

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ - 2020

*XX ЮВІЛЕЙНА МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ,
ПРИСВЯЧЕНА 120-річчю ОНМедУ
24-25 вересня 2020 року*

Матеріали конференції

Одеса 2020

УДК 613.4 (043.3) + 61:796 (043.2)

Головний редактор: завідувачка кафедрою фізичної реабілітації спортивної медицини, фізичного виховання і валеології д.мед.н., проф. О.Г. Юшковська

Секретаріат: к.мед. н., доцент О.Л. Плакіда
асистент О.В. Філоненко
В.В. Радаєва

С 89 Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2020 / XX ювілейна міжнародна науково-практична конференція, присвячена 120-річчю ОНМедУ. Одеса, 24-25 вересня 2020 року / Матеріали конференції. – Одеса: ПОЛІГРАФ, 2020 – 182 с.

У збірці містяться матеріали XX ювілейної міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 120-річчю ОНМедУ «Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2020».

Висвітлюються питання наукових досліджень провідних фахівців у галузі спортивної медицини, фізичної реабілітації, валеології, фізичного виховання і практичної охорони здоров'я. Наведено результати використання нових діагностичних та лікувальних технологій у повсякденній роботі, а також досягнення фундаментальних досліджень.

Всі тези друкуються в авторській редакції

Підписано до друку: 30.09.2020 р. Формат 60х84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умовн.-друк. арк. 9,53. Наклад 300 прим.

Видавництво «ПОЛІГРАФ»
Свідцтво: серія ДК № 6977 від 14.11.2019 р.
вул. Польська, 9/13, Одеса, 65014

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ГРАВЦІВ В ХОКЕЙ З ШАЙБОЮ ВНАСЛІДОК ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОГО ТРАВМАТИЗМУ

¹Секретний В.А., ²Неханевич О.Б.

¹Державна установа «Український медичний центр спортивної медицини
МОЗ України», м. Київ

²Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства
охорони здоров'я України», м. Дніпро

Вступ. За даними статистики Міжнародної федерації хокею з шайбою (ІНФ), 10% усіх отриманих травм під час Чемпіонатів світу та Олімпійських ігор чоловічих та жіночих збірних команд були струси головного мозку у спорті (СМС) – 160 випадків за 3293 гри. За визначенням 5-ї Міжнародної конференції по струсам у спорті (Берлін, 2016) визначенням СМС є травма головного мозку (ГМ), яка може бути викликана прямим ударом в голову або непрямим (у інші частини тіла, що імпульсно передається у голову), що зазвичай призводить до швидкого та короткочасного порушення неврологічної функції, що поступово регресують, але, інколи можуть мати тривалий та стійкий характер. Відповідно, велика кількість гравців у хокеї зазнають травматичних пошкоджень голови, що призводять до СМС під час ігрової кар'єри, що є нижчими за поріг клінічного діагностованого струсу. Такі СМС, у більшості випадків, залишаються поза увагою хокеїстів та медичного персоналу команд, або взагалі приховуються спортсменами через необізнаність про можливі наслідки та за з метою досягнення спортивного результату будь-якою ціною.

Ще в 1920-х роках був описаний клінічний синдром «*dementia pugilistica*», що клінічно проявлявся у боксерів внаслідок повторних ударів у голову, у вигляді розгубленості, уповільнення рухів, тремору, проблем з мовою та ін. У 1950-х неврологом Крітчі був використаний термін хронічна травматична енцефалопатія (ХТЕ). Але справжній резонанс у спортивній науці розпочався після виходу робіт нейропатолога Омалу в 2005 та 2006 роках, в яких він описав випадки суїциду у гравців в американський футбол внаслідок розвитку у них ХТЕ, що були підтверджені аутопсією. ХТЕ є прогресуючим нейродегенеративним станом, що охоплює комплекс рухових, психологічних та когнітивних симптомів, що спричинені одною або повторюваною травмою ГМ. Згідно консенсусу Національного інституту неврологічних розладів та інсульту та Національного інституту біомедичної візуалізації та біоінженерії остаточний у діагноз ХТЕ можна поставити лише при розтині (США, 2015). Відповідно до вищезазначеного, діагностика кумулятивних наслідків СМС є вкрай важливою.

Ще у 1980-х хокеїстам почали проводити нейрокогнітивні тести, у яких порівнювали вихідні дані та дані тестування після СМС. На сьогоднішній день нейрокогнітивні тести використовуються у приблизно 30% університетів та 40% вузів спортивної медицини світу.

Мета дослідження. Встановити віддалені когнітивні наслідки СМС у хокеїстів.

Об'єкт і методи дослідження. Ретроспективно нами було проведено когнітивне тестування 20 хокеїстів (17 чоловіків та 3 жінок), які закінчили ігрову кар'єру. Всі спортсмени були призерами Чемпіонату України з хокею з шайбою та членами збірних команд України. Середній вік складав $34 \pm 9,4$ років. Спортсмени були розподілені на вікові групи: 18-28 років, 29-38 років, 39 та старше. В анамнезі у всіх хокеїстів був як мінімум один діагностований СМС (7 спортсменів мали 1 СМС, 2 СМС – 3 спортсмени, 3 СМС – 6 спортсменів, 4 та більше СМС – 4 спортсмени). Усі СМС були отримані спортсменами під час тренувань та змагань з хокею з шайбою. Під час ігрової кар'єри усі хокеїсти знаходились на диспансерному обліку в закладах Системи надання лікарсько-фізкультурної допомоги в Україні та згідно даних поглиблених медичних оглядів не мали супутніх неврологічних захворювань. Усіма спортсменами, які брали участь у цьому дослідженні, була надана письмова інформована згода.

Спортсменам було проведено тестування, що включало: паспортну частину, спортивний анамнез, анамнез СМС, коротку шкалу психологічного статусу MMSE та тест «малювання годинника». На сьогоднішній день MMSE є одною з найбільш вживаних шкал при оцінці когнітивних порушень. Спортсмени послідовно дали відповіді на 10 питань, що дають оцінку в орієнтації в часі та місці, увазі, сприйнятті, концентрації уваги, пам'яті та мовленні. Максимальна оцінка за тест MMSE - 30 балів, що відповідає високим когнітивним можливостям. Із зменшенням кількості балів за тестування, збільшується вираженість порушення пам'яті та інтелектуальних здібностей (29-25 балів - легкі чи помірні порушення когнітивних функцій; 24 бали та нижче - наявність у пацієнта виражених когнітивних порушень). Тест «малювання годинника» також має доведену високу ефективність оцінки когнітивних порушень. Пацієнт малює на аркуші паперу годинник з цифрами на циферблаті, де годинникові стрілки показують без п'ятнадцяти два. Для оцінки нами була використана 10 бальна методика Руло. Максимальна кількість балів за тест «малювання годинника» – 10.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювали за допомогою пакету ліцензійного програмного забезпечення STATISTICA. Вид розподілу показників оцінювали за допомогою W-критерію Шапіро-Уїлка, достовірність відмінностей між показниками з урахуванням типу розподілу за допомогою t-критерію Стюдента, U-критерію Манна-Уїтні та критерію хі-квадрат Пірсона, вплив факторів, що досліджувались, на групи обстеження оцінювали з допомогою дисперсійного аналізу ANOVA/MANOVA, а для дослідження рівня кореляції застосовували r-критерій Пірсона. Пороговим рівнем статистичної значимості отриманих результатів було взято $p < 0,05$. Результати подані у вигляді M(SD) для кількісних показників, та у відсотках – для якісних показників.

Результати. За даними тестування 2 спортсмени (10%) показали максимальний результат в 30 балів за тестуванням MMSE, інші – 18 (90%) мали

показник в діапазоні 26-29, що свідчить про наявність у них когнітивних порушень легкого та помірного ступеню. Всі помилки, допущені спортсменами були у питаннях, що характеризували увагу та (або) пам'ять. У тесті «малювання годинника» 4 (20%) спортсмена показали максимальний результат в 10 балів у решта (80%) показник в 9 балів, що відповідає легким когнітивним порушенням.

Розподіл спортсменів на групи в залежності від кількості СМС, отриманих за ігрову кар'єру, показав статистично значиме зниження величини показника тесту MMSE при збільшенні СМС більше за 1 протягом спортивної кар'єри : в групі з 1 СМС величина MMSE складала 28,7 (1,4) балів, натомість в групі з 2 та більше СМС вона дорівнювала 27,1 (1,2) балів ($p<0,05$).

Статистично значимі відмінності показав аналіз показника тесту MMSE в залежності від ігрового амплуа : у воротарів - 26,6 (1,15) балів, у нападників – 27,8 (1,53) балів, у захисників – 28,2 (1,83) балів ($p<0,05$).

Також вираженість наслідків перенесених в анамнезі СМС мав фактор госпіталізації гравців після СМС : в групі осіб з госпіталізацією MMSE складав 27,4 (1,39) балів, без госпіталізації – 27,9 (1,7) балів.

Аналіз зв'язку між віковими групами та характером когнітивних порушень не виявив статистично значимих даних, що говорить про відсутність взаємозв'язку між віком та вираженістю порушень когнітивних функцій.

Між показниками кількості струсів ГМ та показником тесту MMSE виявлений статистично значимий, середньої сили зворотній зв'язок ($n=20$, коефіцієнт кореляції $r_s = -0,40$; $p<0,05$), що говорить про те, що чим більша кількість СМС, тим більше виражені когнітивні порушення.

Висновки. Наше дослідження вказує на зв'язок між когнітивними порушеннями у гравців в хокей та характером СМС, які вони отримали під час ігрової кар'єри (кількість та ступінь важкості СМС). Тому вважаємо актуальним питання розробки діагностичного алгоритму дослідження когнітивних функцій у гравців у хокей з шайбою та його обов'язкового включення до діагностичної програми оцінки спортсмена із СМС в анамнезі.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗІТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВЕРТЕБРОГЕННИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Семененко О.В. Середовська В.Ю.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність: Біль у спині, або дорсопатія, пов'язана з дегенеративними захворюваннями хребта, діагностується протягом життя у 80% населення, а до старості майже всі жителі планети відчувають її. Більш того, в літньому віці вона має чітку тенденцію до хронізації і більш часті повторні епізоди. Дорсопатія залишається провідною причиною звернення за медичною допомогою, знижує якість життя хворих. Сучасні дані про патогенез розвитку больового синдрому в області спини і дегенеративно-дистрофічних змінах