицинская реабилитация спортивной травмы .....	521
7.3.1. Повреждения опорно-двигательного аппарата.....	521
7.3.2. Черепно-мозговая травма .....	551
<b>ГЛАВА 8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В СПОРТЕ.....</b>	<b>558</b>
8.1. Неотложные состояния, вызванные патологией сердечно-сосудистой системы.....	558
8.2. Неотложные состояния, вызванные патологией органов дыхания .....	570
8.3. Шоки .....	576
8.4. Неотложные состояния, вызванные другими причинами.....	582
8.4.1. Тепловые поражения .....	582
8.4.2. Укусы насекомых, членистоногих, змей.....	585
8.4.3. Утопление .....	590
8.4.4. Холодовые поражения .....	593
8.4.5. Поражение электрическим током .....	597
8.5. Комы.....	598
8.6. Внезапная смерть вследствие занятий спортом .....	603
8.6.1. Кардиальная смерть .....	604
8.6.2. Смерть в спорте по причине травм .....	610
8.6.3. Техника выполнения лечебных мероприятий .....	610
8.7. Оснащение сумки для неотложной помощи врача спортивной команды.....	615
Литература.....	616
Сведения об авторах .....	617

---

## Сокращения

АОС – антиоксидантная система  
АС – астматический синдром  
БА – бронхиальная астма  
ББ – болезнь Бехтерева  
БАТ – биологически активная точка  
ВД – вегетативная дисфункция  
ВК – врачебный контроль  
ВПН – врачебно-педагогическое наблюдение  
ВФД – врачебно-физкультурный диспансер  
ГС – гипертензивный синдром  
ГСТ – Гарвардский степ-тест  
ДВС – дисвегетативный синдром  
ДДТ – диадинамические токи  
ДМВ – дециметроволновая терапия  
ДУ – дыхательные упражнения  
ИВЛ – искусственная вентиляция легких  
ИГР – индекс гормонального равновесия  
ИВСР – индекс ваго-симпатического равновесия  
ИП – исходное положение  
ИРБА – индекс равновесия биологических аминов  
ИРОС – индекс равновесия окислительных систем  
КВЧ – крайне высокая частота  
КС – кожный синдром  
КЭА – короткоимпульсная электроаналгезия  
ЛГ – лечебная гимнастика  
МАМ – максимальная анаэробная мощность  
ММВ – миллиметровые волны  
МПК – максимальное потребление кислорода  
МР – медицинская реабилитация  
МРТ – микроволновая резонансная томография  
НЛИ – низкоинтенсивное лазерное излучение  
НПВС – нестероидные противовоспалительные средства  
ПА – псориатический артрит  
ПеМП – переменное магнитное поле  
ПОЛ – перекисное окисление липидов  
РА – ревматоидный артрит  
СВЧ – сверхвысокая частота  
СКВ – системная красная волчанка  
СКД – системная склеродермия  
СМ – спортивная медицина  
СМТ – синусоидально-модулированные токи  
ТНЧ – токи надтональной частоты  
УВЧ – ультравысокая частота  
УГГ – утренняя гигиеническая гимнастика  
УЗТ – ультразвуковая терапия  
УПА – узелковый периартериит  
УФО – ультрафиолетовое облучение  
ФУ – физическое упражнение

---

---

## Глава 1.

# ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПОРТЕ

### 1.1. ПОНЯТИЕ О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Термин «реабилитация» происходит от латинских слов «**re-**» – восстановление и «**habilis**» – способность, т.е. «**rehabilis**» – восстановление способности (свойств).

**Реабилитация** – это восстановление здоровья, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенного болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «*Реабилитация является совокупностью мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций вследствие болезней, травм и врожденных дефектов приспособления к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут*». В соответствии с определением ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на предоставление всесторонней помощи больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Приведенное определение отражает комплексный характер реабилитации, ее составные, что, по существу, дает основание говорить о видах реабилитации. Полного единства мыслей по данному вопросу нет, что объясняется отсутствием единого критерия при одинаковом терминологическом оформлении.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которая имеет несколько аспектов: медицинский (в том числе психологический), профессиональный (трудо-вой) и социально-экономический.

**Медицинский (лечебный) аспект ре-**

**билитации** – восстановление здоровья больного при помощи комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных функций. К медицинской реабилитации относят консервативное и хирургическое лечение, медикаментозную терапию, лечебное питание, климато- и бальнеотерапию, лечебную физкультуру, физиотерапию и другие методы, которые используют стационарно и (или) амбулаторно. Медицинские мероприятия непременно входят в комплекс реабилитационных мероприятий, но являются далеко не единственными, чтобы в полном объеме решить задачи, возложенные на реабилитацию. Считается, что реабилитационное направление в медицине начало развиваться недавно, с конца 60-х лет XX ст., и рассматривалось сначала как составляющая лечебного процесса. Однако представляется более логичным и по содержанию, и по форме рассмотреть противоположное мнение – лечение является составной реабилитациии.

**Психологический (психотерапевтический) аспект реабилитации** – коррекция психического состояния пациента (нормализация психоэмоционального статуса), а также формирование его рационального отношения к лечению, врачебных рекомендаций, выполнения реабилитационных мероприятий. Необходимо создать условия для психологической адаптации больного к жизненной ситуации, которая изменилась вследствие болезни.

**Профессиональный (производственный) аспект реабилитации** – разрешение вопросов трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определения работоспособности больных. Этот вид реабилитации предусматривает восстановление



теоретических знаний и практических навыков по основной специальности до уровня знаний и навыков, необходимых для выполнения на надлежащем уровне профессиональной деятельности за ранее приобретенной специальностью.

**Социально-экономический аспект реабилитации** – возвращение пострадавшему экономической независимости и социальной полноценности. Это восстановление, а при невозможности, создание нового приемлемого для конкретного человека положения в семье, коллективе или в социуме большего масштаба. Приведенные задачи решают не только медицинские учреждения, но и органы соцобеспечения. Поэтому реабилитация – многогранный процесс восстановления здоровья человека и реинтеграции его в трудовую и социальную жизнь. Все виды реабилитации важно рассматривать в единстве и взаимосвязи. Вместе с тем в нашей стране и практически во всем мире нет единой службы, которая обеспечивала бы комплексность и эффективность реабилитации.

Указанные аспекты реабилитации отвечают трем классам *последствий* болезней: 1) медико-биологическим, которые состоят в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; 2) снижении работоспособности в различных значениях этого слова; 3) социальной дезадаптации, т.е. нарушении связей с семьей и обществом.

Выздоровление больного после перенесенного заболевания и его реабилитация совсем не одно и то же, поскольку кроме восстановления здоровья пациента необходимо возобновить и его работоспособность, социальный статус, т.е. вернуть человека к полноценной жизни в семье и обществе, предотвратить возникновение рецидива или нового заболевания.

Под термином **«медицинская реабилитация»** в отечественной научной литературе понимают восстановление (реабилитацию) физического и психологического статуса людей, которые потеряли эту способность вследствие заболевания или травмы.

Концепция развития медицинской реабилитации должна исходить из теоретического базиса охраны здоровья человека, основываясь на принципах, которые декларируют ее как лечебный процесс, а немедикаментозное лечение – как интегральную часть профилактики и базисного лечения заболеваний. С этой точки зрения **медицинская реабилитация** рассматривается как дифференцированная этапная система лечебно-профилактических мероприятий, которые обеспечивают целостность функ-

ционирования организма, и, как следствие, полное восстановление здоровья больного до оптимального уровня работоспособности при помощи сочетанного, последовательного и преемственного применения методов фармакологического, хирургического, физического и психофизиологического действия на функционально или патологически измененные органы и системы организма.

Сегодня медицинская реабилитация как отрасль здравоохранения в рамках концепции современной медицины должен реализовать следующие *основные задачи*:

1. Поддержание уровня здоровья людей, а также его восстановление у лиц, которые имеют функциональные нарушения и расстройства, отличительной чертой которых является их обратимость. Объектом действия здесь является сниженные резервные регуляторные возможности организма.

2. Медицинская реабилитация больных, которые имеют необратимые морфологические изменения в тканях и органах. Восстановительное лечение направлено здесь на возвращение ограниченной дееспособности, компенсацию нарушенных функций, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, устранение рецидивов.

Приведенные задачи реализуются при помощи использования аппаратной физиотерапии, кинезотерапии (лечебной гимнастики и физкультуры, механотерапии и физических тренировок), комплиментарной терапии (рефлексо-, фито-, диетотерапии, мануальной терапии, гомеопатии), приема медикаментозных средств (поддерживающая, адаптационная, противорецидивная фармакотерапия) и хирургических вмешательств (ортопедических, косметических и др.), какие существенно повышают эффективность и сокращают сроки проведения медицинской реабилитации.

## 1.2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитация (чаще всего медицинская реабилитация) как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для ускорения восстановления своих пациентов. Врачи древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли мас-

саж как гигиеническое и лечебное средство, а также для повышения работоспособности. Основоположнику медицины Гиппократу принадлежит следующее изречение: «Врач должен быть опытным во многих вещах и, между прочим, в массаже».

С XVIII ст. медицинская реабилитация в Европе все больше объединяется с элементами психологической поддержки пациентов. В XIX ст. центр восстановительной терапии перемещается в США. С начала XX ст. там увеличивается количество учреждений, которые используют различные виды физической активности пациентов для решения психологических проблем. Первое определение понятия «реабилитация» дал в 1903 г. Ф. Намист в книге «Система общей опеки над бедными».

Импульсом для развития реабилитации больных послужила первая мировая война, которая причинила вред здоровью тысяч людей. Начали стремительно развиваться такие научно-практические дисциплины, как ортопедия, физиотерапия, трудотерапия и лечебная физическая культура. В 1917 г. в США была впервые организована Ассоциация с восстановительной терапией.

Вторая мировая война также значительно стимулировала развитие медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной, реабилитации. Концепция реабилитации больных и инвалидов в современном понимании появилась в годы Второй мировой войны в Англии и США. Так, в США уже в 1945 г. было 26 специальных учебных заведений подготовки специалистов-реабилитологов. Впоследствии пришло понимание, что с ростом случаев хронических заболеваний, которые ведут к нетрудоспособности, отдельные направления медицины не в состоянии решать эту проблему, эта задача под силу только всей системе здравоохранения в целом. Так, в Англии уже в 1944 г. был создан Британский совет реабилитации инвалидов. В 1946 г. в Нью-Йоркском медицинском центре «Bevellue» была организована служба реабилитации раненых и больных «Rehabilitation Medicine Service». В 1950 г. социально-экономический Совет ООН принял резолюцию «Социальная реабилитация инвалидов», в которой речь шла о необходимости международного планирования и создания программ по реабилитации физических и полноценных лиц. Актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации обусловила рост числа национальных программ и учреждений, которые занимаются этими вопросами.

Сначала использовался термин «восста-

*новительное лечение*», и в это понятие входило использование медицинских лечебных методов. Впоследствии, особенно после Второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Кроме медицинских, ее решение предусматривало рассмотрение целого пакета психологических, социальных и других вопросов, которые выходят за рамки узколечебных, и тогда на смену термина «восстановительное лечение» пришел термин «реабилитация».

Еще 20-30 лет назад большинством медицинских работников различных специальностей реабилитация рассматривалась как второстепенная, которая выходит за обычные рамки здравоохранения, больше связанная с социальным обеспечением. Далее все большее число лечебных учреждений, признав целесообразность службы реабилитации, стало выделять отдельные больничные кровати для реабилитации, а потом открыли специальные палаты и отделения. На сегодня служба реабилитации организационно встроилась в структуру реабилитационных центров, специализированных по профилю заболеваний (кардиологические, неврологические, ортопедические и др.). В зависимости от того, при каком учреждении они организованы, это могут быть стационарные, санаторные или поликлинические реабилитационные центры. Расширение сети этих учреждений обусловлено еще и экономическими выгодами. Экономисты пришли к выводу, что игнорировать проблему восстановления работоспособности больных в денежном выражении значительно дороже, нежели проводить активную реабилитацию на ранней стадии заболевания, когда еще можно возобновить здоровье больного до максимально возможного уровня его физической, психологической и социально-экономической полноценности.

Действительно, только очень богатая страна может позволить себе увеличивать число инвалидов и социально зависимых лиц, и поэтому реабилитация является не роскошью, а важной практической задачей здравоохранения. В «Докладе совещания ВОЗ» (Женева, 1973) подчеркивается, что целью лечения больного является не только сохранение его жизни, но и способности к независимому существованию. Отсюда следует направленный характер всей системы реабилитации в интересах, прежде всего самого больного, его близких и всего общества. Нынче реабилитация заняла важное место среди ведущих медико-социальных направлений, которые разрабатываются в мире. Научные исследования действия средств реабилитации



убедительно показали, что в условиях правильно разработанной реабилитационной программы к активной жизни можно возвращать около 50% тяжелобольных.

Актуальность развития медицинской реабилитации подтверждается еще и таким фактом: еще в 1992 г. Американская Ассоциация восстановительной терапии насчитывала на своих скамьях более 45 тыс. членов. К подготовке специалистов было привлечено 160 колледжей и университетов.

Иначе идет дело в Украине и России, где направленная подготовка врачей по реабилитации не проводится, отсутствуют достаточные законодательные и организационные основы для развития реабилитации.

### 1.3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Перспективы развития здравоохранения показывают, что медицинское обеспечение общества будет более эффективным, если за точку отсчета взять здоровье человека. Поэтому, разрешение насущных задач медицинской реабилитации возможно на основании реформирования инфраструктуры восстановительной медицины, а именно на организационном объединении многочисленных оздоровительных, реабилитационных и санаторно-курортных учреждений страны в Службу медицинской реабилитации. К основным аспектам ее формирования относят: нормативно-правовое обеспечение ее функционирования; подготовку, специализацию и усовершенствование врачей-реабилитологов; методическое обеспечение на основании достижений науки (разработка и научное обоснование концепции, подходов и методик); создание и совершенствование материально-технической базы (расширения сети реабилитационных учреждений, разработка и производство реабилитационной аппаратуры и т.д.).

**Нормативно-правовое обеспечение** единой государственной службы медицинской реабилитации предусматривает необходимость введения в номенклатуру врачебных специальностей специальности «врач-реабилитолог» со всеми необходимыми правами и обязанностями специалиста (разработка и утверждение «Положения о враче-реабилитологе», определение квалификационного уровня, функциональных обязанностей, введения в штатное расписание ЛПУ, тарифный оклад и другое), а также подготовка соответствующего среднего

медицинского персонала.

**Подготовка**, специализация и усовершенствование врачей по реабилитации должна проводиться в рамках направления «лечебное дело». Основой решения проблемы подготовки врачей-реабилитологов является создание соответствующих кафедр (курсов) в медицинских университетах.

Теоретический базис для изучения медицинской реабилитации – это клиническая физиология и патофизиология с основами клинической синдромологии. Основные положения медицинской реабилитации следует преподавать на 4-6 курсах медицинских ВУЗов, углублено изучать в интернатуре и специализации. Обучение реабилитологов на профильной кафедре должно проходить по расширенной программе, в которую входит общая физиотерапия, ЛФК и врачебный контроль, а также разделы комплиментарной медицины (фито-, рефлексотерапия, гомеопатия и др.). Усовершенствование по медицинской реабилитации проводится во время обучения в клинической ординатуре, аспирантуре, прохождения специализации, повышения квалификации на тематических курсах и предаттестационной подготовки. Только при такой вертикальной системе подготовки врачей качество реабилитации будет отвечать требованиям практического здравоохранения.

Реабилитологи, в соответствии с основными требованиями Европейского Союза, должны иметь врачебную подготовку, проходить специализацию в два этапа: 1 этап (магистратура) – 3 года, 2 этап (бакалавратура) – 2 года.

В соответствии с этими требованиями реабилитологом может быть только врач общего профиля, который прошел специализацию по «медицинской реабилитации», сдал выпускные экзамены и получил сертификат специалиста. Это специалист, который имеет знания, приобрел навыки и получил право работы в области медицинской реабилитации. Недопустимым является проведение медицинской реабилитации лицами, уровень подготовки которых не отвечает этим требованиям. Необходимым условием для выполнения этого положения является законодательно закрепленное «Положение о враче-реабилитологе», аттестация и лицензирование деятельности лиц, которые занимаются в этой области.

**Методическое обеспечение реабилитации** на основании достижений науки (разработка и научное обоснование концепции, подходов и методик) базируется на положении, что здоровье человека является отражением состоя-

ния адаптации организма к различным влияниям, что определяет подходы в реабилитации на основании принципа «оптимальности». Принцип «*оптимальности течения заболевания*» определяет «*норму заболевания*» оптимальный вариант ее течения, когда расходование ресурсов здоровья на качество выздоровления минимальное.

Стратегию и тактику лечения целесообразно выстраивать на необходимости приведения патогенеза заболевания к условиям оптимального варианта выздоровления (саногенеза). Один и тот же физический фактор в подобных условиях действия различно влияет на реакции организма в зависимости от состояния его функциональных систем (*нормо-, гипер- или гипореактивности*). В связи с этим медицинскую реабилитацию можно отнести к терапии «функциональной регуляции». Поэтому приоритетным направлением в научной и практической деятельности кафедр, специализированных проблемных лабораторий, отделений ВУЗов и НИИ должно быть изучение механизмов адаптации и реактивности организма, особенностей течения восстановительных процессов в органах и тканях после их повреждения, а также разработка методов их коррекции с применением реабилитационных факторов.

**Основные задачи научных исследований.** Научное обоснование новых методов лечения патогенетической и синдромальной направленности, определение стратегии и тактики реабилитационных мероприятий с учетом принципа «оптимальности заболевания» на основании изучения механизмов сано- и патогенеза заболеваний.

Существенным является сведение всей совокупности описываемых симптомов в клиничко-патогенетические (патофизиологические) синдромы, которые определяют состояние резистентности организма (инфекционный, воспаление); его реактивность (дисадаптационный, дисалгический, невротический, дисгормональный, иммунопатии); нарушение системной регуляции (дискинетический, диссекреторный, дисциркуляторный) и гомеостатического (дисметаболический), а также органной недостаточности. Это позволит разработать новые более эффективные и рациональные методики, которые меняют течение патологического процесса на различных его уровнях (организменному, органному, тканевому и клеточному).

Фундаментальное изучение физико-химических, физиологических и лечебных эффектов реабилитационных факторов. Необходимым условием специфического лечеб-

ного действия является соответствие формы энергии (природы) низкоинтенсивного фактора строению воспринимающих структур по схеме «ткань-мишень» или «молекула-акцептор». Целесообразно также исследовать влияние реабилитационных факторов на реактивность организма, динамику маркеров воспаления и состояние микроциркуляции.

Разработка критериев первичного (специфического) и вторичного (следствия) эффектов применяемых реабилитационных факторов (в основном физиотерапевтических) дает возможность ввести их в алгоритмы (стандарты) лечения заболеваний согласно «фармакологической классификации».

Установление условий отбора больных для медицинской реабилитации, а также разработка методов и критериев контроля ее адекватности, основана на определении состояния начальной реактивности организма, сформированной взаимодействием нервной, гормональной и иммунной систем. Для широкой клинической практики наиболее доступными информативными критериями могут быть способы оценки состояния больного по изменениям физиологических показателей: частоты и ритма сердечных сокращений (спектральный анализ ритма сердца), электрического сопротивления кожи, гальванического кожного рефлекса, индуцируемой возбудимости ЦНС, поверхностного натяжения сыворотки крови, содержания гормонов коры надпочечников в крови и др.

Создание и совершенствование материально-технической базы медицинской реабилитации основывается на расширении сети реабилитационных учреждений путем объединения имеющихся в наличии учреждений восстановительного направления (специализированные больницы, отделения, санатории и др.) с новыми организационными формами (оздоровительные центры, секции, группы и т.д.), а также их оснащение современной реабилитационной аппаратурой.

Реализация указанных направлений даст возможность осуществить модернизацию технического оснащения реабилитационных учреждений современными техническими приборами, принимать более полные и качественные лечебно-профилактические меры, что повысит качество реабилитационного лечения, сократит сроки лечения, снизит инвалидность и обеспечит значительный экономический эффект.

Проведение медико-социальной политики с формированием института «семейной медицины» предусматривает переориентацию

общественного здравоохранения на службу здоровья общества, вплоть до превалирования оздоровительной деятельности, основанной на принципах реабилитации, над лечебной практикой. Радикальные изменения в медицине возможны только при условии достижения масштаба популяции врачебно-оздоровительной деятельности. Для этого целесообразно ввести медицинскую реабилитацию в практику рыночных отношений. Введение модели бюджетно-страхового финансирования здравоохранения приведет к тому, что основным фондодержателем средств станут страховые компании различных форм собственности, в том числе страховые компании предприятий.

Реформирование системы соцстраха и здравоохранения в фонд страхования здоровья будет способствовать приватизации в системе здравоохранения, в соответствии с юридическими стандартами Европейского содружества, что приблизит качество реабилитации к европейскому уровню.

Важным условием формирования качества медицинской реабилитации является оснащение реабилитационных центров аппаратурой, а также ее совершенствование и создание новых образцов. В большинстве физиотерапевтических отделений (основная структура реабилитационных учреждений) имеющаяся в наличии аппаратура по своим техническим характеристикам устарела и не отвечает действующим нормативным требованиям. Нынче на рынок Украины пришли ведущие мировые производители физиотерапевтический аппаратуры («Gymna Uniphy», «GBO», «BTL» и др.), которые занимаются не только распространением собственной продукции, но и обеспечивают гарантийное и послегарантийное сервисное обслуживание, организуют центры по обучению медицинского персонала. Однако перспективнее и экономически целесообразнее поддерживать отечественных производителей, которые должны реализовывать запросы практической реабилитологии. На начальном этапе производства современной реабилитационной аппаратуры ее изготовление может происходить на основании зарубежных комплектующих с дальнейшим выпуском лицензионной продукции и созданием на их основании оригинальных разработок. Этот вопрос нуждается в государственной поддержке и регулировании.

Современной тенденцией является создание компактной, безопасной, портативной реабилитационной аппаратуры нового поколения на микропроцессорах, которое предоставит возможность проводить лечение факторами

различной природы не только в больницах, но и в быту, вне границ медицинского заведения – «дипломатная», бытовая физиотерапия.

Актуальным вопросом является первоочередное развитие медицинской реабилитации в отдельных областях медицины, которые преобладают в структуре общей заболеваемости, при патологии органов кровообращения и дыхания, заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата. Это диктует необходимость первоочередного совершенствования и укомплектовывания учреждений реабилитации аппаратурой ориентированной на данную патологию.

Для активной борьбы с гиподинамией как основной причиной снижения функционального резерва и нарушения процессов адаптации, необходимо внедрение и развитие «профилактической реабилитации», учитывая ландшафтотерапию, гимнастические оздоровительные системы (йога), тренажерные занятия, ходьбу, бег, плавание и спортивные игры.

#### 1.4. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Цель медицинской реабилитации** – полное восстановление потерянных возможностей организма, но если это не возможно, частичное восстановление или компенсация нарушенной или потерянной функции, и в любом случае – замедление прогрессирования заболевания.

**Задачи медицинской реабилитации:**  
восстановление работоспособности, т.е. утраченных больным профессиональных навыков, путем использования и развития его функциональных возможностей;

предупреждение развития патологических процессов, которые приводят к временной или стойкой потере работоспособности, т.е. осуществление мероприятий вторичной профилактики.

Для их достижения используется комплекс лечебно-восстановительных средств, в состав которого входят:

- 1) средства поддерживающей медикаментозной терапии;
- 2) естественные факторы (физиотерапия);
- 3) физические упражнения (кинезотерапия);
- 4) комплиментарная терапия (рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия, мануальная терапия и др.), а также психотерапия и аутотренинг.

В медицинской реабилитации используют

адаптационные, компенсаторные или викарные возможности организма за счет функциональной активизации его резервов.

Для восстановления целостности анатомических структур в соответствии с общебиологическим законом структурно-функциональной адаптации необходимы адекватные функциональные нагрузки. Поэтому нет достаточно четких границ между лечебными и реабилитационными мероприятиями. Лечение и реабилитация потерпевших должны быть едиными во времени и пространстве. С этой точки зрения правомерно рассматривать выздоровление как целостную систему, в которую входят тесно взаимосвязанные и органически дополняющие друг друга лечение и реабилитация, а не разделение их на самостоятельные системы.

В целесообразном сочетании лечебных и реабилитационных мероприятий (реабилитационная программа) состоит рациональная профилактика функциональных нарушений, связанных непосредственно с лечением. В их комплексном сочетании формируется резерв для сокращения общих сроков возвращения больных к активной жизнедеятельности.

### 1.5. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

К основным *принципам* медицинской реабилитации относятся:

- раннее начало проведения реабилитационных мероприятий;
- комплексность применения необходимых средств;
- индивидуализация программы реабилитации;
- этапность реабилитации;
- непрерывность и последовательность в течение всех этапов реабилитации;
- сочетание общего и специального действий;
- социальная направленность реабилитационных мероприятий;
- использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

**РАННЕЕ НАЧАЛО ПРОВЕДЕНИЯ.** Медицинская реабилитация не может рассматриваться только как долечивание пострадавших; ее использование вторым этапом после завершения лечения будет малоэффективным. Раннее внедрение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более

благоприятное течение и результат заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика). Так ныне усиливается обоснованная тенденция расширения использования реабилитационных средств в подостром и остром периодах заболевания (например, лазеро- и магнитотерапия острого инфаркта миокарда), а также с профилактической целью (гомеопатия, рефлексотерапия, ультрафиолетовое облучение в период развития респираторных заболеваний).

В то же время реабилитационные мероприятия нельзя применять при очень тяжелом состоянии больного, высокой температуре, сильной интоксикации, выраженной сердечно-сосудистой и легочной недостаточности больного. Однако и эти обстоятельства не являются абсолютными противопоказаниями, поскольку некоторые средства медицинской реабилитации, например, физиотерапия, гомеопатия, могут использоваться и при тяжелом состоянии больных.

**КОМПЛЕКСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ.** Проблемы медицинской реабилитации весьма сложные и нуждаются в совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК и физической реабилитации, массажистов, психологов, психиатров. Методы должны быть адекватными физическому и психическому состоянию больного на отдельных этапах реабилитации.

Участие специалистов различного профиля в разрешении задач медицинской реабилитации ставит вопрос об их кооперации. С точки зрения построения рациональной схемы реабилитации организатором их деятельности может быть лечащий врач – специалист в данной области (кардиолог, невропатолог, хирург и др.), который прошел специализацию по медицинской реабилитации. В то самое время наиболее оптимальным решением для координации деятельности специалистов различного профиля является привлечение врача-реабилитолога, который специализируется в данной области (хирургии, терапии и др.), основной задачей которого будет формирование индивидуальной поэтапной программы реабилитации.

**ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ.** В зависимости от причин, которые предусматривают применение реабилитационных мероприятий, а также особенностей состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, состав специалистов, методов и средств будет различным, т.е. реабилитация нуждается



в индивидуальном подходе к пациентам с учетом их реакции на ее применение. Современная реабилитация непосредственно связана с принципом активного соучастия больного, поэтому пассивные методы, которые используются в восстановительном лечении, все больше теряют свои позиции.

**ЭТАПНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ.** В соответствии с периодами течения восстановительных процессов в организме, медицинская реабилитация должна состоять из нескольких этапов, последовательность которых в каждом конкретном случае может отличаться.

**1. Госпитальный этап** (районная, городская, областная больница) начинается с момента поступления больных в лечебное учреждение в остром периоде заболевания. Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление (реституцию) здоровья больного. Здесь же формируется программа реабилитации обществом. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий во многом обеспечивает более благоприятное течение и результат заболевания, вторичную профилактику инвалидности. Используют комбинированные методы лечения, учитывая общее и местное действия, что предоставляет возможность оптимизировать течение восстановительных процессов в органах и тканях с учетом состояния реактивности организма. Реабилитационные мероприятия предусматри-

вают применение медикаментозных средств (поддерживающая, адаптационная, противорецидивная фармакотерапия), косметической и восстановительной хирургии, аппаратной физиотерапии, кинезотерапии (лечебной гимнастики и физкультуры, механотерапии и физических тренировок), комплиментарной (гомеопатия, фито-, рефлекс- и мануальной терапии) и диетотерапии, которые существенно повышают эффективность и сокращают сроки проведения восстановительного лечения.

**2. Амбулаторно-поликлинический этап** (поликлиники, поликлинические отделения, медико-санитарные части, медицинские центры) направлен на регенерацию и компенсацию нарушенных функций. Этот этап сегодня все чаще определяют как «городской санаторий», необходимость создания которого уже давно назрела. Организация и развитие системы «городских санаториев», дали бы возможность бы проводить реабилитацию больных, лиц преклонного возраста, а также работающих контингент без отрыва от производства, в удобное для них время, с проживанием в домашних условиях, что является экономически выгодным.

**3. Санаторно-курортный этап** (санатории специализированные и общего типа, профилактории, дома отдыха и т.д.) обеспечивает предупреждение рецидивов, закрепление (консолидацию) ремиссии, восстановление адапта-



Рис. 1.1. Этапы медицинской реабилитации

ционных резервов организма (реадаптацию).

**4. Бытовая реабилитация** (оздоровительные центры, спортивно-оздоровительные секции, группы общефизической и специальной (спортивной) подготовки и др.) – этап «непрерывной (перманентной) реабилитации», целью которой является расширение физиологических резервов организма, профилактика функциональных расстройств, коррекция и предупреждение возникновения нарушений физической работоспособности. Широкое применение реабилитационных мероприятий для профилактики и на ранних этапах развития заболеваний (при функциональных отклонениях или нарушениях) является дальнейшим развитием профилактического направления в медицине и отражает его положение об индивидуальном и общественном здоровье.

Оно является развитием системы физического здоровья человека, как фундамента психического и социального здоровья («в здоровом теле – здоровый дух») на фоне правильного формирования навыков физических упражнений и потребностей в них, что близко по существу к таким оздоровительным физическим системам, как китайская гимнастика, индийская йога и им подобным. Их применение в бытовых и производственных условиях необходимо сочетать с другими методами лечебно-профилактической направленности, которые обеспечивают синергизм действия.

**НЕПРЕРЫВНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ.** В течение всех этапов реабилитации непрерывность и последовательность реабилитационных мероприятий важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного до другого. На фоне реабилитации улучшается функциональное состояние систем организма, повышается тренированность, а любой продолжительный перерыв в ее применении может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала. Для повышения качества реабилитации важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было отражено, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, которым было функциональное состояние реабилитанта. Этой цели может также служить обменная карта, в которой приведены короткие сведения о клинико-функциональном состоянии больного, его толерантность (переносимость) к физическим нагрузкам, применяемые средства и методы реабилитации.

**СОЧЕТАНИЕ ОБЩЕГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЙ.**

Общее действие преследует цель общего

оздоровления организма, улучшение функций органов и систем, нарушенных болезненным процессом, развитие и закрепление моторных навыков и волевых качеств.

Специальное действие призвано возобновить функции, нарушенные в процессе заболевания или травмы, восстановить конкретные умения, необходимые пациенту в быту и трудовой деятельности.

**СОЦИАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ.**

Основная цель реабилитации эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество и семью, восстановление личных свойств человека как полноправного члена общества. Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации может быть полное восстановление здоровья и возвращения к профессиональному труду.

Однако есть больные, у которых, несмотря на энергичные лечебно-реабилитационные мероприятия, полного успеха в восстановлении здоровья и работоспособности достичь не удается и приходится ограничиваться выработкой приемов, которые обеспечивают их самообслуживание (полное или частичное) в быту. Подобный результат порождает медико-биологические и социальные проблемы, обусловленные необходимостью профессиональной переориентации и трудоустройства лиц с ограниченной работоспособностью, их психологической подготовки с целью вернуть пострадавшему уверенность в возвращении работоспособности и общественной полноценности.

Окончательной социально-трудовой реабилитацией занимаются органы социального обеспечения. Большое значение имеют врачебные трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Они устанавливают степень потери работоспособности, обеспечивают профессиональную ориентацию, под их контролем проходит переобучение новым профессиям инвалидов. ВТЭК по этим вопросам является соединительным звеном между органами социального обеспечения и органами здравоохранения. Трудовая реабилитация не должна заканчиваться трудоустройством реабилитанта. Она направляется на повышение работоспособности индивида и удержании ее на том оптимальном уровне, который предоставляет возможность сохранить его психические и физические возможности. Эту проблему решают при помощи курсов реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья и функционального состояния инвалидов, которые периодически проводятся.



**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ АДЕКВАТНОСТИ НАГРУЗОК И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ.** Медицинская реабилитация может быть успешной только в случае учета характера и особенностей течения восстановительных процессов, нарушенных при том или другом заболевании функций. Для назначения адекватного комплексного дифференцированного восстановительного лечения необходима правильная оценка состояния больного по показателям, которые отражают эффективность реабилитации, а для его проведения современная реабилитационная аппаратура.

### 1.6. СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Все средства медицинской реабилитации, которые позволяют решить ее задачи, можно разделить на три группы, в соответствии с особенностями их действия:

*Активные* – все формы кинезотерапии (физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения, и виды спорта, работа на тренажерах, трудотерапия и др.);

*Пассивные* – фармако- и физиотерапия, а также комплиментарная терапия (рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия и др.);

*Психорегулирующие* – эстето-, фонотерапия, аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

Эффективность указанных средств медицинской реабилитации не равнозначна и во многом определяется длительностью и периодом заболевания, степенью выраженности клинических симптомов, наличием сопутствующей патологии органов и систем, характером медикаментозной терапии и другими факторами, которые влияют на реактивность организма, а, следовательно, и на результат заболевания.

**Реабилитационная программа (программа реабилитации)** – это последовательность (порядок) применения форм, методов и средств реабилитации, которые обеспечивают достижение оптимального для больного состояния здоровья и работоспособности.

Для ее составления необходимо учитывать весь комплекс изменений (морфологических, физиологических, психологических) и руководствоваться правилами, которые предусматривают:

- Определение реабилитационного потенциала больного;

- Оценку результатов реабилитации и степени восстановления;
- Ежедневную экспресс-диагностику соответствия адаптивных возможностей организма уровню физических и психических нагрузок;
- Комплексность лечебно-восстановительных мероприятий;
- Поэтапность (переходность) действий, которые проводятся (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного).

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНОГО

Реабилитационный потенциал больного отражает способность переносить различные реабилитационные мероприятия, а также достигать максимально возможного уровня восстановления состояния здоровья и работоспособности. Его оценка (определение) является наиболее существенным моментом при подготовке программы реабилитации и нуждается в разрешении нескольких основных задач:

1. Выяснение характера нарушений и степени ограничения функции.

2. Определение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного органа или системы.

3. Дальнейший прогноз развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании.

4. Оценка физического состояния организма в общем и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных за характером, объемом и интенсивностью реабилитации факторов.

Результаты оценки реабилитационного потенциала следует рассматривать в динамике, которая предоставляет возможность объективно устанавливать эффективность программы и отдельных ее этапов с целью их дальнейшей коррекции.

### ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ (РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ)

Степень восстановления после перенесенных заболеваний и травм может быть оценена по четырехбальной шкале: полное восстановление, частичное восстановление, без изменения начального уровня, ухудшение.

Согласно материалам Международного отдела по вопросам труда была разработана более подробная шкала динамики восстановления, возможных результатов заболеваний и

оценка функциональных возможностей:

1. Восстановление функциональной способности в той или другой степени.

1.1. Полное восстановление.

1.2. Частичное восстановление.

1.3. Компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствия восстановления.

1.4. Замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления.

2. Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни.

2.1. Воспитание готовности к труду и бытовой деятельности.

2.2. Трудотерапия.

3. Привлечение к трудовому процессу, определение пригодности к трудовой деятельности, переподготовка.

4. Диспансерное обслуживание реабилитантов.

#### **ЕЖЕДНЕВНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА**

Проводится для оценки соответствия адаптационных возможностей организма уровню физических и психических нагрузок и расчета реабилитационного потенциала. Она дает возможность определить динамику основных клинико-физиологических показателей и коррекцию программы реабилитации.

По результатам комплексной диагностики функционального состояния больного реабилитологом осуществляется индивидуализация программ с разработкой комплекса реабилитационных мероприятий, которая содержит такие основные компоненты:

1) медикаментозная, хирургическая коррекция измененных вследствие заболеваний органов и систем;

2) коррекция метаболических и иммунологических нарушений;

3) восстановление функционального состояния организма методами физического действия;

4) коррекция психо-эмоционального состояния путем формирования позитивной мотивации на дальнейшее успешное лечение;

5) восстановление профессиональных

навыков пациента при помощи аппаратно-программных комплексов сенсорного образа профессиональной деятельности.

Углубленное клинико-психологическое обследование завершает реализацию комплексной реабилитационной программы, давая возможность судить о результатах проведенных реабилитационных мероприятий и степени восстановления физиологических функций, которые обеспечивают успешность профессиональной деятельности. На основании данных обследования разрабатываются предложения относительно оптимизации программы медицинской реабилитации с целью повышения ее эффективности. Перед переводом больного на следующий (санаторный или амбулаторно-поликлинический) этап проводится экспертиза его профессиональной пригодности, и представляются рекомендации относительно дальнейшей реабилитации.

Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий предоставляет возможность планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов, и путем отбора комплекса адекватных и эффективных средств добиваться благополучного результата.

Все вышесказанное дает возможность говорить о том, что медицинская реабилитация больных и пострадавших является одной из современных направлений развития здравоохранения в мире. Для формирования системы медицинской реабилитации необходима организационная основа от создания соответствующей законодательной базы до формирования реабилитационных учреждений и подготовки специалистов профильными кафедрами.

Приоритетным направлением реабилитации является раннее и широкое применение всего комплекса реабилитационных мероприятий на всех ее этапах: госпитальном, амбулаторно-поликлиническом, санаторно-курортном, а также в повседневных условиях. Экономически оправданным является расширение реабилитации в сторону развития системы профилактических мероприятий с внедрением новых методов.

---

---

## Глава 2.

# РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАЗВИТИИ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

### 2.1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

*СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА – наука управления параметрами гомеостаза у спортсменов при формировании адаптации и дисадаптации к тренировкам с целью сохранения или восстановления нарушенного здоровья.* Спортивный врач должен выполнять обязанности семейного врача спортсмена. Ключевым механизмом в спорте является адаптация и на ее изучении следует выстраивать спортивную медицину. Стратегическая цель медицины – активное долголетие, которое определяется генотипом (вегетативным паспортом), умственной, физической и сексуальной активностью, рациональным питанием и психическим равновесием. Эти тактические разделы в стратегическом направлении спортивной медицины (адаптационная кинезо-, психо-, физио-, фармакотерапия и питание в зависимости от вегетативного тонуса) и составляют основу данной книги.

Спортивную медицину (СМ) в настоящее время представляют как «отрасль медицины, изучающей влияние физической культуры и спорта на здоровье, физическое развитие и физические возможности организма». Это определение является неполным и ограниченным, поскольку не раскрывает понятие «здоровья» в современных условиях, не учитывает его изменения под действием факторов внешней природной и производственной среды, особенности возрастных и гендерных изменений популяции, изменение характера, интенсивности и продолжительности физических нагрузок в соответствии с изменением структуры труда и многое другое.

Чрезмерные физические нагрузки, возросший объем соревновательной деятельности, нарушения реактивности и резистентности организма в условиях возросшего влияния не-

благоприятных факторов внешней среды снизили адаптационные возможности организма и увеличили заболеваемость спортсменов. Все это привело к тому, что занятия спортом стали прерогативой не только здоровых людей. Потеряла актуальность фраза «в здоровом теле – здоровый дух». В настоящее время показано, что очень часто у людей, активно занимающихся спортом, выявляются многочисленные нарушения в состоянии здоровья (гипертензивный синдром, травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата, заболевания органов дыхания, отклонения в работе пищеварительной системы, патология кожи и т.д.). В условиях спортивной деятельности с максимальными предельными и запредельными физическими нагрузками любые, даже незначительные отклонения параметров гомеостаза самым негативным образом влияют на эффективность занятий спортом, вплоть до преждевременного завершения карьеры и ранней инвалидизации спортсмена. Поэтому очень актуальным на сегодняшний день является вопрос предупреждения истощения и восстановления адаптационных возможностей организма спортсмена, реабилитации нарушений гомеостаза с разработкой мероприятий индивидуально и конкретно для данного пациента с учетом его «вегетативного паспорта», реактивности организма, ведущего патогенетического синдрома и его формы, а также типового клинического синдрома, как проявления органной недостаточности.

Современный научно-технический, культурный и социальный прогресс в биологии и медицине, успехи в сфере производства продуктов питания и другие достижения цивилизации, помимо расширения популяционного потенциала, производственных и творческих возможностей человека, проявили и проблемы здоровья человека, изменили реактивность и резистентность его организма. Именно в условиях индустри-

стриального общества при достижении успехов в ликвидации природных очагов инфекционных заболеваний и уменьшении влияния природных факторов на здоровье человека, на фоне увеличения продолжительности жизни отмечается рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения, психических расстройств, появление новых инфекций и заболеваний, ранее неописанных наукой. Причем успехи работы по снижению летальности от инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения сочетаются с ростом онкологической патологии. Парадоксальность ситуации состоит в том, что с какой-то долей вероятности можно спрогнозировать причину смерти. Через нарушение параметров гомеостаза (в том числе у спортсменов), изменяется предрасположенность к определенному типу заболеваний. Указанные особенности состояния общественного здоровья напрямую связаны с недооценкой изменений человека как биологического организма, здоровье которого определяется понятием «гомеостаза» – способностью сохранять постоянство внутренней среды в условиях действия внешних факторов.

«Постоянство внутренней среды – условие свободной жизни», так сформулировал это положение знаменитый французский физиолог и патолог Клод Бернар. В основе гомеостаза лежат динамические процессы (*гомеокинез*), направленные на его поддержание. Поэтому состояние здоровья или патологии у людей (здоровых и больных, физкультурников и спортсменов) в различные периоды их жизни, на момент обследования является результатом динамического взаимодействия факторов внешней среды и регуляторных систем организма. Особенности патогенного действия факторов внешней среды определяются свойствами самого фактора (физико-химические, биологические и др.), а также спецификой, силой, длительностью и другими характеристиками его действия. Состояние защитных свойств организма определяются характером взаимодействия его регуляторных систем (*нервной, гормональной, иммунной и гуморальной*). Степень содруженности и согласованности действия регуляторных систем, их собственные свойства определяют состояние адаптации или дисадаптации к действию факторов внешней среды, в том числе и к различным физическим усилиям. При сбалансированном (адекватном) ответе регуляторных систем на действие нагрузки отмечается состояние здоровья, при дисбалансе – развитие патологии/болезни.

В результате взаимодействия этиологического фактора и организма развивается либо реакции *саногенеза* (защитные, приспособительные, компенсаторные), направленные на достижение благоприятного исхода (адаптации, выздоровления), либо реакции *патогенеза*, сопровождающиеся развитием дисадаптации, неблагоприятным течением заболевания и развитием его осложнений.

Направленность и характер системных реакций (саногенез, патогенез) в момент взаимодействия определяет реактивность организма. Это генетически детерминированная и находящаяся под влиянием факторов внешней (физико-химической, биологической, социальной) среды совокупность качеств организма.

Реакции саногенеза развиваются на фоне нормореактивности организма. Для патогенеза характерны нарушения реактивности (гипер-, гипо- либо их промежуточные колебательные формы при субкомпенсации). При адекватной реакции (нормореактивности) организма на действие этиологического фактора наблюдается нормэргический ответ – сопряженное реагирование нервной, гормональной, иммунной и гуморальной систем, составляющих «*квадрат гомеостаза*». Нарушения реактивности проявляются дисрегуляцией с преобладанием/нехваткой одной или нескольких звеньев регуляции (сниженным при гипо-, повышенным при гиперэргии), обуславливающей низкую резистентность организма к действию раздражителя.

Выделение в СМ *патогенетических синдромов*, отражающих как преимущественные расстройства отдельных уровней регуляции (дисневротический, дисгормональный, дисиммунный, дисметаболический синдромы), так и разноуровневые расстройства общего характера (дисалгичный, дисциркуляторный, воспалительный синдромы), в том числе дисадаптационные типовые клинические синдромы (гипертензивный, астматический, кожный, суставной, дисвегетативный) позволяет:

- Наметить новые направления в проведении исследований влияния физической нагрузки на организм больного и здорового человека;
- Дополнить традиционный врачебный контроль, основанный на учете физических свойств, состояния функциональных систем, обеспечивающих двигательный акт, и работоспособности организма, со способами оценки и прогноза их изменений за счет изучения механизмов саногенеза, лежащих в их основе;



- Предложить новые методики диагностики, профилактики и лечения предпатологических состояний, заболеваний и их осложнений, возникающие при нерациональных занятиях физической культурой и спортом за счет изучения патогенетических механизмов, лежащих в их основе;
- Обосновать применение новых подходов в медицинской реабилитации, основанные на широком и комплексном использовании методов медикаментозной и немедикаментозной направленности (прежде всего физических факторов и санаторно-курортного лечения, кинезотерапии);
- Расширить возможности применения для профилактики, лечения и реабилитации средств нетрадиционной (комплементарной) медицины (гомотоксикология, рефлексотерапия), обладающих сходным холическим эффектом;
- Обосновать и ввести в практику профилактики и реабилитации больных, физкультурников и спортсменов адаптационное питание, основанное на применении питательных веществ различного качества, обладающих не только восстановительным, но и направленным корректирующим действием на регуляторные и функциональные системы;
- Разработать принципы, предложить методики и способы применения адаптационной психотерапии – направленного воздействия и коррекции психического состояния человека в зависимости от исходного состояния организма и его «вегетативного паспорта» с целью его оптимизации для решения текущих и перспективных задач.
- Выделить, дать обоснование и описание наиболее часто встречающихся совокупностей клинических проявлений – типовых клинических синдромов, лежащих в основе предпатологических состояний и заболеваний в спорте.
- Разработать подходы профилактики и медицинской реабилитации типовых клинических синдромов: дисвегетативного, гипертензивного, астматического, суставного и кожного.

Реализация указанных направлений развития спортивной медицины на современном этапе позволит добиться существенных качественных сдвигов в предупреждении и лече-

нии патологии, связанной как с нехваткой, так и неправильным использованием физической нагрузки у больных, физкультурников и спортсменов.

Рост интенсивности и длительности нагрузки на человека изменяет природные ритмы физиологической активности (суточные, сезонные, годовые, климатические и т.д.). Коррекция биоритмов – важнейшая задача профилактической медицины. Нарушение режима питания и размывание качественного состава традиционных популяций на фоне изменения направлений эмиграционных потоков с проявлением и распространением носителей рецессивных генов и др. в условиях быстрого ухудшения состояния природной среды под влиянием производственной деятельности предъявляет повышенные требования к организму человека. Целесообразно сформировать адаптационное направление в медицине. Невзирая на значительные успехи современной биологии и медицины, разработку и внедрение высоких стандартов профилактики и лечения заболеваний, здоровье населения продолжает неуклонно ухудшаться. Растет заболеваемость по многим нозологическим формам, появляются новые виды патологии, возвращаются «старые» болезни (туберкулез, малярия, брюшной, сыпной тиф и др.). Заметно снижается рождаемость, увеличивается рождение нежизнеспособных детей или детей с тяжелой генетической патологией. Все это обуславливает увеличение количества людей с ограниченными физическими возможностями (больных и инвалидов, лиц пожилого возраста) в общей структуре населения. Усовершенствование медицинской реабилитации и спортивной медицины становится социальной задачей.

Тревогу вызывает стойкое ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения. Проведенными исследованиями установлено, что почти 90% детей и лиц молодого возраста в Украине имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья, свыше 50% – неудовлетворительную физическую подготовленность и низкие функциональные показатели организма. О серьезных проблемах здоровья школьников свидетельствует появление случаев гибели детей во время занятий физической культурой и спортом. Среди наиболее распространенных заболеваний, существенно влияющих на продолжительность и качество жизни и являющихся первоочередной проблемой здравоохранения, самой значимой патологией являются отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертензивный синдром. Опасная

тенденция прослеживается в учащении нарушений деятельности опорно-двигательного аппарата современных школьников (40-50% в реестре всех заболеваний), прежде всего, нарушения осанки с ограничением функциональных возможностей и ухудшением физиологических характеристик организма. Суставной синдром впервые рассматривается как проявление дисадаптации опорно-двигательной системы. При обследовании молодых людей отмечают значительное повышение (почти в 2-2,5 раза) биологического возраста – показателя, который отражает степень несоответствия биологического «износа» организма по сравнению с его паспортным возрастом. У многих 18-ти летних юношей биологический возраст соответствует в среднем 43-45 годам, а у девушек того же возраста – 37-38 годам, что свидетельствует о резко ускоренных темпах биологического старения. Это может лежать в основе сокращения продолжительности жизни и омоложения многих заболеваний, которые приводят к снижению или полной потере работоспособности, а также одной из причин возникновения внезапной смерти в молодом возрасте. Целесообразно разработать комплекс мероприятий для достижения активного долголетия населением. Данная задача решается поддержанием параметров гомеостаза человека на протяжении жизни за счет умственной, физической, сексуальной активности, коррекции вегетативного тонуса, рационального адаптационного питания и оптимистического настроения (адаптационная психотерапия).

Особенно актуальным этот вопрос является в настоящее время на фоне критически низкого уровня состояния популяционного здоровья, демографического кризиса с увеличением доли людей пенсионного возраста, прогрессирующей нехваткой кадров и средств обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи на фоне все большего увеличения в обществе количества больных и инвалидов. Наблюдаются гено- и фенотипические сдвиги, влияющие на здоровья человека. Эволюционные изменения, нарабатанные организмом человека в течение тысячелетий и предназначенные для выполнения трудовых актов и оборонительных целей, используются все реже и меньше (мышцы, скелетная основа). Основная нагрузка в изменяющихся условиях приходится на системы и органы к ней не приспособленные (периферический и вегетативный отделы ЦНС, эндокринные органы, зрение, сердечно-сосудистая, дыхательная и др. системы, отделы позвоночника, суставы и др.). Ведь

генетически человеческий организм, как представитель животного мира, «запрограммирован» на выполнение достаточно интенсивных физических нагрузок, и в прошлом каждая система функционировала на высоком энергетическом уровне. Потому и сейчас организм человека не может нормально функционировать без достаточной мышечной нагрузки. У человека в условиях гиподинамии снижается адаптация к стрессовым факторам. В связи с этим считается, что проблема охраны и укрепления здоровья взрослых и детей должна рассматриваться с позиций ее безусловной актуальности, как фактора национальной безопасности и стратегической цели всей системы здравоохранения. Необходимо искать пути повышения адаптационных возможностей человека, через коррекцию параметров его гомеостаза.

В тоже время спорт – это вид деятельности, характеризующийся физической нагрузкой, большой по объему, интенсивности, длительности, специфической направленности, проводимый в условиях повышенного психологического напряжения, целью которого является не только и не столько укрепление здоровья, а и достижение максимально возможных для индивидуума результатов. Важными особенностями физкультуры и спорта является их применение людьми разного возраста и пола, в т.ч. с врожденной или приобретенной патологией, что требует учета не только исходного состояния организма, но и перспективной оценки изменений физического развития и здоровья, определения возможности и уровня достижения максимального результата спортсмена. Именно неправильная оценка, несоответствие возможностей спортсмена поставленной цели, нездоровая конкуренция, стремление к достижению максимального индивидуального результата любыми средствами, прямо связанное с размером материальных или моральных поощрений, способствует применению спортсменами различных факторов, средств и способов, прямо или косвенно наносящих ущерб здоровью с возникновением и развитием различной патологии.

Оценка физического развития, работоспособности и определение влияния физических нагрузок на организм человека лежат в основе врачебного контроля спортсменов. Важными представляются вопросы поддержания и сохранения здоровья во время занятий физическими упражнениями, профилактика заболеваний и травм, восстановление ранее нарушенных физических свойств организма через коррекцию параметров гомеостаза и вегетативного



тонуса, реактивности и резистентности организма. Это основные направления отдельной клинической дисциплины в составе медицинских наук – спортивной медицины. Медицина, как наука о здоровье, решает 2 основные задачи – предупреждение заболеваний, а также их лечение и профилактику рецидивов. Для этого она изучает состояние человека в здоровье и при развитии патологии. Именно эти особенности жизни человека в современных условиях и основные задачи медицины обусловили выделение такого направления в клинической медицине как **«спортивная медицина»**, раздела, охватывающего вопросы профилактики и лечения патологических состояний, заболеваний и травм, связанных с недостатком или избытком физической активности, а не только при занятиях физкультурой и спортом.

Повышенное внимание к «спортивной медицине» в настоящее время, связано, прежде всего, с усилением роли профилактической медицины. Необходимо совершенствовать существующие правовые, экономические, социальные основы СМ. Ее научно-методическим центром должны стать кафедры медицинской и физической реабилитации, спортивной медицины медицинских университетов. Создание институтов управления и целевой инфраструктуры оздоровительных и профилактических медицинских организаций, системы подготовки соответствующих специалистов позволит поднять значимость СМ на более высокий уровень. Университетские профильные кафедры более активно должны курировать лечебную работу профессиональных спортивных клубов.

Указанные юридические особенности развитие специальности «спортивная медицина» частично реализованы в Законе Украины «О физической культуре и спорте» от 24.12.93 и приказе МЗ Украины № 614 от 27.10.2008 г. «Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні». В соответствии со Статьей 39 «Спортивная медицина (врачебный контроль)» Закона Украины «О физической культуре и спорте» от 24.12.93 года *спортивная медицина* является составной частью системы здравоохранения в сфере физической культуры и спорта. Спортивные врачи призваны определять состояние здоровья, физическое развитие и функциональное состояние организма физкультурников и спортсменов, а также осуществлять профилактику, диагностику и лечение заболеваний и повреждений, связанных с занятием физкультурой и спортом. Разработаны направления государственной поддержки спортивной медицины в

области формирования ее структуры, определения целей и задач. Государство создает сеть лечебно-физкультурных учреждений, которые осуществляют медицинский контроль по всем категориям лиц, которые занимаются физической культурой и спортом, оказывает содействие развитию научных исследований в области медицинских проблем физкультуры и спорта. Спортивная медицина, физическая и медицинская реабилитация, травматология, антидопинговый контроль, питание и неотложные состояния включены в учебные планы соответствующих учебных заведений. В приказе МЗ Украины №614 от 27.10.2008 г. «Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні» рассмотрен вопрос о должности «врач лечебной физкультуры и спортивной медицины». Определены организационные основы, формы учреждений (центр, отделение, кабинет), цели и задачи ЛФК и СМ, приведены должностные инструкции и квалификационные характеристики врача ЛФК и СМ и многое другое.

Указанные законодательные акты дают юридическую основу для дальнейшего совершенствования и развития СМ в Украине. В них сделан акцент на преобладание медицинского аспекта при занятиях спортом, утверждается неразрывная его связь с лечебной физкультурой у больных и пострадавших.

В тоже время данные документы несколько запоздали, поэтому направлены не столько на укрепление и развитие СМ, сколько на сохранение останков инфраструктуры, материальной базы и штатов того, что осталось от службы ЛФК и СМ со времен СССР. Немало важным является и то, что в программе подготовки медицинских ВУЗов и специалистов среднего звена в соответствии с Болонской декларацией предусматривается изучение предмета «физическая реабилитация», которое по своей сути имеет несколько другие цели, задачи и содержание, отличные от ЛФК. Изучение предмета происходит преимущественно до овладения клиническими дисциплинами, без возможности закрепления полученных знаний и навыков на старших курсах, что значительно уменьшает вероятность и адекватность их применения при последующем обучении и клинической практике. Необходимо дальнейшее усовершенствование программ, учебных планов и методов преподавания СМ в медицинских университетах.

Ведущим направлением в медицине является профилактическое, которое направлено на развитие физических и функциональных свойств организма, нормализацию реактивно-

сти и повышение неспецифической резистентности организма. С этой точки зрения *СМ следует рассматривать как науку, изучающую влияние различной по степени физической нагрузки на организм человека в условиях здоровья, при болезни и во время занятиях физкультурой и спортом*. На этой основе разрабатываются подходы по оптимизации физических и функциональных свойств организма, компенсации нарушенных функций и адаптации к действию неблагоприятных факторов.

Среди вопросов, на которые отвечает СМ, наиболее важными являются следующие:

- разработка вопросов организации и содержания медицинского обеспечения спортсменов, физкультурников, больных и пострадавших;

- определение и оценка физического и функционального состояния, а также физической работоспособности здоровых, больных и спортсменов, и разработка мероприятий (рекомендаций) по их улучшению;

- разработка и внедрение методов комплексного обследования больных, физкультурников и спортсменов; создание возрастных, половых и др. специальных нормативов (показателей) здоровья;

- формирование научно-обоснованных медицинских показаний и противопоказаний к занятиям физической культурой и отделенными видами спорта;

- изучение особенностей анатомо-физиологических и функциональных изменений у лиц различного возраста и пола (здоровых и больных), занимающихся физической культурой и спортом;

- изучение особенностей возникновения и течения, выявление, лечение и предупреждение патогенного действия, уменьшение клинических проявлений при нерациональном использовании физических нагрузок, а также разработка мер неотложной помощи и профилактики острых и хронических патологических состояний, заболеваний и травм; перегрузки, перенапряжения и перетренированности;

- изучение влияния и разработка применения реабилитационных средств медикаментозной и немедикаментозной направленности (физио-, кинезо-, рефлексо-, фито-, диетическая и мануальная терапия, гомеопатия и др.), используемых в целях оптимизации процессов восстановления и повышения физических, психических и функциональных способностей организма до максимально возможного уровня;

- реализация принципа допинг-контроля в спорте: изучение влияния факторов различной

природы на физические, психические и функциональные свойства организма, применяемых для профилактики, реабилитации и лечения; использования их с целью допинга и предупреждения его применения, разработка мероприятий и методик выявления допинга в организме спортсмена, степени и меры ответственности лиц, причастных к его применению.

Для достижения целей и решения поставленных задач в СМ могут использоваться все ранее предложенные методы медикаментозного, хирургического и немедикаментозного воздействия, но должны преобладать мероприятия, направленные на расширение и укрепление физических свойств и функциональных резервов организма, лежащие в основе и составляющие содержание предмета «медицинская реабилитация». Медицинская реабилитация занимается изучением механизмов адаптации и дисадаптации организма к действию факторов внешней и внутренней среды, и разрабатывает пути их оптимизации исходя из принципа «оптимальности». В основе МР лежат сходные принципы применения, механизмы реализации лечебно-профилактического действия различных лечебных систем, основанные на регуляции реакций целостного организма, отдельных органов и систем. В рамках этой специальности на основе единых принципов (адаптивной терапии) собраны и взаимодействуют преимущественно методы немедикаментозной направленности: физио- и кинезиотерапия, мануальная (хиро-), рефлексо- и фитотерапия, гомеопатия, а также используются т.н. «традиционные» кинезиотерапевтические системы «у-шу», «йога» и др. Именно включение синдромного подхода и клинико-патогенетических методов МР в структуру СМ обуславливает перспективы ее дальнейшего развития и выход на более качественный научный и практический уровень.

Сходные подходы к организации СМ и определению ее места в системе медицинских наук наблюдаются и в соседних странах постсоветского пространства. Так, например, в России использование общих принципов и методов применения медицинских дисциплин немедикаментозной направленности дало основание для создания в 2000 г. комплексной специальности «восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия». Созданная дисциплина занимается изучением механизмов действия и разработкой методов применения природных и искусственных физических факторов, физических упражнений, факторов традиционной те-

рапии для лечения больных, профилактики заболеваний, восстановления функциональных резервов организма человека и повышения уровня его здоровья и качества жизни. В Беларуси и спортивная медицина с 2007 года тоже является составной частью восстановительной медицины.

В тоже время, в европейских странах и США самостоятельной врачебной дисциплины «спортивная медицина» как таковой не существует в системе подготовки медицинских кадров. Особенности подготовки и работы спортивных врачей за рубежом обусловлены спецификой медицинской подготовки в этих странах, ориентированной на подготовку специалистов общего звена, развитием системы «стандартов» лечения и оказания медицинской помощи, не имеющих аналогов в спортивной медицине. С другой стороны, отмечается недостаточное применение в реабилитационных целях методов немедикаментозной направленности, плохо поддающихся стандартизации, поскольку основаны на индивидуальной реакции организма. На общественном уровне спортивные врачи объединяются в общества и ассоциаций спортивной медицины, которые занимаются вопросами медицинского обеспечения спортивной деятельности, научно-методическим руководством, обменом опытом в предупреждении и лечении спортивной патологии др. вопросами врачебной кооперации в области спортивной медицины.

В связи с такой спецификой подготовки специалистов за рубежом во многих случаях функции спортивного врача выполняют врачи различного профиля на основном месте их работы или приглашенные в качестве консультантов по мере обращения к ним спортсменов. Те же спортивные врачи, которые входят в штат спортивной организации или команды осуществляют текущий контроль состояния здоровья спортсменов и оказание медицинской помощи, в соответствии с квалификационным уровнем «врач общей практики». В случае возникновения медицинской ситуации, выходящее за рамки компетенции спортивного врача, при согласии спортсмена (его родственников, лечащего врача) проводится консультирование и лечение у соответствующих специалистов. Указанные особенности подчеркивают степень индивидуальной ответственности спортсмена за собственное здоровье, а также границы компетенции и ответственности спортивного врача в клинической ситуации. Последующее восстановление здоровья, тоже, как правило, проводится в условиях специализированного

реабилитационного центра или отделения, в соответствии со спортивной специализацией или заболеванием. Это не означает, что такие методы не востребованы, однако используются они не так широко и их применение носит ограниченный характер. В тоже время интенсификация образа жизни, увеличение количества лиц пожилого возраста, неблагоприятные изменения в структуре заболеваемости в развитых странах обуславливают возрастание интереса, как населения, так и специалистов к активным методам немедикаментозной направленности, усилению реабилитационного направления. Что отразилось в увеличении потребности в специалистах подобного рода по физиотерапии, физической реабилитации и спортивной медицине, подготовка которых входит в программы, реализуемые в рамках Болонского соглашения.

Таким образом, современная спортивная медицина – это интегральная наука, которая базируется на современных сведениях из области анатомии, физиологии, патофизиологии, биохимии и биофизики; на этой основе разрабатывает и применяет методы и способы оценки физических и функциональных свойств организма, степень их восстановления и совершенствования. СМ объединяет в себе достижения терапии и хирургии в диагностике, профилактике и лечении патологических состояний, заболеваний и травм, основанных на установлении состояния реактивности организма, синдромного анализа клинической картины болезни с выделением преобладающего (ведущего) патогенетического и клинического синдромов. СМ реализуется через методы медицинской реабилитации преимущественно немедикаментозной направленности (физио-, кинезо-, рефлексо- и фитотерапия, гомеопатия, адаптационное питание), применение которых основано на принципе «оптимальности» для достижения максимального реабилитационного и спортивного результата.

## **2.2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **2.2.1. Зарождение и развитие знаний о связи физкультуры и медицины**

Физическая культура и спорт являются очень важными факторами в укреплении здоровья человека, его физическом развитии и воспитании, а также в профилактике заболеваний. О связи физкультуры и медицины упоминается

уже в древних источниках.

Так, в китайских врачебно-гимнастических школах лечили болезни сердца, легких, искривления позвоночника, переломы костей и вывихи. Методика применения упражнений, положения тела, напряжения и расслабления мышц и другие приемы описаны в отдельной книге из серии энциклопедии «Конг-фу» более чем за 600 лет до нашей эры.

В Индии элементы физической культуры являлись составной частью религиозно-философских и гигиенических представлений. Одна из древнейших систем физической культуры Индии хатха-йога основана на выполнении своеобразных статических упражнений или поз, обозначаемых как поза лотоса, кобры, саранчи, лука и другими образными представлениями. Мышечное усиление или расслабление мышц в йоге сочетается с выработкой определенных психологических установок, в основе которых лежит самососредоточение, вплоть до выработки состояния транса.

Греческая культура придавала большое значение физическому совершенству человека и физическому воспитанию детей и воинов (V-IV век до н.э.). Так Гомер (IX-VIII век до н.э.) в «Иллиаде» описал поэзию спортивных схваток бегунов и борцов. В Древней Греции впервые были проведены Олимпийские игры (776г. до н.э.)

В Греции существовала и медицинская гимнастика, основателем которой считается Геродик (V век до н.э.). Позднее Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) привнес в греческую гимнастику определенные гигиенические знания и понимание лечебной дозы физических упражнений для больного человека.

Опыт применения физкультуры в медицине эллинов в Древнем Риме продолжали Целий Аврелиан, Корнелий Цельс и Гален. Целий рекомендовал лечить физическими упражнениями хронические болезни, а при параличе конечностей применять упражнения на блоковых аппаратах и массаж. Цельс в трактате «О медицине» указывал, что для ослабленных людей занятия гимнастикой, бегом, игры и прогулки являются первыми врачебными средствами.

Гален (131-201гг. н.э.), выдающийся врач и мыслитель античного мира, аналогично Гиппократу синтезировал понятия физкультуры, физического труда человека и здоровья. В терапии ожирения он придавал большое значение гимнастике, физическому труду, диете и массажу.

В Древнем Египте, Индии, Греции, Риме, Китае врачебный контроль осуществлялся луч-

шими врачами. Со времен древних Олимпийских игр в Греции за подготовкой атлетов велось тщательное медицинское наблюдение.

В России со времен Петра I велась целенаправленная физическая подготовка солдат и матросов. Врачи того времени принимали участие в разработке и внедрении в практику санитарии и гигиены, закаливания и различных средств физической культуры.

В России в XVIII-XX веках популяризации использования физических упражнений с лечебной целью помогали основоположники клинической медицины М.Я.Мудров, С.П.Боткин, Г.А.Захарьин. М.Я.Мудров (1776-1831), указывая на значение и преимущества предохранительной медицины, считал посильный физический труд условием сохранения и укрепления здоровья. С.П.Боткин (1832-1889) также обращал внимание на необходимость соблюдения больными сердечно-сосудистыми заболеваниями режима, выполнения дыхательных упражнений и сокращений мышц.

В Европе XIX столетия всеобщее признание получил метод шведской гимнастики, описанный Р.Н.Лингом (1776-1839). Шведская гимнастика предусматривала возможность дозирования и локализации движений с лечебной целью. По физиологическому характеру различали свободно выполняемые упражнения и движения с сопротивлением для мышц. Р.Н.Линг относил к медицинской гимнастике ручные и аппаратные манипуляции, вызывающие сотрясение, а также поколачивание, разминание.

Начало современной спортивной медицины относится к 1911 г., когда на всемирной гигиенической выставке впервые появился раздел гигиены физических упражнений.

Развитие отечественной спортивной медицины, как и физического воспитания населения всех возрастов, получило в нашей стране организованный характер и государственную поддержку в 1923-1924 гг. Значительную роль в этом сыграл нарком здравоохранения СССР Н.А.Семашко, выдвинувший лозунг: «Без врачебного контроля нет советской физической культуры», а также создание при Главном курортном управлении в 1925 г. Комиссии по проведению физической культуры на курортах под председательством профессора В.В.Гориневского. В том же году при участии Н.А.Семашко начал издаваться журнал «Теория и практика физической культуры», на страницах которого большое внимание уделялось медицинским проблемам физического воспитания. Вышло в свет и первое руководство по врачебному контролю, авторами которого были



В.К.Бирзин и В.В.Гориневский. Были разработаны первые положения, инструкции, методические указания по врачебному контролю.

В 1923 г. в Государственном институте физкультуры в Москве была открыта первая кафедра врачебного контроля (переименованная позднее в кафедру лечебной физкультуры и врачебного контроля), которой с 1926 по 1964 г. руководил профессор И.М. Саркизов-Серазини. Студентам читали лекции и проводили практические занятия по общей и частной патологии, лечебной физкультуре, спортивному массажу, физиотерапии и спортивной травматологии.

В 1929 г. вышла в свет книга Б.Я. Шимшилевича, В.Н. Мошкова, Т.Р. Никитина «Лечебная физкультура», после чего утвердилось название лечебного метода применения физических упражнений при лечении больных.

Началась и подготовка специалистов по врачебному контролю: в 1931 г. была организована кафедра физкультуры в Центральном институте усовершенствования врачей во главе с Б.А.Ивановским. В том же году состоялся I Всесоюзный съезд врачей по физкультуре. В 1938 г. создана самостоятельная кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля под руководством В.Н.Мошкова. В 1936-1938 гг. организована кафедра врачебного контроля и лечебной физкультуры в Ленинградском институте усовершенствования врачей, в последующие годы такие кафедры были созданы в медицинских и физкультурных вузах страны.

В 1930 г. Президиум ЦИК СССР принял специальное постановление, согласно которому руководство врачебным контролем и надзор за местами проведения занятий были возложены на органы здравоохранения. Это были принципиальные основы государственной системы медицинского обеспечения занимающихся физической культурой и спортом.

Профиль врача-специалиста по лечебной физкультуре был впервые определен Наркомздравом РСФСР в 1931 г. В дальнейшем произошла дифференциация работы врачей, что привело к введению должности врача по врачебному контролю лиц, занимающихся физкультурой и спортом, и врача по лечебной физкультуре.

В 1933 г. в Центральном научно-исследовательском институте физкультуры открылась лаборатория врачебного контроля, которую вскоре возглавил С.П.Летунов. Именно ему в дальнейшем было суждено сыграть решающую роль в создании ведущей отечественной школы спортивной медицины, которая завоевала мировое признание. В результате

исследований С.П.Летунова и его сотрудников исследования в спорте постепенно завоевывали все большие позиции, в частности оценивались функциональное состояние и тренированность спортсмена, изучались проблемы «спорт и сердце», «спорт и возраст». Предложенные ими основы комплексного врачебного обследования спортсменов и в 1928 г. на I Всесоюзной спартакиаде, были обобщены и опубликованы в книге М.Д.Минкевич «Врачебные исследования физкультурников» (1931).

В 1946 г. Центральный научно-исследовательский институт физической культуры открыл на базе Центральной клинической больницы МПС первую «клинику здорового человека» (С.П.Летунов, А.Л.Вилковисский), начавшую серьезное изучение характера и особенностей течения заболеваний у спортсменов, а в 1951 г. Минздравом СССР был издан приказ об организации врачебно-физкультурных диспансеров (ВФД). Они стали повсеместно создаваться во всех республиках, областях, крупных городах и районах Союза. По истечении 2-3 лет действовало уже 140 диспансеров, а в дальнейшем их число приблизилось к 400.

Создание врачебно-физкультурных диспансеров заложило основу принципиально новой системы медицинского обеспечения физической культуры и спорта. Она позволила поднять спортивную медицину на более высокий уровень, внедрить в практику основы профилактической медицины, организовать постоянное активное наблюдение за действующими спортсменами, спортивным резервом, ветеранами спорта, проводить их комплексные обследования, следить за динамикой здоровья и тренированности, своевременно выявлять нарушения, вызванные неадекватными нагрузками, активно помогать в планировании и коррекции тренировочного процесса.

Вступление советских спортивных организаций в 50-х годах в олимпийское движение способствовало широкому развертыванию научных исследований по медицинским проблемам спорта.

Основываясь на общих положениях профилактической медицины, собственных исследованиях и данных смежных наук, специалисты врачебного контроля создали определенную базу для совместной работы врача и тренера активного участия врача в управлении тренировочным процессом, решения ряда важных для спортивной практики задач. Динамическое обследование больших групп высококвалифицированных спортсменов позволило получить неопределимые данные для дальнейшего разви-

тия спортивной медицины, изучения влияния больших физических нагрузок на организм человека, выявления возможностей тренированного организма к функциональному совершенствованию, вариантов физиологической нормы, ранних проявлений функциональных нарушений.

В дальнейшем медики активно участвовали в подготовке спортсменов ко всем Олимпийским играм, постепенно совершенствуя их медицинское обеспечение. Врачебные исследования были направлены на решение новых задач: сохранение здоровья спортсменов в условиях напряженной тренировки и соревнований, отбор и спортивную ориентацию, акклиматизацию спортсменов в различных климатогеографических зонах, подготовку юных спортсменов, восстановление и повышение спортивной работоспособности, развитие методов комплексного контроля, борьбу с допингами и др.

В 1961 г. учреждено Всесоюзное научное медицинское общество по врачебному контролю и лечебной физкультуре (председатель В.Н.Мошков) с филиалами во всех союзных республиках, а также во многих областях и городах страны. С 1981 года общество переименовано во Всесоюзное научное общество по лечебной физкультуре и спортивной медицине (председатель С.В.Хрущев). Деятельность членов общества направлена на разработку научных основ спортивной медицины и лечебной физкультуры, внедрение их в практику здравоохранения и спорта, содействие развитию физкультуры и спорта как мощного фактора укрепления здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, научно-методическую помощь практическим работникам.

В 1963 г. секция врачебного контроля Всесоюзного общества преобразована в Федерацию спортивной медицины СССР, которую поочередно возглавляли С.П.Летунов, Н.Д.Граевская, З.С.Миронова.

Конец 50-х и 60-70-е годы стали расцветом отечественной спортивной медицины (термин, заменивший «врачебный контроль» в 1970 г.). Она сформировалась как самостоятельное направление медицины со своими задачами, методами и организацией.

Блестящее проведение в 1958 г. в Москве XII юбилейного конгресса ФИМС еще более повысило авторитет отечественной спортивной медицины. Ее опыт в дальнейшем был успешно использован во многих странах мира, и советские ученые стали постоянными участниками международных конгрессов по спортивной медицине.

Несколько позже в лаборатории врачебного контроля были созданы новые подразделения – проблем восстановления, фармакологии и допинг-контроля. Были расширены и медицинские подразделения Ленинградского НИИ физической культуры.

В 1960 г. создано первое в стране отделение по подготовке спортивных врачей в Тартуском университете. В 1971-1985гг. организован Научно-исследовательский институт медицинских проблем физической культуры МЗ УССР (Киев).

Большую организующую роль в разработке медицинских вопросов физкультуры и спорта сыграл созданный в 1972 г. при Президиуме АМН СССР Научный совет по медицинским проблемам физкультуры и спорта.

К 80-м годам подразделения по медико-биологическим проблемам спорта были открыты и в ряде научно-исследовательских институтов системы Минздрава СССР (институты питания, фармакологии, кардиологии, эндокринологии, стоматологии). Расширена деятельность уже завоевавшего к тому времени большой авторитет в спорте отделения спортивной и балетной травмы Центрального НИИ травматологии и ортопедии, в дальнейшем Центра спортивной и балетной травмы.

Важная роль в развитии отечественной спортивной медицины принадлежит Н.Д.Граевской, руководившей в 70-е годы Федерацией спортивной медицины и научными исследованиями ВНИИФКа в области медико-биологических наук. Она внесла большой вклад в признание советской спортивной медицины в мире, способствовала развитию спортивной медицины в олимпийском движении, разработке организационных форм антидопингового контроля.

Вопросы внешнего дыхания, предпатологии и патологии в спорте широко изучались А.Г.Дембо, возрастные аспекты спортивной медицины исследовались Р.Е.Мотылянской, проблемы спортивной кардиологии разрабатывались В.Л.Карпманом, сформировалась школа спортивной травматологии во главе с З.С. Мироновой.

Дальнейшее развитие и совершенствование советская школа спортивной медицины получила в работах научных коллективов, руководимых С.В. Хрущевым, Л.А. Бутченко, А.В. Чаговадзе, Т.Э. Кару, Р.Д. Дибнер, В.В. Матовым, Г.Л. Апанасенко, А.А. Рихсиевой, И.В. Муравовым, В.П. Правосудовым, Р.А. Сванишвили, Д.М. Цверавой, К.М. Ахундовым, Н.Д. Граевской, В.Л.Карпманом, В.В. Клапчуком и др.



Для руководства спортивной медицинской службой в Спорткомитете СССР было создано специальное управление. При сборных командах по всем видам спорта организованы КНГ, в составе которых совместно с тренерами работали спортивные врачи и представители других отраслей спортивной науки. При президиуме АМН был создан научный совет по медицинским проблемам физической культуры и спорта с тремя проблемными комиссиями.

Широкий размах научных исследований, усложнение научной проблематики, организационное и методическое укрепление медицинской службы и ее возрастающее социальное значение привели к тому, что состояние и уровень развития врачебного контроля значительно переросли рамки его названия, заметно сужающего содержание предмета. Поэтому в начале 70-х годов получило официальное признание новое его название – «спортивная медицина», отражающее цели, задачи и содержание этой врачебной специальности (в тоже время следует иметь в виду, что этот термин в нашей стране существенно отличается от такового, принятого за рубежом).

### 2.2.2. История развития спортивной медицины и лечебной физкультуры в Украине

Исторически зарождение СМ в Украине относится к первым послереволюционным годам 20-го века, когда в крупных промышленных центрах (Киев, Днепропетровск, Донецк) и морских курортах (Одесса, Крым), где формировалось начало физкультурного и оздоровительного движения, были востребованы специалисты по врачебному контролю из числа практикующих врачей-терапевтов.

Всплеск интереса неорганизованного населения к физической культуре и спорту, создание добровольных спортивных обществ среди рабочих и студентов, массовые занятия физкультурой и спортом учащихся различных учреждений в 20-х годах прошлого века обусловили необходимость организации медицинского контроля состояния физкультурников и спортсменов. Поэтому во многих крупных городах Украины были открыты так называемые кабинеты антропометрии, корригирующей гимнастики и массажа, кабинеты врачебного контроля (ВК), на базе которых проводилось не только изучение данных физического развития, но и разработка предложений по их коррекции применением средств лечебной физкультуры (ЛФК).

Немаловажное значение для развития службы ЛФК и ВК на Украине имело организация медицинских институтов в областных центрах, и открытие на их базе кафедр физиотерапии и курортологии, физического воспитания и лечебной физкультуры.

Реализация принципов профилактической медицины на фоне привлечения населения к массовым занятиям физкультурой и спортом, увеличение количества медицинских институтов и числа специалистов с медицинским и физкультурным образованием, позволило создать широкую сеть кабинетов врачебного контроля, повсеместного охвата как спортсменов и физкультурников, так и больных, нуждающихся в ЛФК.

Именно налаженная система восстановления больных после ранений и заболеваний в условиях санаторно-курортного лечения с применением принципов ВК и ЛФК позволила значительно сократить сроки восстановления и вернуть в строй многих солдат и командиров в годы Великой Отечественной Войны.

В послевоенные годы по всей стране начали восстанавливать и организовывать врачебно-физкультурные центры (ВФЦ), прежде всего в областных центрах Украины. Как правило, эти центры находились при областных клинических больницах и занимались введением, развитием и координацией врачебного контроля и лечебной физкультуры службы в регионе. Центры представляли собой 1-2 кабинета в составе кабинета ВК и кабинета ЛФК.

Вместе с укреплением деятельности лечебно-профилактических учреждений восстанавливалась и система учреждений для занятий физкультурой и спортом, набирало силу движение спорта высоких достижений, что потребовало углубленного внимания к службе врачебного контроля и медицинского обеспечения при занятиях физкультурой и спортом.

Поэтому в 1947 г. был основан Республиканский врачебно-физкультурный диспансер (ВФД) (г. Киев), который не только тесно сотрудничал со сборными командами Украины по вопросам не только общего и углубленного изучения состояния здоровья спортсменов, но и вопросам активной профилактики травматизма и влияния физической нагрузки на здоровье спортсменов. Кроме того, здесь же активно занимались вопросами применения ЛФК в лечебно-профилактических учреждениях.

В 1948 году для квалифицированного медицинского обслуживания лиц, занимающихся физкультурой и спортом, проведения спортивных соревнований и сборов в курортных усло-

виях Крыма на основании приказа МЗ СССР был организован Крымский Областной ВФД.

Дальнейшая необходимость улучшения медицинского обеспечения занятий спортом физкультурой и спортом, создание центром методического обеспечения и руководства деятельностью врачей ВК и ЛФК обусловило выход Постановления Совета Министров СССР №5036 31.10.1949 о создании сети специализированных медицинских учреждений для медицинского контроля состояния лиц, которые занимаются физкультурой и спортом. Это постановление дало основание в течение 1949-1951 гг. в большинстве областей Украины реорганизовать уже имеющиеся областные врачебно-физкультурные центры во врачебно-физкультурные диспансеры с увеличением штатного состава и материального обеспечения.

ВФД были созданы для обслуживания физкультурников, диспансеризации спортсменов и проведения организационно-методических мероприятий по контролю врачебно-физкультурной работы, а также как организационно-методический центр для улучшения врачебного контроля состояния лиц, занимающихся физкультурой и спортом, и внедрения ЛФК во все ЛПУ города и области.

Для улучшения и оперативности информационного обеспечения специалистов, обмена опытом и внедрения в практику научных разработок в области спортивной медицины и ЛФК начиная с 1949 г. и в последующие годы на базе Республиканского ВФД начались проводиться научно-практические конференции.

С этого же года руководство деятельностью ВФД осуществляется отделом ЛФК МЗ Украины.

Подтверждением окончательной организации врачебно-физкультурной службы в Украине стало проведение в декабре 1949 г. Первого республиканского съезда врачей ЛФК.

Необходимость координации научно-методической и научно-исследовательских работы, усилий по практическому внедрению достижений в области службы врачебного контроля и ЛФК обусловило создание в 1959 году Республиканского научно-медицинского общества по врачебному контролю и ЛФК, первым председателем которого стал проф. Г.И. Красносельский, заведующий кафедрой Киевского мединститута.

Дальнейшее развитие службы ЛФК и врачебного контроля, открытие и организация учреждений службы в областных центрах, районах, крупных предприятиях и коллективах, изучение физиологии, биомеханики и биохимии

спорта в лабораториях и отделах Украинских НИИ (физиологии, геронтологии, гигиены) и вузов, на фоне достижений отечественных спортсменов на чемпионатах мира и Европы, Олимпийских играх ставило вопросы об организации научного центра, занимающегося вопросами, связанными с влиянием физической нагрузки на организм человека.

В 1969 году на базе лаборатории двигательного режима Киевского НИИ геронтологии создан Киевский НИИ медицинских проблем физической культуры (директор – проф. Муравов И.В.). В НИИ на протяжении многих лет изучалось влияние физических нагрузок на организм здорового человека и влияние физкультуры на людей с заболеваниями ССС и нарушениями жирового обмена, оздоровительное действие физкультуры на детей. С 1971 года на базе НИИ ежегодно стал издаваться республиканский междуведомственный сборник МЗ Украины «Медицинские проблемы физической культуры». К сожалению, после аварии на ЧАЭС в 1988 г. НИИ был ликвидирован и на его базе образован Киевский НИИ радиационной медицины. В количественном выражении в 1969 году в Украине насчитывалось 30 ВФД, 547 кабинетов ВК, работало 422 врача спортивной медицины. Наилучшей была признана постановка работы в Днепропетровском, Донецком, Одесском и Запорожском ОВФД.

В 70-80 гг. отмечается расширение и улучшение взаимодействия между наукой и практикой на уровне низовых учреждений здравоохранения и системы подготовки кадров. ОВФД становятся организационно-методическими центрами по обучению, консультированию врачей различных специальностей по вопросам ВК и ЛФК. В этот период зачастую ОВФД являлся базой для размещения клинических кафедр, на которых проводились и занятия с врачами-курсантами и студентами медицинских ВУЗов и училищ, читались лекции, проходили практические занятия, проводились совместные с сотрудниками диспансеров научные исследования и внедрение их результатов в практику.

В конце 80-х – начале 90-х годов произошли серьезные изменения, как во всем СССР, так и в Украине. Финансово-экономический кризис, распад СССР на отдельные независимые государства, разрушение сложившейся вертикали службы ВК и ЛФК, ее учреждений, организаций, коллективов специалистов и спортсменов, ранее подчиненных таковым союзного значения, профессионализация спорта высших достижений, свёртывание деятельности отделов спортивной медицины научно-исследовательских

институтов, а также групп и лабораторий медицинских проблем спорта в институтах МЗ и Академии медицинских наук, ослабление международных связей и утеря позиций в международных медико-спортивных организациях, неоднократные попытки реорганизации и переподчинения врачебно-физкультурных диспансеров привело к тому, что уровень отечественной спортивной медицины значительно снизился.

В 1992 г с приобретением Украиной статуса суверенного государства, организацией НОК и самостоятельным участием украинских спортсменов на международных соревнованиях, стала необходимостью реформирование отечественного здравоохранения и отрасли физической культуры и спорта.

Период с 1992 по 2002 гг. обозначился как время становления и развития украинской медицины, физкультуры и спорта. Длившиеся в это период ведомственные и структурные реформы многих отраслей народного хозяйства Украины не обошли и службу ЛФК и ВК.

Наличие старой законодательной базы, отсутствие правовых и экономических основ поддержания и развития службы, уменьшение и несвоевременность государственного финансирования, сокращение штатов ЛПУ, передача большей части ведомственных ЛПУ в состав местных органов здравоохранения, недостаточная заработанная платы, плохое материально-техническое обеспечение службы, законодательная неурегулированность и другие факторы способствовали нарастающему ухудшению деятельности службы. Отмечалось закрытие учреждений службы (диспансеров, отделений, кабинетов), особенно в регионах со слабой промышленной базой, незаконное перепрофилирование ЛПУ, сокращение их коек и штатов, в первую очередь за счет службы ЛФК, отток квалифицированных кадров из системы здравоохранения вообще, в т.н. частные кабинеты и клиники, и другие негативные явления.

И все же в этих сложных условиях энтузиасты лечебной физкультуры и спортивной медицины, как ветераны, так и молодые кадры, продолжали свою активную деятельность с надеждой сохранить и развить дальше специальность.

Сейчас в Украине пока еще функционирует сеть врачебно-физкультурных диспансеров, отделений/кабинетов спортивной медицины и лечебной физкультуры стационарах, поликлиниках, при спортивных учреждениях и учебных заведениях. В тоже время, продолжается ее децентрализация и разрушение. Так ряд ОВФД

по различным причинам полностью прекратил свое существование, некоторые стали отделениями СМ в составе ЛПУ, либо перешел под руководство местных физкультурных (городских, областных) и спортивных (спорткомитетов) или полуобщественных (т.н. центры «Здоровье» и подобные) организаций. Одним из основных факторов в этом процессе, помимо экономического, является неадекватность и недопонимание стоимости такого решения для медицинского обслуживания региона. За желанием сконцентрироваться на более выгодном как в организационном, так и в материальном отношении спортивном направлении, кроется ликвидация научно-методического, научно-практического, консультационного центра, центрального органа управления всей службы региона, направляющего и организующего деятельность службы, отстаивающей интересы как медработников в сфере ЛФК, так и больных, нуждающихся в данном виде помощи. И это притом, что современные акценты в медицине сделаны на профилактику и во всем мире проблема сохранения и укрепления здоровья граждан рассматривается как фактор национальной безопасности, и является стратегической целью здравоохранения. В Украине эти реорганизации происходят на фоне роста числа заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания системы и пищеварения, увеличения количества больных и инвалидов с последствиями перенесенных заболеваний центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, нуждающихся в различных формах физической реабилитации.

Главной организацией по вопросам спортивной медицины и лечебной физкультуры с 1997 г. в Украине является Украинский Центр спортивной медицины МЗ Украины, который был организован на базе Республиканского ВФД (г. Киев). Основной целью деятельности Центра является предоставление лечебно-профилактической, диагностической, консультационной медицинской помощи спортсменам, членам сборных команд Украины, и другим лицам, занимающихся спортом.

В сентябре 2002 г. в г. Одессе состоялся I Всеукраинский съезд специалистов СМ и ЛФК, на котором рассматривались вопросы состояния и перспективы развития службы в Украине. Результатами выполнения решений съезда стало создание в 2006 г. Ассоциации специалистов СМ и ЛФК, которая на XXIX Международном Конгрессе в Пекине (Китай, 2006) была принята в состав Международной и Европейской федераций спортивной медицины.

Основой для воссоздания и упрочения службы СМ и ЛФК стал Приказ МЗ Украины № 412 «Про подальший розвиток лікарсько-фізкультурної служби в Україні» от 25.07.2008 г.

В системе подготовки специалистов высшего звена по СМ и ЛФК тоже отмечается некоторая непоследовательность. Это, прежде всего, связано с неоднозначностью концепции общего развития медицины в Украине и реабилитационного направления в частности, поскольку она преимущественно наследует доставшееся ей от СССР и не имеет новой перспективы исследований по изменению состояния здоровья населения Украины на ближайшие годы.

Если оценивать состояние спортивной медицины в Украине, то следует отметить наличие высококвалифицированных специалистов, занимающихся подготовкой и аттестацией спортивных врачей на кафедрах медицинских и немедицинских ВУЗов, учреждения ЛФК и МС в составе центров, диспансеров, отделений и кабинетов, большое количество специалистов высшего и среднего звена. Вместе с тем отмечается отсутствие как экономической, так и социальной заинтересованности со стороны государства и общества, законодательных актов для решения вопросов самообеспечения, недостаточные возможности для привлечения частных инвестиций.

Парадоксально соотношение низкого уровня общественной спортивной медицины и уровня достижений спортсменов-украинцев на международных соревнованиях. Это дает основание задуматься о целесообразности пересмотра критериев оценки деятельности службы СМ.

Подготовка специалистов по ЛФК и СМ проводится на базе как самостоятельных кафедр ЛФК и спортивной медицины, так и в составе кафедр физического воспитания или клинического профиля. Ежегодно проводятся совещания заведующих кафедрами и курсами ЛФК и СМ, на которых решаются как неотложные текущие вопросы преподавания предмета студентам и врачам, так и вопросы дальнейшего развития службы и преподавания дисциплины. Однако существуют и проблемы, связанные с отличающимися подходами, как научными, так и практическими, в использовании полученных разработок в профилактике, лечении и реабилитации. Разнятся и научно-методические подходы в спортивной медицине, по-разному оцениваются приоритеты ее развития. Имеются попытки реализации на ее основе «неформальных» научных подходов и концепций и др.,

смещение акцентов из области медицины в направление биологии и социологии. Существует разрыв между теорией и практикой ЛФК и СМ, обособленность учреждений между собой и др. факты, отражающие современное состояние спортивной медицины и ее уровень в Украине. Однако эти вопросы не являются разделяющими, а скорее отражают возможные направления и указывают на дальнейшую необходимость развития и формализацию предмета СМ и ЛФК как науки в целях практического здравоохранения, улучшения состояния, роста достижений в области физкультуры и спорта.

### **2.2.3. Становление и развитие спортивной медицины и спортивной медицинской реабилитации в Донецкой области**

Официальное начало службы лечебной физкультуры (ЛФК) и спортивной медицины (СМ) в Донецкой области можно считать с момента организации в 1947 г. кабинета врачебного контроля (ВК) на стадионе «Шахтер».

До этого в послереволюционные годы к обслуживанию массовых соревнований и состязаний по различным видам спорта, преимущественной легкой атлетики и футбола, на непостоянной основе привлекались врачи общей практики и фельдшера. Наличие большого количества промышленных предприятий, учебных учреждений разного уровня, всплеск общественного интереса к физической культуре и спорту на фоне улучшения материальных условий и повышения культурного уровня рабочих и служащих создали основу для развития массового спорта на Донбассе. Поэтому на базе районных и городских больниц начали организовывать кабинеты врачебного контроля и антропометрии, в которых поначалу работали фельдшера и врачи общей практике, а в дальнейшем, с момента организации медицинского института и кафедры лечебной физкультуры и физического воспитания, – врачи врачебного контроля и ЛФК.

В 1950 кабинет ВК году был расширен и переименован в областной врачебно-физкультурный диспансер (ОВФД, заведующая – врач Облогина Н.М.). На то время он состоял из 3-х кабинетов: ВК, антропометрический, ЛФК. Основными задачами ОВФД были диспансеризация спортсменов и лиц, занимающихся физической культурой и спортом, активная пропаганда здорового образа жизни, санитарно-просветительная работа среди населения о роли и значении физической культуры и спорта



в повышении здоровья населения Донбасса.

С 1955 года начинается активное сотрудничество ОВФД с кафедрой физвоспитания и врачебного контроля, а впоследствии (с 1963 г.) – с кафедрой физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля (заведующий кафедрой, мс по футболу, к.м.н., доцент Н.Д.Вардимиади) Донецкого государственного медицинского института им. М.Горького.

В 1963 году ОВФД переехал в новое 2-хэтажное здание, где разместились 2 отделения (СМ и ЛФК), 16 лечебно-диагностических кабинетов для углубленного медицинского обследования спортсменов Донецкой области. Служба ЛФК в составе ОВФД организывает профилактические осмотры детей в регионе для выявления патологии опорно-двигательного аппарата и организует группы для занятия ЛФК, занимается методическим обеспечением работы врачей ВК и ЛФК, лечебно-просветительной работой.

В 1965 году в службе ВК и ЛФК работало 40 врачей и 98 методистов ЛФК. В это время начали комплектоваться штаты специалистов по ВК на крупнейших спортивных базах Донецка: стадионах «Шахтер» и «Локомотив», Дворца спорта «Динамо», «Спартак», «Дружба», в легкоатлетических манежах «Донецк», «Университет», «ДПИ» и др. спортивных сооружениях.

С 1966 года главным врачом Донецкого ОВФД назначен Иван Александрович Толошный, ассистент кафедры физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля Донецкого медицинского института. При его непосредственном участии и руководстве в диспансере был расширен штат сотрудников, создано отделение функциональной диагностики. Под руководством И.А.Толошного и при содействии областного и городского руководства был разработан перспективный план развития службы ВК и ЛФК в Донецкой области. Этот план предусматривал расширение сети учреждений службы за счет создания кабинетов ВК и отделений ЛФК в составе крупных лечебно-профилактических учреждений, медсанчастей промышленных предприятий, государственных и ведомственных профилакториев и санаториев. В нем также было предусмотрено создание в крупных городах и промышленных центрах (Макеевка, Жданов, Горловка, Краматорск и др.) городских и районных ВФД. Вскоре некоторые из них уже были открыты (Макеевский, Мариупольский) и работают по настоящее время (Мариупольский).

Заслуживает отдельного внимания вопрос о тесном сотрудничестве в консультативно-

лечебной, методической и научной работе специалистов диспансера и сотрудников кафедры физиотерапии, врачебного контроля и ЛФК (зав. кафедрой – доцент Н.Д. Вардимиади). Именно в это время была внедрена практика проведения практических и теоретических занятий, лекций для студентов и врачей на базе диспансера, участие сотрудников кафедры в осмотре и лечении спортсменов и физкультурников области. Привлекались кафедральные специалисты и для проведения санитарно-просветительной работы среди населения, организации чтения открытых лекции и занятий по актуальным вопросам, как в самом диспансере, так и при выездах на рабочие места в города и сельские районы области. Силами сотрудников диспансера и кафедр мединститута организовывались и проводились «Дни специалиста» для врачей ЛФК, спортивной медицины и других специальностей. Благодаря усилиям сотрудников диспансера и мединститута при содействии областного руководства в 1971 г. в области насчитывался уже 171 кабинет ЛФК и 48 кабинетов ВК.

С 1973 года большие усилия для поддержания и укрепления службы ЛФК и ВК в области уделял главврач ОВФД Левада Е.Н., впоследствии возглавивший Областную детскую больницу.

С 1976 года и службу ВК и ЛФК Донецкой области возглавил главный врач ОВФД М.Г. Гавриленко. Одним из основных направлений работы в то время было проведение семинаров с врачами всех специальностей, тренерским составом, преподавателями физвоспитания школ, техникумов, ВУЗов по вопросам применения методов ВК и ЛФК при занятиях физкультурой и спортом, в комплексной реабилитации больных и пострадавших. Поддерживалось плодотворное сотрудничество ОВФД с кафедрой физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля мединститута в проведение научно-исследовательской, методической и лечебно-консультационной работы.

С 1986 по 2010 год главным врачом ОВФД работала Н.И.Соколова. Под ее руководством, как внештатного областного специалиста по вопросам ВК и ЛФК, в нелегкие времена реформирования отечественной медицины и спорта под влиянием экономических и социальных факторов произошло смещение акцентов и приоритетов в деятельности ОВФД в сторону медицинского обеспечения спортивной деятельности. В 2006 году ОВФД перешел под руководство Управление по вопросу физической культуры и спорта Донецкой областной государственной

администрации и получил название «Донецкий областной центр спортивной медицины». Привлечение средств из областного бюджета позволило оснастить современной аппаратурой и открыть в составе Центра отделения спортивной медицины, функциональной диагностики, лечебной физкультуры, психологии спорта, ветеранов спорта. В настоящее время в составе Центра работают 32 специализированных кабинета, клинично-биохимическая и радиоиммунологическая лаборатория. Коллектив состоит из 25 врачей и 20 человек среднего и младшего медицинского персонала.

К сожалению, в связи с перепрофилированием деятельности диспансера существенно нарушились связи и взаимоотношения ОВФД с организациями и специалистами, работающими в области ЛФК. Редко для врачей и методистов ЛФК проводится так называемый «День специалиста», как в самом диспансере, так и выездные, не читаются лекции по вопросам ЛФК и СМ врачам других специальностей, практически отсутствует консультационное и методическое обеспечение данного вида работы. Фактически служба ЛФК в Донецкой области требует усиление руководства и организации, направляющего и организующего деятельность службы, отстаивающей интересы как медработников в сфере ЛФК, так и больных, нуждающихся в данном виде помощи. Отсутствие руководящей поддержки приводит к сокращению штатного состава и учреждений ЛФК, окончательному исчезновению и так уже значительно разрушенной службы ЛФК в Донецкой области.

Восстанавливается взаимодействие и сотрудничество между ОВФД и Донецким национальным медицинским университетом им. М. Горького в лице кафедры физической реабилитации, физиотерапии, спортивной и нетрадиционной медицины (заведующий кафедрой профессор В.Н.Сокрут). Кафедрой, помимо преподавания спортивной медицины, физиотерапии, физической реабилитации на 4 и 5 курсе всех факультетов, проводится первичная специализация, предаттестационные циклы и циклы тематического усовершенствования по специальности «физиотерапия», «лечебная физкультура и спортивная медицина». Значительный кадровый и научный потенциал кафедры (3 профессора, 8 к.м.н.), научные разработки (за последние годы изданы 7 монографий, которые посвящены вопросам медицинской реабилитации) позволяют внести много предложений для улучшения работы как в области практической ЛФК, так и СМ.

#### **2.2.4. История кафедры физической реабилитации, физиотерапии, спортивной и нетрадиционной медицины Донецкого медицинского национального университета**

Кафедра физической реабилитации, физиотерапии, спортивной и нетрадиционной медицины берет свое начало с 1963 года, когда были объединены в одно целое курс физиотерапии кафедры факультетской терапии и курс ЛФК и ВК кафедры физической культуры Донецкого медицинского института. Была образована кафедра физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля. Истоки кафедры берут свое начало с периода становления института. «Медицинская реабилитация», «физическая реабилитация», «спортивная медицина» являются базовыми медицинскими специальностями. Сохранив общепринятую форму указанных специальностей, коллектив кафедры наполнил их авторским содержанием. Без прошлого (истории кафедры) нет настоящих достижений, а настоящая реальность определяет будущее направление медицинской реабилитации.

В городах и сельских районах Донецкой области лечебная физкультура и физиотерапия в начале 20 века проводилась на базе областного и городских врачебно-физкультурных диспансеров. Первый курс физиотерапии в Сталинском медицинском институте начал преподаваться в 1934 году старшим ассистентом, а затем доцентом кафедры пропедевтики внутренних болезней Самуилом Михайловичем Свидлером, организатором физиотерапевтической службы в Донбассе, заслуженным врачом УССР. Он пришел в Сталинский медицинский институт с первой волной научно-педагогических кадров, которая формировалась за счет привлечения местных врачей, ученых, преподавателей, работающих в других учебных заведениях и исследовательских институтах города. Преподавательская работа активно сочеталась с научными исследованиями. Свидлер С.М. в 1939 году защищает кандидатскую диссертацию по теме «Желчегонное и мочегонное действие экстракта бессмертника», а в 1940 году был утвержден в ученом звании доцента по курсу физиотерапии кафедры пропедевтики внутренних болезней. В послевоенный период доцент Свидлер С.М. активно внедрял физические факторы в лечении инвалидов войны, изучал роль фотариев в профилактике заболеваний горняков антрацитных шахт. Наряду с основателем курса и его постоянным руководителем доцентом Свидлером С.М. занятия на курсе физиотерапии начали проводить доцент



Бровкина И.И. (с 1957 года) и доцент Кива И.К. (с 1959 года). Ими выполнены научные исследования по изучению применения лечебных грязей, искусственных минеральных вод при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Научные результаты внедрялись в практическое здравоохранение. Сотрудники курса физиотерапии активно занимались лечебной работой. В настоящее время доцент Бровкина И.И. продолжает работать врачом физиотерапевтом в Донецком клиническом областном медицинском объединении (ДОКТМО).

Параллельно развивалось лечебно-профилактическое направление медицины в Донецкой области в лице врачебного контроля и лечебной физкультуры. В 20-х годы прошлого столетия при больницах и спортивных центрах начали организовывать кабинеты антропометрии и корригирующей гимнастики, врачебного контроля для физкультурников и спортсменов, больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Вместе с увеличением количества лиц, занимающихся физкультурой и спортом, начала отмечаться и нехватка специалистов, владеющих вопросами физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры. Внедрение в жизнь тезиса первого наркома здравоохранения Семашко Н.А. «Без врачебного контроля – нет советской физкультуры» обусловило формирование и открытие кафедр соответствующего профиля.

Кафедра физического воспитания в Донецком медицинском университете была организована в 1931 году, как кафедра лечебной физкультуры и физического воспитания. Первым ее руководителем был назначен врач Цыпринский М.Б.. В дальнейшем кафедрой руководили Шварц Ю.И. и Беленкин А.Б.. Штат кафедры формировался из числа бывших спортсменов и врачей. Укреплялась и развивалась ее материально-техническая база.

В 1952 году кафедру физического воспитания с курсом лечебной физкультуры и врачебного контроля Донецкого медицинского института возглавил Вардимиади Николай Дмитриевич. Во время обучения в Кубанском медицинском институте (окончил в 1942 году), он активно занимался спортом (футболом), играл за Краснодарский футбольный клуб «Медик», который занимал призовые места в чемпионате России. Уже в бытность врачом, Николай Дмитриевич продолжал играть в футбол – в клубе «Динамо» (Сухуми), сборной команде Грузии, а затем в Донецком «Шахтере».

В то время кафедра физического воспитания с курсом врачебного контроля и лечебной

физкультуры располагалась в морфологическом корпусе медицинского института и включала в себя гимнастический зал и комнаты курса ВК и ЛФК. Под руководством ректората силами студентов, в начале 60-х годов началось строительство 2-этажного спортивного корпуса, которое было завершено в 1969 году. В составе спортивного корпуса, помимо помещений физкультурного назначения, было предусмотрено и оборудовано отделение для проведения ВК и занятий ЛФК. В дальнейшем в институте была построена летняя спортивная база: стадион с футбольным полем, легкоатлетическими дорожками и секторами, баскетбольные и волейбольные площадки, корты для тенниса. Вардимиади Н.Д. был активным пропагандистом физического воспитания и лечебной физкультуры. Ссылаясь на авторитет выдающегося врача Древней Греции Гиппократ, с именем которого связано представление о высоком моральном облике и образце этического поведения врача, он часто приводил его высказывание: «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь». Уже в те годы в процессе проведения научных исследований и лечебно-профилактической работы в содружестве кафедры физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры и клиническими кафедрами института укреплялось мнение об общности применяемых принципов и методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний использованием природных и преформированных физических факторов. Понимание важности объединения усилий по внедрению и широкому применению лечебно-профилактических методов немедикаментозной направленности в клиническую и оздоровительную практику, важность консолидации научных и методических разработок в области восстановительной медицины обусловили необходимость создания самостоятельной кафедры соответствующего направления.

Решением ректората Донецкого медицинского института 1 сентября 1963 года была организована кафедра физиотерапии, врачебного контроля и лечебной физкультуры путем объединения соответствующих курсов, выделенных из состава кафедры факультетской терапии и кафедры физического воспитания. Возглавил кафедру доцент Свидлер С.М., кроме него преподавание на кафедре вели доценты Вардимиади Н.Д., Кива И.К., Бровкина И.И., к.м.н. Долман В.И. Впоследствии на кафедре работали ассистентами к.м.н. Машкова Л.Г., По-

катило В.М., Никонов В.В.

С сентября 1965 года кафедру возглавил доцент Вардимиади Николай Дмитриевич. За время работы заведующим кафедрой Вардимиади Н.Д. педагогический коллектив пополнили доктор медицинских наук Попов И.П., профессор Лыков А.А., доценты Томачинская Л.П., Талакина Т.И., Середенко Л.П. (выпускница с отличием Киевского института физической культуры), ассистенты Толошный И.А., Дубирный Л.С., Головешкин В.Г.. Научно-исследовательская работа в значительной мере носила прикладной характер. Физические факторы использовались для профилактики и снижения заболеваемости рабочих угольной промышленности, в комплексном лечении заболеваний органов пищеварения, разрабатывались мероприятия по активизации двигательного режима дошкольников, школьников и студентов.

С ноября 1982 года по март 2001 года кафедрой возглавлял профессор Лыков Алексей Александрович. Настоящий профессионал, создатель и руководитель, профессор Лыков А.А. многие годы умело сочетал работу заведующего кафедрой с обязанностями декана лечебного факультета. Его организаторский талант позволил укрепить материально-техническую базу кафедры, расширить преподавательский состав и объем преподавания дисциплины. Была приобретена физиотерапевтическая аппаратура, на которой студенты отрабатывали практические навыки. Под его руководством проводились исследования по изучению механизмов действия миллиметрового электромагнитного излучения на биологические ткани. Результаты работы нашли свое отражение в монографии. В это время на кафедре начали работать профессор Сокрут В.Н., доценты Поважная Е.С., Пеклун И.В., ассистенты Поважная С.В., Смотров В.А., Бородий Н.Н., Паламарчук Т.Ю. Коллективом кафедры выполнялись исследования в области физиотерапии, курортологии, кинезотерапии. Научные исследования и внедрение их результатов проводилось в сотрудничестве с теоретическими (физика, физиология) и клиническими кафедрами института. Прослеживалось тесное кооперирование с кафедрой физического воспитания медицинского института в проведении научно-исследовательской работы. Научные результаты внедрялись в лечебно-профилактические учреждения области, кабинеты и отделения ЛФК и ВК. Результатом научно-исследовательских работ (республиканских и межотраслевых) были защиты докторской и кандидатских диссертаций. Ученые звания на кафедре в этот период получили

профессор Сокрут В.Н., мастер спорта и чемпионка Украины по спортивной гимнастике Середенко Л.П., призер чемпионатов Мира, Европы и Украины по плаванию, мастер спорта международного класса Осадчук-Дорофеева Е.Е., Поважная Е.С. и др.

С марта 2001 года кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор Сокрут Валерий Николаевич, ученик профессора Яблучанского Николая Ивановича, выдающегося ученого, терапевта-экспериментатора, внедрившего «принцип оптимальности» в медицину. После окончания клинической ординатуры на кафедре «внутренних болезней» с 1984 по 1993 год Сокрут В.Н. занимался в должности ассистента, а затем доцента экспериментальной работой на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией. Научно-исследовательская работа была посвящена изучению механизмов восстановительных процессов при различных формах реактивности организма. Выполнена и защищена докторская диссертация на тему: «Формы реактивности и заживление инфаркта миокарда». В 1993 году доцент Сокрут В.Н. был переведен на кафедру физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля, где получил звание профессора. Важную роль в профессиональном становлении Сокрута В.Н. сыграли работы по клинической физиотерапии профессора Лыкова А.А., профессора Тондия Л.Д. (г. Харьков). Профессор Сокрут В.Н. как руководитель кафедры сохранил основные традиции физиотерапевтической школы Донбасса, продолжил их динамично развивать и сформировал собственную школу, перестраивая на научной и экспериментально доказательной основе медицинскую реабилитацию, создавая ее новую структуру в диагностике и лечении по синдромальному принципу на базе параметров гомеостаза и генотипа больного. Профессором Сокрутом В.Н. получено 38 авторских свидетельств и патентов на изобретения. Благодаря наполнению новым содержанием, наука физиотерапия постепенно трансформируется в медицинскую реабилитацию, как прикладной подраздел «генной медицины». На лекциях и практических занятиях постоянно акцентируется внимание на причинно-следственные связи в патогенезе многих заболеваний, жестко детерминированные генотипом больного, его «вегетативным паспортом», в основе которого лежит определенная плотность адренорецепторов в тканях, приводящих к определенному исходу («эффект домино» – жестко детерминированные причинно-следственные связи в патогенезе заболеваний). Предложенный ав-

торский подход определения «вегетативного паспорта» больного и разработанные «программы долголетия» был востребованы практическим здравоохранением и послужили прогрессу физиотерапевтической науки, поскольку влияние физических факторов на организм человека в значительной степени реализуется через вегетативную систему. Возросла роль врача физиотерапевта в лечебном процессе. В его обязанность внесена постановка реабилитационного диагноза и формирование комплексной лечебной тактики (медикаментозной и немедикаментозной). Основная база кафедры была сосредоточена в водолечебнице ДОКТМО, которая оснащена современной физиотерапевтической аппаратурой и реабилитационными тренажерами. В клинике «Медгарант» создана действующая выставка новейшей аппаратуры. Коллектив кафедры пополнили доценты Швиренко И.Р., Лыков А.А., Гурбич Е.А., ассистенты Попов В.М., Карлова И.В., Зубенко И.В., Яцукенко Е.И., Терещенко И.В., которые не только сохранили, но и приумножили традиции донецкой школы-реабилитологов новыми достижениями. Были внедрены инновационные подходы и принципы геномной, доказательной медицины в «медицинскую реабилитацию» и обучение студентов и врачей.

Кафедра стала лидером реформирования высшего медицинского образования в области медицинской реабилитации. Богатый опыт экспериментатора и клинициста позволил профессору Сокруту В.Н. разработать принципиально новое направление в реабилитационной медицине, создать авторские программы «долголетия». В спортивной медицине эти положения были представлены в виде программ «спортивного долголетия», врачебного контроля и реабилитации «спринтеров-симпатотоников» и стайеров-ваготоников». В разделе спортивного питания профессором Сокрутом В.Н. разработаны адаптационные столы (10 столов для коррекции вегетативного тонуса, гормонального и иммунного баланса, кислотно-щелочного равновесия спортсменов). Впервые сформированы научные основы адаптационной кинезо- и психотерапии. Созданы диагностические тесты психогений (тревожно-депрессивных состояний и панико-фобических реакций). Под его руководством активно проводятся научные исследования по изучению восстановительных процессов при различных заболеваниях и разрабатываются подходы в лечении с учетом состояния реактивности организма и форм нарушений параметров гомеостаза. Установлены формы и выраженность основных клинико-

патогенетических синдромов у больных в зависимости от их «вегетативного паспорта». Результатом научной работы стала защита 11-ти кандидатских диссертаций, а также издание 7 монографий и более 300 статей.

В настоящее время сотрудниками кафедры создана мощная научно-педагогическая школа в области медицинской реабилитации, которая позволяет готовить высококвалифицированных спортивных врачей, физиотерапевтов, кинезотерапевтов в Украине. Впервые заведующим кафедрой профессором Сокрутом В.Н. разработаны положения «медицинской реабилитации как науки управления параметрами гомеостаза» на основе доказательной геномной медицины с учетом «вегетативного паспорта человека», которые широко внедряются в медицинскую практику. Визитной карточкой научных достижений кафедры стали «принципы оптимальности и адаптационной медицины». Впервые предложен и разработаны положения и структура реабилитационного диагноза, включающего: вегетативный паспорт больного, форму нарушения параметров гомеостаза, топические проявления дисадаптационного синдрома и степень органной недостаточности. Предложено рассматривать спортивного врача как семейного врача спортсмена. Коллектив кафедры составляют 2 профессора, 7 доцентов, 7 ассистентов, 1 аспирант и 1 старший лаборант. Заведующий кафедрой профессором В.Н.Сокрут проводит лечебно-консультативную работу на базе водолечебницы, одновременно занимаясь и организацией и руководством физиотерапевтической службы ДОКТМО, и возглавляя и организуя деятельность областного общества физиотерапевтов и реабилитологов. Профессор Сокрут В.Н. впервые в Украине и Донбассе внедрил методы компьютерного вытяжения позвоночника, криосауны. При его научно-консультативной поддержке создана клиника «Медгарант» согласно программе подготовки к «Евро 2012» по футболу.

Одним из ведущих направлений кафедры является учебная работа. Преподавание ведется согласно Европейской кредитно-модульной трансферной системы (ЕКМС). Кафедра осуществляет полный цикл (вертикаль) до- и последипломного обучения студентов и врачей по разделам «медицинская, физическая реабилитация и спортивная медицина». Профессором Сокрутом В.Н. впервые в Донецком регионе организовано постдипломное обучение спортивных врачей, физиотерапевтов, кинезотерапевтов в соответствии с квалификационными характеристиками по специальности, соглас-

но государственным требованиям к учебному заведению 4 уровня аккредитации. Кафедра проводит циклы первичной специализации, тематического усовершенствования и предаттестационные курсы, согласно типовым обучающим программам и планам, утвержденным МОЗ Украины. Рабочие обучающие программы составляются кафедральным коллективом согласно типовой программе. Ежегодно до начала нового учебного года рабочие программы по специальностям «физиотерапия» «физическая реабилитация и спортивная медицина» пересматриваются, обсуждаются, дополняются с учетом современного уровня развития науки и практики, в соответствии с квалификационными характеристиками физиотерапевта, кинезотерапевта и спортивного врача. Сотрудники кафедры работают на 4-х клинических учебных базах, расположенных в г. Донецке. Основной клинической базой является водолечебница в составе ДОКТМО. Кроме того, занятия проводятся в учебном блоке спортивной медицины на базе кафедры физвоспитания ДонНМУ, клинических отделений ДОКТМО, ГКБ №5, 20 г. Донецка, кабинетах клиники «Медгарант». Все базы оснащены аппаратурой и техническими средствами, необходимыми для проведения занятий, организации научной работы и оказания медицинской помощи больным. В процессе обучения активно используются видеосистема и мультимедийный проектор в лекционном зале, создан компьютерный класс. Акцентируется внимание студентов на ситуационные задачи, проводится проблемное обучение, внедряются новые компьютерные технологии. Иллюстративный материал ежегодно дополняется. Практические навыки отрабатываются непосредственно на физиотерапевтической аппаратуре. Обучение иностранных студентов проводится на английском, русском и украинском языках по специальностям «лечебное дело» и «стоматология». Внедрена новая технология преподавания «физической реабилитации» и «медицинской реабилитации» согласно кредитно-модульной организации обучения. Кроме обучения студентов 4 и 5 курсов, врачей интернов и клинических ординаторов, кафедрой ежегодно проводятся предаттестационные и курсы специализации по специальностям «физиотерапия», «лечебная физкультура и спортивная медицина» и интернатура по спортивной медицине. За последние пять лет осуществляется работа согласно новой концепции системы последипломного образования согласно международным стандартам классификации профессий и рекомендациям Болонской системы. Сотрудниками ка-

федры постоянно проводится консультативная и лечебно-диагностическая работа в базовых больницах и поликлиниках, а также в лечебно-диагностических учреждениях Донецкой области и других областей Украины. Сотрудниками кафедры при участии спортивных врачей выполняется обследование, консультирование и лечение спортсменов различной специализации с патологией опорно-двигательного аппарата, сопутствующими заболеваниями. Обучение курсантов и врачей на кафедре осуществляется с использованием подготовленных и изданных сотрудниками кафедры учебников, учебных пособий управляющего типа и руководств с новой концепцией преподавания «медицинской, физической реабилитации и спортивной медицины» в университетах медицинского и немедицинского профиля.

Важным научно-практическим аспектом деятельности кафедры является разработка и внедрение концепции «Бытовая реабилитация» (оздоровительные центры, спортивно-оздоровительные секции, группы общефизической и специальной (спортивной) подготовки и др.). Это этап «непрерывной» (перманентной) реабилитации, целью которой является расширение физиологических резервов организма, профилактика функциональных расстройств, коррекция имеющихся и предупреждение возникновения нарушений физической работоспособности. Их применение в бытовых и производственных условиях необходимо сочетать с другими методами лечебно-профилактической направленности (гомеопатия, диетологическая, фитотерапия и рефлексотерапия), обеспечивающими синергичность воздействия. Формирование и разработка понятия «городской санаторий», как реализация принципа «непрерывной (перманентной) реабилитации», постоянно демонстрируется на примере работы водолечебницы в составе ДОКТМО. Это позволяет увеличить доступность санаторно-курортных факторов населению, не имеющему возможности восстановления и укрепления здоровья на природных курортах.

Лечебная работа кафедры осуществляется в водолечебнице ДОКТМО, в городских больницах №5 и 20, клинике «Медгарант», на спортивных базах ФК «Шахтер» и ФК «Металлург». Сотрудничество кафедры и команды «Шахтер» продолжается в настоящее время. Ассистент Попов В.М. параллельно с научно-преподавательской работой на кафедре выполняет функции врача команды. С приходом на кафедру профессора Сокрыта В.Н. эти традиции были приумножены, кафедра расшири-



ла свое лечебно-консультативное влияние в футбольной команде «Металлург». Ассистент Касатка О.В., ранее работавший врачом этой команды, после утверждения ассистентом кафедры продолжает проводить реабилитацию спортсменов клуба на базе водолечебницы «ДОКТМО» и клиники «Медгарант».

В 2011 году при финансовой поддержке клуба было издано медицинское руководство для студентов и врачей «Медицинская реабилитация в спорте». Кафедра выступает научным куратором профессиональных спортивных клубов г.Донецка. В должности ассистента кафедры работает мастер спорта международного класса, участница Олимпийских игр в Сиднее, чемпионка Европы Глебова-Яцукненко Е.И.

80% преподавателей кафедры имеют высшую врачебную аттестационную категорию. Одним из основных принципов лечебной работы кафедры является совместная деятельность с практическим здравоохранением. Кафедра и физиотерапевтическое отделение ДОКТМО номинально составляют единую объединенную структуру реабилитационной службы областной больницы (генеральный директор – д.м.н. Бахтеева Т.Д.), что позволяет сотрудникам кафедры разрабатывать, апробировать и своевременно внедрять новые профилактические, диагностические, лечебные технологии в практическое здравоохранение. Научные исследования в значительной степени стали носить прикладной характер. Технологическое обеспечение авторских реабилитационных программ и современный комплексный индивидуальный (генный по «вегетативному паспорту») подход позволил значительно повысить эффективность физиотерапевтического лечения. Совместная работа кафедры и отделения предусматривает также привлечение врачей к проведению научных исследований, что, несомненно, влияет на эффективность всех видов деятельности кафедры и клиники в целом. Каждый сотрудник кафедры отвечает за состояние реабилитационной работы, процесс научных разработок на курируемых им клинических базах, осуществляет лечебно-консультативную помощь больным. С участием сотрудников кафедры в клиническую практику внедрены современные методы реабилитации больных лазеро-, магнито-, рефлексо-, фитотерапия, микроволновая и мануальная терапия, вакуум-массаж, вытяжение позвоночника и суставов применением аппаратов «Релакс» (Украина) и «TRAComputer+MILI Diatermy Couch» фирмы «Medicin elektronik LG» (Германия). Дважды в год под руководством областного специалиста

по физиотерапии профессора В.Н. Сокрута проводится заседание областного общества физиотерапевтов, на которых с привлечением ведущих специалистов ДонНМУ и ДОКТМО обсуждаются актуальные вопросы медицинской реабилитации. Профессор Сокрут В.Н, как внештатный областной физиотерапевт и кинезотерапевт управления здравоохранения Донецкой области консультирует и организует работу реабилитационной службы в больницах, проводит в аттестацию врачей. Сотрудники кафедры регулярно принимают участие во всеукраинских и международных научно-практических конференциях и съездах, выступают с докладами, проводят презентации разработанных медицинских руководств и учебных пособий, опубликовывают в научных журналах и сборниках многочисленные научные статьи и тезисы с целью постоянного усовершенствования используемых методик обучения и обмена передовым педагогическим опытом.

Приоритетным направлением в научной и практической деятельности кафедры является углубленное изучение особенностей течения восстановительных процессов в органах и тканях, разработка методов медицинской реабилитации с применением физических факторов. Особое внимание уделяется разработке методов реабилитации больных с учетом ведущего клинико-патогенетического синдрома заболевания. Научно-исследовательская работа кафедрального коллектива проводится в рамках тесной кооперации с клиническими кафедрами (хирургия, кардиология, пульмонология, нефрология, гинекология, травматология). Приоритетные исследования посвящены изучению форм основных клинических синдромов (артериальной гипертензии, астматического, суставного, климактерического) в зависимости от «вегетативного паспорта» больного с последующей разработкой дифференцированного реабилитационного лечения. Разрабатываются концепции пато- и саногенеза различных заболеваний, диагностика дисадаптационного синдрома и патогенетическое обоснование комплекса реабилитационных мероприятий по его предотвращению. Перспективным представляется научное направление по изучению механизмов действия физических факторов на параметры гомеостаза организма, его реактивность (индивидуальную), определение форм основных клинических синдромов в зависимости от генотипа и «вегетативного паспорта» (детерминирующее течение компенсаторно-приспособительных процессов) с последующей разработкой дифференцированных современных научно обо-

снованных схем реабилитационного лечения. С 1995 г. исследования выполняются в рамках комплексных внутри- и межвузовских исследований и НИР по заказу МЗ Украины. Научные достижения кафедры постоянно внедряются в практическое здравоохранение. Профессор Сокрут В.Н. с 2004 по 2009 г. член специализированного Совета по специальности «спортивная медицина» (г. Днепропетровск).

Одним из главных направлений деятельности кафедры является методическая работа, которая состоит в организационно-методической помощи практическому здравоохранению и обеспечении процесса обучения студентов и врачей необходимыми авторскими руководствами, учебниками и пособиями. За последние годы коллективом кафедры изданы и внедрены в педагогический процесс комплекты тестов и пособий по всем разделам медицинской реабилитации, что позволило полностью удовлетворить учебный процесс и повысить уровень знаний студентов. На основании результатов учебно-методической и научной работы изданы монографии, утвержденные МОЗ Украины и посвященные вопросам физиотерапии и медицинской реабилитации: «Використання лазерного випромінювання та електромагнітних хвиль НВЧ-діапазону у фізіотерапії» (1997), «Общая физиотерапия и курортология» (1999), «Медицинская реабилитация в артрологии» (2000), «Медицинская реабилитация в терапии» (2001), «Фізіотерапія в практиці сімейного лікаря» (2005), «Фізичні чинники в медичній реабілітації» (2008), «Спортивная медицина» (2009), «Медицинская реабилитация артериальной гипертензии» (2010), «Медицинская реабилитация в спорте» (2011), «Спортивна медицина» (2011). Подготовлены и распространены электронные версии указанных книг. Планируется издание учебника «Физическая реабилитация».

Кадровый потенциал кафедры – это 2 профессора, 7 доцентов, 6 ассистентов, 1 аспирант и 2 старших лаборанта с высшей и первой врачебной категориями. Рабочие места сотрудников кафедры оснащены персональными компьютерами. Кадровый потенциал кафедры, профессионализм ее сотрудников позволяет в новом стратегическом (авторском) направлении развивать «медицинскую, физическую реабилитацию и спортивную медицину».

Учебный доцент кафедры Поважная Е.С., профессионал с высокой эрудицией, ответственностью за результат общего дела. Умело организывает учебный процесс студентам и врачам, обеспечивает методическое обеспече-

ние, ведет обучение студентов на украинском и русском языках. Под ее руководством на кафедре подготовлены необходимые методические материалы для преподавания дисциплин на всех факультетах, которые постоянно обновляются. Ее научная работа посвящена изучению форм астматического и климактерического синдромов с разработкой дифференцированного лечения с использованием физических факторов, что является новым направлением медицинской реабилитации. Автор новых «методик лазеротерапии изменяющихся частот», защищенных патентами. Принимает активное участие в составлении руководств, учебников и учебных пособий нового обучающего типа для студентов и врачей. Врач высшей категории в совершенстве владеет методом компьютерного вытяжения позвоночника, проводит лечебно-консультативную работу в физиотерапевтическом отделении ДОКТМО.

Доцент Середенко Л.П. имеет физкультурное и медицинское образование. Врач высшей категории, высококвалифицированный специалист, активно разрабатывает методы медицинской реабилитации лиц, занимающихся спортом и физической культурой. Широко внедряет методики врачебного контроля, кинезотерапии в университете, развивая сотрудничество с кафедрой физкультуры. Ведущий специалист на кафедре по организации и проведению предаттестационных циклов и циклов специализации для врачей по специальности «лечебная физкультура и спортивная медицина».

Доцент Швиренко И.Р. проявляет себя умелым экспериментатором в изучении механизмов действия физических факторов. Организует выполнение научных исследований на кафедре. В совершенстве владеет методами электростимуляции с глубоким знанием топографии человека. Участвует в реабилитации спортсменов высокого класса. Ответственный за работу студенческого научного общества, активно привлекает к углубленному изучению проблем физической реабилитации, спортивной медицины будущих врачей. Разрабатывает перспективное научное направление по прогнозированию исходов восстановительных процессов и особенностей адаптации при различных формах реактивности организма.

Доцент Пеклун И.В. проводит конференции областного общества физиотерапевтов и врачей ЛФК, ответственная за лечебную работу кафедры. Активно участвует в повышении квалификации врачей-ординаторов, регулярно читает курсы лекций о внедрении новых методов и методик физиотерапевтического лечения,

кинезотерапии. Врач высшей категории, в совершенстве владеет методами компьютерного вытяжения позвоночника, рефлексотерапией. Изучает патогенез остеохондроза, его клинические проявления в зависимости от «вегетативного паспорта» больного, разрабатывает принципы адаптационного питания, внедряет методики адаптационного светолечения.

Доцент Лыков А.А. совмещает работу главного врача городской больницы с должностью доцента кафедры, высококлассный организатор и менеджер управления здравоохранением. Владеет методами УЗИ диагностики различных заболеваний. Научная работа посвящена изучению восстановительных процессов при язвенной болезни желудка. Проводит занятия с курсантами врачами на предаттестационных циклах по специальности «физиотерапия». Владеет английским языком. Участвует в разработке обучающих тестов по предмету на английском языке для иностранных студентов.

Доцент Томачинская Л.П. высококвалифицированный преподаватель с огромным опытом работы. Много лет организовывала учебно-методическую работу на кафедре. Автор научных работ по использованию физиотерапии в гинекологии. Проводит обучение врачей-интернов и гинекологов на тематических циклах. Врач высшей категории, в совершенстве владеет методами физио-, кинезотерапии в акушерстве, гинекологии, педиатрии.

Ассистент к.м.н. Зубенко И.В. квалифицированный преподаватель, высоко ответственный. В совершенстве владеет английским языком. Ведет преподавание «физиотерапии», «физической реабилитации» и «спортивной медицины» студентам на английском, русском и украинском языках. Врач ЛФК физиотерапевтического отделения ДОКТМО, в совершенстве владеет методами врачебного контроля, кинезотерапии. Широко внедряет методы аквааэробики, кинезотерапии при различной патологии. Проводит компьютерное вытяжение позвоночника больным остеохондрозом. Разрабатывает показания, противопоказания и методы реабилитационного лечения нефрологических больных.

Ассистент Попов В.М., – нейрохирург, физиотерапевт, спортивный врач ФК «Шахтер». Проводит медицинскую реабилитацию спортивных травм футболистов на базе клуба, в физиотерапевтическом отделении ДОКТМО, в отечественных и зарубежных клиниках. Оказывает врачебную помощь на сборах, во время тренировок и соревнований. Контролирует спортивное питание футболистов команды.

Изучает особенности восстановительных процессов при различных формах реактивности организма. Разрабатывает и внедряет в спортивных клубах алгоритмы неотложной врачебной помощи при внезапной смерти спортсменов. Разрабатывает научное направление по прогнозированию неотложных состояний и внезапной смерти у футболистов, особенности их адаптации к физическим нагрузкам в зависимости от «вегетативного паспорта» и форм нарушений параметров гомеостаза. Научная работа носит прикладной характер для спорта.

Ассистент Карлова И.В. владеет методами физиотерапии, психотерапии, внедряет принципы адаптационной психотерапии в практику врачей реабилитологов, спортивных врачей. Квалифицированно проводит обучение иностранных студентов на английском и русском языках по разделам «физическая и медицинская реабилитация, спортивная медицина». Научная работа посвящена изучению форм психо- и соматогений при язвенной болезни желудка. Разрабатывает методы их коррекции физическими факторами.

Ассистент Терещенко И.В. изучает формы хронического обструктивного синдрома легких с целью дифференцированного его лечения, перспективный сотрудник по специальности «физическая реабилитация». Участвует в разработке комплексов адаптационной кинезотерапии. Активно внедряет программы медицинской реабилитации спортсменов-студентов ДонНМУ и института физкультуры.

Ассистент Касатка О.В. – травматолог-ортопед, физиотерапевт клиники «Медгарант», спортивный врач ФК «Металлург». Проводит медицинскую реабилитацию спортсменов олимпийского резерва на базе клиники «Медгарант». Участвует в разработке алгоритмов неотложной помощи спортсменам при травмах. Изучает особенности и формы дисадаптационного синдрома у спортсменов при травмах на фоне нарушений параметров гомеостаза.

Ассистент Глебова-Яцукненко Е.И. – мастер спорта международного класса. Проводит врачебный контроль борцов в период их тренировок и во время соревнований. Разрабатывает подходы по повышению их выносливости, работоспособности и результатов путем оптимизации их вегетативного тонуса.

Сотрудники кафедры: профессор Лыков А.А., доценты Поважная Е.С., Пеклун И.В., Швиренко И.Р., Лыков А.А., Середенко Л.П., ассистенты Зубенко И.В., Карлова И.В. и Терещенко И.В. оказывают лечебно-консультативную помощь больным Донецкого областного клини-

ческого территориального медицинского объединения (ДОКТМО) и городской больницы № 5, № 20. По медицинским показаниям составляется персональная реабилитационная схема для профессиональных спортсменов с учетом их «вегетативного паспорта» и вида спорта. Врачебный контроль физкультурников и спортсменов проводят мастера спорта доцент Середенко Л.П., ассистенты Яцукненко Е.И. и Касатка О.В. на базе ДОКТМО и клиники «Медгарант». Сотрудники кафедры формируют рекомендации о целесообразности профессионального занятия стайерскими и спринтерскими видами спорта, исходя из «вегетативного паспорта» спортсмена, разрабатывают адаптационное питание. Осадчук-Дорофеева Е.Е. после защиты докторской диссертации по специальности «Спортивная медицина» возглавила медицинскую службу училища олимпийского резерва. Приглашена на работу в Лондон (Великобритания) ассистент Паламарчук Т.Ю., где подтвердила свой диплом специалиста и знание языка, а доцент Гурбич Е.А. в 2011 году переведена на профильную кафедру Национальной медицинской академии постдипломного образования им. П.Л.Шупика. Профессионализм физиотерапевтов Донецкого региона высоко оценивается коммерческими медицинскими и косметологическими фирмами Украины.

Разрабатывая перспективы развития реабилитационной службы в Донецком регионе, коллектив кафедры ставит перед собой задачи подготовки спортивных врачей, физических и медицинских реабилитологов конкурентоспособных на мировом рынке труда.

### 2.2.5. Организация медицинской реабилитации в спортивном клубе «Металлург»

История команды берет свое начало в 1996 году. Именно тогда, по инициативе руководителей клуба – Сергея Середы и Александра Косевича была создана профессиональная команда «Металлург» (Донецк). Дата рождения команды – 17 июня 1996 года. Цвета клуба – «сине-белые».

Буквально с первого года своего существования команда заявила о себе в полный голос. За полтора года «Металлург» совершил рывок из второй лиги в элиту отечественного футбола. Сходу наша команда завоевала 6-е место в высшей лиге. Наивысший расцвет команды пришелся на тот период времени, когда у руля команды стала Корпорация «Индустриальный Союз Донбасса». Президент клуба Сергей Та-

рута собрал вокруг себя коллектив единомышленников. Большое внимание акционеры клуба – Сергей Тарута и Олег Мкртчян уделили развитию инфраструктуры клуба. На окраине Донецка, в живописном месте построена суперсовременная учебно-тренировочная база, равной которой, нет и в Европе. Об этом говорили футбольные специалисты из многих стран.

В 2002 году, под руководством Семена Альтмана команда впервые выигрывает бронзовые медали национального чемпионата. В этом же году «металлурги» впервые представляют украинский футбол на международной арене. Поединки нашей команды с топ-клубами Старого Света – немецким «Вердером», итальянскими «Пармой» и «Лацио», запомнились всем любителям футбола нашей страны.

В 2003 и 2005 годах донецкий «Металлург» дважды завоевывает бронзовые медали национального чемпионата, становясь одной из самых титулованных команд страны. Финалист розыгрыша Кубка Украины сезона 2009-2010 годов.

#### Учебно-тренировочная база

Общая площадь территории – 12,087 га. Учебно-тренировочная база футбольного клуба «Металлург» г.Донецка введена в эксплуатацию в сентябре 2004 года.

В состав учебно-тренировочной базы входят следующие объекты:

- главный корпус общей площадью - 7600 м<sup>2</sup>;
- хозяйственный блок, площадью 500 м<sup>2</sup>;
- 5 футбольных тренировочных полей с естественным травяным покрытием (размер 115x80 м); все поля имеют искусственное освещение; одно поле оборудовано электроподогревом;
- спортивная площадка для игры в теннис (искусственное покрытие);
- спортивная баскетбольная площадка;
- 2 контрольно-пропускных пункта;
- гостевая стоянка на 15 автомобилей;
- стоянка для длительного отстоя автотранспорта на 25 автомобилей;
- насосная станция поливочного водопровода с резервуарами запасной воды (объем 250 м<sup>3</sup>);
- трансформаторная подстанция с 2-мя трансформаторами 2x630 кВА.

В главном корпусе предусмотрены зоны для отдыха, занятия спортом, а также медико-восстановительная зона.

Спортивный блок представлен спортзалом (33x18 м), бассейном с чашей (25x10 м), тре-



нажерным залом, объединенными гардеробными, оборудованными душевыми сетками и туалетными комнатами. Здесь же размещена сауна с массажными комнатами, бассейном, джакузи и душевыми.

Отдельно от спортивного блока через фойе, имеющие три эвакуационных выхода, размещен конференц-зал на 145 мест. Зал оборудован системой видео, аудио, DVD и системой синхронного перевода на три языка.

Зона отдыха размещена на первом этаже, представлена бильярдной на 3 стола, баром, рестораном на 40 мест с банкетным залом и летней площадкой, интернет-кафе. Здесь же, на первом этаже размещены офисные помещения, медицинская зона с клинико-диагностической лабораторией, которая изолирована от основных помещений холлом с отдельным входом. Все помещения оборудованы общеобменными приточно-вытяжными системами вентиляции и кондиционирования воздуха.

Жилые номера расположены на втором этаже в количестве 32-х. Из них 28 – двухместные, 2 – одноместные, 2 – улучшенной планировки.

В каждом номере имеется туалетная комната, оборудованная душевой кабиной или ванной. Полы в туалетных комнатах выполнены с электроподогревом.

Выходы из номеров предусмотрены в просторный холл, соединенный с первым этажом парадной винтовой лестницей, освещенной зенитным фонарём.

На цокольном этаже размещены технологические помещения, прачечная, столовая персонала, с раздевалками, душевыми сетками и туалетными комнатами с отдельными входами, исключаяющие пересечение со спортсменами.

Источником теплоснабжения является пристроенная к главному корпусу котельная, оборудованная двумя водогрейными котлами Фирмы Vissman на природном газе и работающая в автоматическом режиме.

Водоснабжение базы предусмотрено от централизованных городских сетей. На вводе водопровода в здании размещена установка по очистке питьевой воды, оборудованная мультимедийными и сорбционными фильтрами с системами умягчения и обеззараживания.

В хозяйственном блоке (42×12 м) расположены раздевалки с душевыми сетками и туалетными комнатами для обслуживающего персонала, мастерская, гаражные блоки для автомобилей и техники по уходу за тренировочными полями и газонами.

Для ухода за полями база располагает спе-

циальной техникой японских и американских фирм-производителей: косилки (2 шт.), газонокосилки (5 шт.), дёрнорезка, аэратор, разбрасыватель сухих и жидких удобрений, подсыпщик, кусторезы (3 шт.) кушман, вертикут, снегоуборочная машина фирмы «Karcher», трактор ВТЗ-2032А, укомплектованный погрузчиком, прицепом 2 м, отвалом для снега.

УТБ располагает полным комплектом необходимой техники для качественного ухода за травяным газоном футбольного поля и проведения всех необходимых агротехнических мероприятий, что позволяет поддерживать высокое качество травяных газонов на протяжении тренировочного цикла спортсменов.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ.** Важная роль в повседневной жизни футбольного клуба принадлежит медицинской службе. Штат медицинской службы включает главного врача, спортивного врача, спортивного врача физиотерапевта, врача ФШМ, 5 массажистов, заведующую лабораторией, 1 научного сотрудника, 1 лаборанта. На учебно-тренировочной базе для основного и молодёжного составов команды существуют следующие медицинские зоны:

- Терапевтическая (для ежедневных осмотров и лечения травм);
- Физиотерапевтическая (для восстановления после травм);
- Диагностическая (для начальной оценки травмы и плановых тестирований).

Отдельным подразделением медицинской службы является клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ), которая была организована в конце 2005 года по инициативе руководителей клуба.

*Основными задачами* деятельности клинико-диагностической лаборатории являются:

1. Проведение лабораторных обследований футболистов перед подписанием контракта.
2. Мониторинг состояния здоровья спортсменов в период учебно-тренировочных сборов и соревновательный период.
3. Изучение возможностей энергетических ресурсов организма при интенсивной мышечной деятельности.
4. Получение объективной оценки функционального состояния футболистов с целью планирования и оптимизации тренировочного процесса.
5. Разработка рекомендаций, направленных на повышение функциональных

возможностей организма спортсменов:

- составление схем индивидуальной витаминизации;
- составление и коррекция индивидуальных диет-карт;
- предупреждение синдрома «перенапряжения» в период повышенных физических нагрузок;
- разработка оптимальных схем восстановления.

Квалифицированный персонал КДЛ проводит лабораторный мониторинг на всех этапах подготовки профессиональных футболистов. В частности, проводятся:

- текущие обследования (по мере необходимости, в соответствии с планом);
- этапные комплексные обследования (3 – 4 раза в год);
- углублённые комплексные обследования (2 раза в год).

Лаборатория оснащена современной аппаратурой ведущих мировых фирм-производителей лабораторного оборудования:

– Автоматический биохимический анализатор открытого типа Numastar300 «HUMAN GmbH» (Германия) – позволяет получить более

20 биохимических параметров из малых объёмов крови пациентов в течение 1-2 часов.

– Экспресс-анализатор мочи Combilyzer Plus «HUMAN GmbH» (Германия) – позволяет получить 11 показателей в общем анализе мочи за 1 минуту.

– На автоматическом спектрофотометре американской фирмы «Voi-Tek Instruments, Inc.» проводится иммуноферментный анализ, для количественной оценки содержания гормонов крови и определения титра антител, в том числе и инфекционных агентов.

– Портативный фотометрический гемоглобинометр МиниГЕМ 540 ЗАО «НПП ТЕНХОМЕ-ДИК» (Россия) – позволяет в течение нескольких секунд определять концентрацию гемоглобина в крови унифицированным гемоглобинцианидным методом.

– Биохимический портативный экспресс-анализатор Accutrend Plus «ROCHE DIAGNOSTICS GmbH» (Германия) – позволяет в течение 60 секунд по капле крови спортсмена определить концентрацию лактата, который является важным показателем для оценки интенсивности нагрузки и функционального состояния спортсмена.