

УДК: 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

© Маметова О.Б., Пархоменко А.И., Косячук Н.Л., Еременко Е.Ю., 2013

ВЛИЯНИЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ МИОРЕЛАКСАЦИИ В ВОДНОЙ СРЕДЕ В ЗОНЕ С3-Тн8 НА ПРОИЗВОЛЬНУЮ МАКСИМАЛЬНУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ У СПОРТСМЕНОВ

Маметова О.Б., Пархоменко А.И., Косячук Н.Л., Еременко Е.Ю.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.П. Георгиевского»

С целью обоснования эффективности использования паравертебральной миорелаксации для улучшения показателей внешнего дыхания спортсменов проведены исследования 90 спортсменов в возрасте 18-25 лет (30 – борцы греко-римской борьбы, 30 – тяжелоатлеты, 30 – футболисты), имеющих квалификацию от I разряда до мастера спорта. У всех спортсменов проводили коррекцию тонуса паравертебральных мышц зоны С3-Тн8 методом постуральной фиксированной тракции в бассейне с применением нудла, в течение 6-ти недель (3 раза в неделю) в переходный период тренировочного процесса. Для оценки состояния функции дыхания до и после паравертебральной миорелаксации регистрировали, при помощи компьютерного пневмотахометра «Спиро Тест РС», показатели системы внешнего дыхания. При изучении величин произвольной максимальной вентиляции легких после паравертебральной миорелаксации (ПМ) было обнаружено, что они зависели от энергетической и кинематической направленности тренировочного процесса данных спортсменов. Так у спортсменов, занимающихся борьбой, максимальная вентиляция легких (МВЛ) до ПМ составляла $122,7 \pm 7,2$ л/мин, а после – $141,6 \pm 6,7$ л/мин ($p \leq 0,05$).

Аналогичный характер изменений МВЛ был

обнаружен и у спортсменов занимающихся тяжелой атлетикой. После ПМ произвольная максимальная вентиляция легких увеличилась от $124,2 \pm 6,4$ до $142,2 \pm 5,1$ л/мин.

У спортсменов, занимающихся футболом, показатели произвольной максимальной вентиляции легких после курса ПМ достоверно не изменялись, так как параметры этого показателя до курса составляли $128,5 \pm 5,8$ л/мин и после $134,6 \pm 5,3$ л/мин.

У спортсменов, занимающихся борьбой, увеличение произвольной МВЛ происходило за счет параллельного возрастания дыхательного объема. У спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой, произвольная МВЛ увеличилась за счет хронотропного компонента, так как достоверно после курса ПМ увеличилась ЧД с $41,6 \pm 1,2$ до $49,6 \pm 1,6$ в мин. ЧД и ДО при произвольной МВЛ у спортсменов, занимающихся футболом, достоверно не изменялись.

Таким образом, максимальная вентиляционная способность аппарата дыхания под влиянием курса паравертебральной миорелаксации в водной среде активизируется у спортсменов занимающихся греко-римской борьбой – за счет силового и тяжелой атлетикой – за счет частотного компонентов.

УДК: 615.8: 616.379-008.64-08

© Матвеев О.Б., Мороз Г.А., Васильева В.В., Бобрик Ю.В., 2013

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОПЛАНШЕТНОЙ ТЕРАПИИ И НАРУЖНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Матвеев О.Б., Мороз Г.А., Васильева В.В., Бобрик Ю.В.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.П. Георгиевского»

Целью исследования явилось научное обоснование эффективности комплексного использования гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии в восстановительном лечении больных с ангиопатиями нижних конечностей при сахарном диабете 2-го типа.

Было обследовано 61 больных сахарным диабетом типа 2 с ангиопатиями нижних конечностей в возрасте 42-65 лет обоего пола, которые были распределены на 2 группы: контрольную (28 чел.) – составляли больные, получавшие традиционное лечение и основную (33 чел.) – больные, получавшие гидропланшетную терапию и наружную озонотерапию на фоне

сахароснижающих препаратов и соответствующей диеты и физических упражнений. Клиническое исследование включало анализ анамнестических данных и жалоб, а также комплекс лабораторно-биохимических методов, позволяющих оценить состояние углеводного и липидного обменов (уровень гликемии, гликозилированного гемоглобина, инсулинорезистентности, суммарных триглицеридов, холестерина).

Установлено, что комплексное использование гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии у больных приводит к достоверному улучшению показателей углеводного и липидного обмена, сокращению жалоб, состав-

ляющих симптомокомплекс сосудистых осложнений при сахарном диабете. Комплекс гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии следует рассматривать как перспективный и

эффективный метод физической реабилитации и профилактики микроциркуляторных расстройств у больных сахарным диабетом.

УДК: 616.12: 796.071

© Меженская Н.В., Ступченко С.И., 2013

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛОЙ АНОМАЛИИ СЕРДЦА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ Меженская Н.В., Ступченко С.И.

Луганский областной врачебно-физкультурный диспансер

Введение: Аномальные (добавочные) хорды в полости левого желудочка – одно из многочисленных проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани. Проблема малых аномалий сердца вызывает широкий интерес в связи с достаточно большим распространением в популяции и осложнениями, которые не всегда удается прогнозировать. Уровень развития современных диагностических технологий позволяет выявлять данное проявление ДСТ, что является актуальным для спорта больших достижений.

Материал и методика исследования: Обследовано 37 спортсменов-футболистов (команда 1-я лига) мужчин. Средний возраст $24 \pm 7,9$ лет; спортивная квалификация: от 1-го взрослого разряда до мастера спорта; вес $78 \pm 9,43$ кг, продолжительность занятия спортом: $10 \pm 5,3$ года.

В основу обследования в качестве скрининга было положено электрокардиографическое исследование, двумерная эхокардиография (ЭХОкг)

Электрокардиограмма регистрировалась в общепринятых 12-ти отведениях на аппарате «Юкард-200». Эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате «Mindray-DC 6» +PW, +CW (доплеровское исследование кровотока). Фракция выброса определялась по методу Симпсона, Тейхольца; определялся трансмитральный, транстрикуспидальный кровоток, потоки в выходных трактах правого и левого желудочков. Цифровые данные обрабатывались методами вариационной статистики.

Результаты исследования: В проведенном исследовании у 16 (43%) испытуемых при ЭХОкг

в полости левого желудочка были выявлены аномальные (добавочные) хорды: у 5 – верхушечные, у 1 – поперечная, у 10 – продольные хорды, у 2 – мышечная трабекула дополнительная в области верхушки левого желудочка. Выявленные хорды не оказывали влияния на гемодинамические показатели ССС – нарушений диастолической функции левого желудочка выявлено не было: определялся трансмитральный диастолический поток в раннюю и позднюю диастолу (VE 0, $76 \pm 0,15$ м/с, VA $0,43 \pm 0,07$ м/с. VE/A $1,83 \pm 0,4$ DT 176 ± 9 ms, фракция выброса $64 \pm 7\%$ МЖП $1,2 \pm 0,23$ см, ЗСЛЖ $1,1 \pm 0,2$ см.

При регистрации ЭКГ у 2-х (5,4%) испытуемых – синдром преждевременной реполяризации желудочков, у 4-х (10%) – ускоренный синусовый ритм (82 – 88 уд/мин) у 8-ми (21%) – нарушение процессов поздней реполяризации в области передневерхушечной стенки левого желудочка.

Выводы: Распространенность такого проявления дисфункции соединительной ткани, как добавочная хорда в полости левого желудочка, достигает высоких цифр (43%) у спортсменов-футболистов. Клинических проявлений, субъективных жалоб зарегистрировано не было, что требует проведение динамического наблюдения (после сборов, игр). В перспективе дальнейших исследований, целесообразно проследить за гемодинамическими показателями ССС (после интенсивной нагрузки), для исключения развития дезадаптации к высоким физическим нагрузкам на фоне ДСТ – дополнительных хорд левого желудочка.

УДК: 613: 796.42: 616.831-084

© Пономарев В.А., 2013

ДОЗИРОВАННОЕ ЗАКАЛИВАНИЕ И КРОССОВЫЙ БЕГ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННЕЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ Пономарев В.А.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.П. Георгиевского»

Изучены непосредственные и отдаленные результаты дозированного использования средств физиче-

ской культуры в комплексе курортно-клинического лечения на южном берегу Крыма 128 больных моло-