

Дотримуючись цих маленьких «хитрощів», правильно харчуючись, вживаючи достатню кількість вітамінів можна з впевненістю зустріти старість усмішкою власних зубів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лукиных Л. М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. - М.: Медицинская книга - 2003 - 196с.
2. Практическая терапевтическая стоматология: Учебн. пособ. /А.И. Николаев, Л.М.
3. Цепов - 5-е изд. - М: МЕДпресс - информ, 2006. - 548с.
4. Боровский Е. В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина. - 1991. 304с.

І.В. КАМІНСЬКА

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СПОРТСМЕНІВ ТА ЗАХОДИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

У статті аналізуються питання фактора ризику серцево- судинних захворювань у спортсменів та заходи первинної і вторинної профілактики даної патології.

В статье анализируются вопросы фактора риска сердечно- сосудистых заболеваний у спортсменов, а также первичная и вторичная профилактика данной патологии.

The questions of sportsmen heart diseases and prophylactic methods of this pathology are analysed in the article.

Актуальність. За даними сучасних джерел [1,2,3,4], спортивні турніри тепер уже перетворилися на змагання фірм-виробників спортивної амуніції та фармакологічних концернів. Власне вживання допінгу вважають не тільки основною причиною спортивних здобутків, але й підірваного здоров'я спортсменів [2,5]. Всього близько 13% випадків смерті від усіх причин стаються раптово, причому 88% з них зумовлені синдромом раптової серцевої смерті (РСС). У дослідженні травм і смертей в спорті в Австралії приводиться статистика за два роки (з липня 2001 по червень 2003), де загальний показник смерті склав 0,8 випадку в рік на 100 000 спортсменів. Причому для чоловіків він значно вищий (1,5 випадку в рік), ніж у жінок (0,1 випадку). В оглядовій статті Hillis W.S. і співавт. [5,6] приводять схожі цифри - 2 випадки в рік на 100 000 спортсменів. Причому в більшості випадків причиною смерті є проблеми з серцем.

У спортсменів, в більшості випадків, спостерігається одна етіологія - порушення адаптації серця до фізичних та емоційних перевантажень, перенапруга. Час від часу з'являються повідомлення про випадки РСС відомих спортсменів [1,3].

З цього випливає важливий для спортивної кардіології висновок: сучасний рівень спортивних досягнень диктує необхідність виконання такого об'єму та інтенсивності фізичних навантажень, які для спортсмена з генетично "необдарованим" серцем можуть виявитися надмірними [3,4,6].

Але тільки фізичні перевантаження мають стресовий вплив на серце, особливо коли справа йде про заняття спортом. Зокрема необхідно виділити нарівні з фізичним і психоемоційний компонент стресу [1,3], причому в багатьох видах спорту вклад останнього в розвиток патологічного процесу може виявитись суттєво вищим, ніж надмірність фізичних навантажень.

Виклад основного матеріалу. На сьогоднішній день розглядають внутрішні та зовнішні фактори ризику розвитку дистрофії міокарда фізичного перевантаження (ДМФП), серед внутрішніх в першу чергу виділяють генетичний фактор.

Дані про генетичну детермінованість ДМФП були отримані в дослідженнях багатьох науковців [1,4]. Цікаво, що спадкова обтяженість по ІХС, також має певний вплив в розвитку дистрофії міокарда у спортсменів [1,4]. Ці дані свідчать про необхідність детального лікарського обстеження на етапі відбору осіб, які мають підвищений ризик розвитку патологічного спортивного серця і раптової смерті. Дослідженнями ряду науковців [1,2,3,4] було вказано, що генетичними маркерами підвищеної небезпеки розвитку ДМФП у спортсменів вважається III (B) і II (A) групи крові і перелік дерматологічних ознак (підвищена кількість завитків, загального гребеневого рахунку, а також зниження петельних дугових дерматогліфів).

Іншим фактором ризику, внутрішньою причиною, вважається особистий профіль спортсмена, а саме психологічні особливості особистості і, в першу чергу, високий рівень особистої тривожності і

нервово-психологічних зривів, які суттєво впливають на розвиток порушеної адаптації серця до спортивних тренувань [1,3,5].

Крім спадкових факторів в розвитку ДМФП значну роль можуть відіграти фактори навколишнього середовища, з тою чи іншою ступінню вираженості, яка проявляється в різних періодах спортивної підготовки. Це широко поширюється серед спортсменів з порушеним режимом харчування, який веде до дефіциту вітамінів і мікроелементів, при скиданні ваги, тренуваннях, несприятливих умовах навколишнього середовища, порушення водного балансу, споживанні різноманітних фармакологічних препаратів, а часто і допінгів [1,2,6].

Всі ці та багато інших факторів, які впливають на стан спортсменів, відіграють певну роль в розвитку дистрофії міокарда.

Окрім перерахованих, виділяють ще декілька факторів ризику, які збільшують небезпеку розвитку ДМФП:

1) велике (надмірне) змагальне і тренувальне навантаження у добре підготовленого спортсмена;

2) велике за об'ємом та інтенсивністю фізичне навантаження, яке виконує непідготовлений організм;

3) велике за об'ємом та інтенсивністю фізичне навантаження, яке співставляється з напруженою роботою або навчанням;

4) велике за об'ємом та інтенсивністю фізичне навантаження, яке виконується під час або після якого-небудь захворювання;

Багаторазові дослідження свідчать про те, що зі всіх фізичних якостей найбільшу небезпеку, з точки зору розвитку ДМФП, мають тренування на витривалість. Саме при тренуванні витривалості створюються умови для довготривалої гіперфункції серця, близької до гіперфункції при деяких патологічних станах. Ця умова і сприяє розвитку патологічної гіпертрофії та дистрофії міокарда [1,3,4].

Фактори ризику та профілактика патології серцево-судинної системи (ССС) у спортсменів.

Первинна профілактика захворювань ССС у спортсменів повинна базуватися на таких аспектах [3,4,5]:

- ретельному відборі та діагностичному скринінгу дітей на етапі мотивації вибору спрямованості тренувального процесу;

- індивідуалізації і постійній корекції режиму тренувальних навантажень;

- скринінгу за допомогою реєстрації 12-канальної електрокардіограми (ЕКГ), вимірюванні артеріального тиску в динаміці до і після тренувань;

- виявленні та обов'язковій санатії вогнищ хронічної інфекції;

- поглибленому медичному обстеженні спортсменів 2 рази на рік з метою раннього виявлення і попередження захворювань ССС;

- індивідуалізації фармакологічних карт;

- боротьбі з використанням допінг препаратів;

- усуненні атлетів із захворюваннями ССС, зі змінами ЕКГ у вигляді порушень ритму, провідності, реполяризації від змагально-тренувального процесу і обов'язкове їхнє обстеження та лікування.

Профілактика раптової смерті (РС) у спортсменів полягає у ранньому виявленні та усуненні захворювань ССС, які підвищують схильність до РС, та негайній й ефективній реанімації у випадках РС у спортсменів. Скринінг асимптомних спортсменів перед відповідальними змаганнями за допомогою реєстрації 12-канальної ЕКГ у стані спокою та з максимальним фізичним навантаженням (ФН), *доплер-ехокардіографії* дозволяють значно знизити ризик РС. Беручи до уваги, що механізм РС у спортсменів найчастіше аритмічний (фібриляція шлуночків, асистолія), спортивний персонал повинен володіти прийомами серцево-легеневої реанімації, при цьому дефібрилятор повинен бути обов'язковим приладдям при проведенні спортивних змагань.

Під час поглибленого медичного обстеження з метою профілактики РС на першому етапі обов'язковим є кардіологічне обстеження спортсменів: збір анамнезу життя (виявлення факторів ризику РС), сімейного анамнезу (випадки РС, синдром подовженого QT та ін. у родичів), ретельний фізикальний огляд (аускультатія, вимірювання тиску на верхніх та нижніх кінцівках), 12-канальна ЕКГ у стані спокою й з недозованим фізичним навантаженням (ФН). Наявність симптомів, які асоційовані з РС, а також зміни ЕКГ (зубців Р, Т, комплексу QRS, сегмента ST, інтервалу QT є беззаперечним показанням для подальшого обстеження і усунення спортсменів від тренувально-змагального процесу.

На другому етапі обстеження необхідно виконати двовимірну доплер-ехокардіографію; навантажувальне тестування з максимальним ФН (ВЕМ, тредміл); тести на ревматичну активність й вірусні інфекції; добове холтеровське моніторування ЕКГ з періодом інтенсивного ФН (обов'язковий діагностичний метод при аритміях серця). Якщо є підозри на специфічну хворобу серця на заключному третьому етапі обстеження, доцільно проведення магніто-резонансного дослідження серця, ендоміокардіальної біопсії, а з метою більш чіткої візуалізації структурної патології серця — трансезофагальної ехокардіографії; при шлуночкової аритмії та додаткових шляхах проведення — трансезофагальної передсердної електрокардіостимуляції і/або ендокардіального електрофізіологічного дослідження; дослідження пізніх потенціалів шлуночків; антидопінгових тестів; при диференційній діагностиці ранньої коронарної хвороби й порушень процесів реполяризації міокарда — ізотопної сцинтиграфії у стані спокою та при ФН, стрес-ехокардіографії, катетеризації серця і коронарографії. На жаль, в Україні немає національної стратегії профілактики РС у спортсменів, рекомендацій для допуску і лікування спортсменів із захворюваннями ССС.

Висновки: Найактуальнішою проблемою РС є раннє виявлення структурної патології ССС та прогнозування загрозливих аритмій. Забезпечення профілактики РС, на нашу думку, можливе за умови створення реєстру і статистичної бази даних поширеності і патоморфологічної верифікації випадків РС у спортсменів в Україні, уніфікованих протоколів обов'язкового обстеження спортсменів, а також проведення рандомізованих наукових досліджень у галузі спортивної кардіології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Граевская Н.Д. Спортивная медицина. Ч.1 / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова.- М.: Сов. Спорт, 2004. - С. 191- 206.
2. Макарова Г.А Спортивная медицина: Учебник — М.: Советский спорт, 2006. - 254с.
3. Дембо А.Г. Врачебный контроль в спорте. - М.: Медицина, 1988.- С. 108-110.
4. Руксин В.В. Неотложная профилактика сердечно-сосудистых катастроф. СПб.: Невский диалект, 2000. 200 с.
5. <http://www.aptekagal.com.ua/search.php?>
6. http://www.nbu.gov.ua/portal/chem_biol/smed/texts/2007-02/07aglsss.pdf

Л.І. КОТИК

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ РОГАТИНСЬКОГО РАЙОНУ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

В статті проаналізовані соціально-демографічні аспекти функціонування Рогатинського району Івано-Франківської області.

В статье проанализированы социально-демографические аспекты функционирования Рогатинского района Ивано-Франковской области.

Social-demographic aspect development the Rogatynskiy region of Ivano-Frankivsk region opened.

Перші відомості про наявне населення на території Рогатинського району Івано-Франківської області припадають на пізній палеоліт, приблизно 25 тис. років тому. За даними археологів – це були мисливці-кочівники та їх сім'ї, що формували невеликі поселення-стоянки в межах рівнинної частини Івано-Франківщини. Найбільш явні ознаки цих поселень виявлені в межах с. Вербилівці, с. Конюшки, с. Верхня та Нижня Липиця. Проте, сукупна кількість населення всієї території району в даний час не перевищувала 0,3 (0,5) тис. осіб. Така мала заселеність була зумовлена важкими природними умовами проживання (прохолодний клімат, підвищена вологість, залісненість території). Крім того висока смертність і коротка тривалість життя не сприяли кількісному зростанню населення.

Стоянки людей виявлені на території району і в неоліті, приблизно у V тис. до Р. Хр. Саме тоді, як вважають історики й археологи, різко зростає заселеність території, що зумовлена неолітичним демографічним вибухом. Загалом сам процес заселення території в цей час та й до V–VI ст. н.е. має пропульсуючий характер, що полягає у почерговій зміні двох смуг заселення (в бік розширення чи звуження), ядром якого виступає сточище Дністра. У кінці кам'яного віку Рогатинщину заселяли