

Потреби в каві та чаї як джерелі калію немає. Чай, кава, какао – це продукти харчування інших рас.

Тютюн.

Тютюн прийшов до представників білої раси від червоної раси, а наркотик – від представників червоної раси (кокаїн) та жовтої (опіум).

Тютюнопаління пришвидшує хід Біологічного годинника та посилює процес окислення організму. Тютюн належить сектору 6. Основна діюча речовина – нікотин, яка викликає сильний судинозвужувальний ефект. А оскільки універсальне формування хвороб протягом нашого життя супроводжується постійним звуженням судин (артерій, артеріол, капілярів) тютюн є універсальною отрутою старості, який постійно відправляє всіх в могилу.

До сектора 6 належать всі наркотики.

Споживання наркотиків блокує печінку, залишаючи білірубін в крові, який приймає електромагнітні коливання радіохвильового діапазону, а останні формують галюцинаторні образи в мозку людини.

Наркотики, тютюн, алкоголь формують ті ж самі хвороби, що й крохмаль з цукром.

Баня і сауна.

Баня, сауна – це теплові процедури. Баня впливає на організм гарячим паром, а сауна – гарячим повітрям. Це аналоги інфрачервоних променів і відносяться до сектора 5.

Якщо не пити води, то інфрачервоні промені доберуться до жирових депо сектора 7. Баня моделює вологий жаркий клімат Африки, Азії, а сауна – суху жару пустель.

Баня і сауна стимулюють на максимум фільтрації крові нирки, шлунок, інсулярну частину підшлункової залози, матку, простату, статеві залози, кору головного мозку.

Це веде спочатку до збільшення синтезу гема, збільшення виробництва оранжевого та червоного білірубину, а потім зменшення виробництва гему з-за конкурентних відношень між ним і білірубіном.

Окрім печінки, блокада розповсюджується на товстий кишківник, перикард, шкіру, судини, кістки, епіфіз, вимагаючи введення вуглеводів з калієм, але стимулює вивід кальцію та заліза.

Тому треба використовувати баню та сауну часто літом, для підсилення дії інфрачервоних – червоних променів. До негативу треба віднести збільшення білірубину, який токсично впливає на головний мозок. Категорично забороняється вживати пиво, солодощі. Рекомендується вживати овочі, фрукти, ягоди, а перед їжею – стакан простокваші або кислого квасу.

За своє здоров'я кожний відповідає сам.

Чому лікар повинен відповідати на неучтво пацієнта? За спосіб його життя? Чому лікар повинен відповідати за зухвалу пивну та чіпсopolкopноvu пропаганду на ТБ?!

А якщо пред'явити претензії ТБ або пивоварному заводу, то отримаєте формальну відповідь: не хочете – не пийте, а на ТБ додавають: не хочете, не дивіться.

В цьому випадку є тільки один нормальний вихід: кожний відповідає за себе сам.

Інколи справа стосується гарантій, які хоче отримати пацієнт. Цікаво: а які гарантії дають в онкоцентрі? Які гарантії дає ендокринолог з приводу цукрового діабету, чи терапевт при злоякісній терапії?

Гарантувати лише може БОГ. Але до БОГА ніхто не звертається, коли є щастя, а коли його нема – тоді звертаються всі. Але, оскільки Світ створений БОГОМ за законом єдності та боротьби протилежностей, то не звертання до БОГА, коли є щастя, визначає його мовчання, коли прийшла біда.

ЛІТЕРАТУРА

1. В.В. Волков. Медицина бессмертия и 280 лет земной жизни. СПб: Валери СПД, 2002. – 288 с.

Р.М. ПЕЛЕХАТИЙ ТРАВМАТИЗМ У СПОРТІ: НОВИЙ ПОГЛЯД НА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ СПОРТСМЕНІВ

Стаття присвячена аналізу зв'язків стресового стану з виникненням спортивних травм.

Статья посвящена анализу связей стрессового состояния с возникновением спортивных травм.

The connection between the state of stress and sports traumatism has been discussed

Фізична активність є життєво необхідною умовою існування людини. Спорт - це прояв фізичної активності, оскільки він дає можливість спортсмену найповніше реалізувати свій природний потенціал. На нинішньому етапі розвитку суспільства спортивні досягнення, чи не найбільше сприяють створенню позитивного образу держави, суттєво підносячи її світовий престиж. Водночас, сучасний спорт висуває значні вимоги до організму спортсмена, вимагаючи зростаючі не тільки фізичної витривалості, але й психологічної стійкості.

Як відомо, між станом психіки спортсмена та його фізичним станом існує певна залежність. За даними літератури, існує складний взаємозв'язок між психологічними факторами ризику і спортивними травмами. На ризик виникнення травм впливає велика кількість взаємообумовлених факторів – особливості особистості спортсмена, його настроїв, життєвий стрес, спортивний стрес, ступінь тренуваності (зокрема, перетренованість), низький рівень впевненості у своїх силах тощо. У цій сукупності факторів ризику виникнення травм особливе місце належить стресу.

У теоретичній моделі взаємозв'язку стресу та різних психосоціальних передвісників спортивної травми, яку запропонували у 1988 р. Андерсон та Вільямс, центральною ланкою є реакція людини на стрес із взаємовпливаючими один на один когнітивними, афективними, фізіологічними та поведінковими компонентами. Встановлено, що підвищений рівень стресу знижує імунологічну реактивність організму, призводить до зменшення його опірності, погіршує здатність боротися з інфекціями, знижує енергетичні можливості організму (аж до граничного вичерпання).

Реакція організму на стрес характеризується різноманітними психологічними та фізіологічними проявами. Окрім вегетативних та ендокринних змін, стрес впливає на думки, відчуття та почуття людини. Страхи, стурбованість, тривога прискорюють такі фізіологічні зміни, як збільшення загального м'язового напруження, поглиблюють біхевіоральну ригідність і рівень фізичної втоми, зменшують здатність до засвоєння нових рухових дій та досконалої корекції рухового стереотипу, порушують тонку рухову координацію і плавність рухів - виникає регіонарний м'язовий гіпертонус з формуванням так званих міогенних тригерних пунктів, наступним утворенням функціональних блоків у рухових сегментах хребта і кінцівок що, в кінцевому результаті, ще більше порушує координацію та призводить до травмування спортсменів.

Водночас, автономні, фізіологічні та соматичні реакції людини, за принципом зворотнього зв'язку, можуть реципрокно впливати на думки, почуття, аналітичні спроможності та увагу спортсмена. Негативні думки та відчуття, обумовлені стресом, порушують здатність концентрувати увагу: у міру посилення стресу відбувається звуження візуального поля, що збільшує ймовірність травматизації.

Ключовим механізмом, який є основою підвищеного ризику травматизації спортсмена, є "чутливість" реагування на стрес. Це обумовлює взаємозв'язок між стресом та травмою, який схематично можна відобразити у наступній послідовності:

Стрес → емоційний м'язовий гіпертонус → порушення тонкої координації рухів → підвищення рівня "робочої" травматизації → зміна звичного рухового стереотипу → одержання вторинних травм → поглиблення рівня стресу та посилення м'язового гіпертонусу → формування такого патофізіологічного хибного кола з болючими хронічними локальними м'язово-фіброзними набльненнями та функціональними блоками суглобово-м'язових рухових сегментів хребта і кінцівок

Узагальнюючи, можна стверджувати, що основу взаємозв'язку між стресом та травмою становлять порушення уваги, обумовлені негативними думками, які виникають у зв'язку із стурбованістю з приводу стресових ситуацій та збільшення загального м'язового тону.

Різнманітні психосоціальні стресори, особистісні характеристики спортсмена (рівні тривожності та самооцінки тощо), загальні методи боротьби зі стресом (відпочинок, соціальна підтримка та ін.) можуть підвищувати або знижувати реакцію на стрес і, тим самим, впливати на ймовірність виникнення травми. Разом з тим, стрес є невід'ємною складовою професійного життя спортсмена - спортсмени постійно перебувають під впливом стресу як на змаганнях, так і під час тренувань. Це робить їх дуже вразливими щодо підвищення рівня захворюваності та збільшення травматизації.

Сам факт травмування для багатьох спортсменів є стресовою ситуацією, яка, зазвичай, має сильний негативний психоемоційний вплив на спортсмена, оскільки ставить під сумнів його здатність працювати з повною віддачею, реалізувати поставлену мету тощо. Хоча, найчастіше, травми у спорті мають незначний або середній ступінь важкості, інтенсивні тренувальні заняття самі

по собі спричиняють величезний вплив на спортсмена як з психологічної, так із психосоціальної точок зору. Відомо, що мобілізація фізичних спроможностей людини в першу чергу залежить саме від її психоемоційного стану. Нажаль, на це увага практично не звертається або звертається без належного кваліфікованого підходу. Тому спеціалісти-медики, які працюють з травмованими спортсменами, повинні роз'яснювати спортсменам не тільки причину травми, але й мету та етапи процесу реабілітації, подальші спортивні перспективи. Окрім того, вкрай доцільним є відповідне психологічне втручання, метою якого повинна бути допомога спортсменам у подоланні фізичного болю і фрустрації, які часто виникають після травми і тривають протягом усього процесу реабілітації. Саме тому, особлива увага повинна приділятися таким особистісним характеристикам спортсмена, як тривожність, рівень самооцінки, рівень досягнень, мотивація та ін., котрі взаємодіють із стресовими подіями в його житті та впливають на наслідки травми.

Отже, психологічні та психосоціальні фактори мають суттєвий вплив на виникнення спортивних травм. Це призводить до того, що останнім часом спостерігається тенденція до ширшого залучення психотерапевтів до роботи зі спортсменами. Травми опорно-рухового апарату зазвичай супроводжуються хронічними стійкими м'язово-рефлекторними больовими синдромами, спричиненими фіброміалгіями, які можуть ускладнюватись ішемічними невротіями, вертеброгенними дископатіями тощо. Водночас, будь-які больові синдроми закономірно спричиняють виникнення психологічних проблем (роздратування, підвищена збудливість, в'ялість, апатія), утруднюють концентрацію уваги спортсмена та викликають труднощі в реалізації його цілеспрямованої діяльності. У сукупності це обумовлює необхідність проведення психофізичної реабілітації спортсмена, основними напрямками якої є робота по дезактуалізації стреса та усунення проявів вертеброневрологічної патології, які повинні бути безпосередньо пов'язаними у єдиний реабілітаційний ланцюг з фізіотерапевтичним відділенням, кабінетами ЛФК та масажу.

При такому підході до реабілітації, завдяки психотерапевтичному напрямку роботи буде здійснена допомога спортсменам у подоланні стресу і емоційного м'язового напруження, що призводить до порушення досконалого виконання тонкокоординованих рухів та наступної травматизації. Водночас, вертеброневрологічний напрямок допомоги сприятиме реалізації лікувального впливу на хронічні локальні болючі м'язово-фіброзні ущільнення та функціональні блоки рухових суглобово-м'язових сегментів, які призводять до певних координаторних порушень і, як наслідок, до повторної травматизації та змін рухового стереотипу зі зниженням спортивних досягнень, стійких м'язово-фасціальних болей, дискогенних радикулопатій, ішемічних невротіями та ін., прискорення розвитку остеохондрозу, проявів синдрому вертебробазиллярної недостатності тощо з наступною медичною дискваліфікацією спортсмена.

Таким чином, логічним висновком усього вищенаведеного мусить бути пропозиція щодо доцільності найскорішого введення в структуру обласних спортивних фізкультурно-лікувальних диспансерів спеціалістів з вертеброневрології і проблем стресу, які, комплексно застосовуючи методи психотерапії, могли б ефективно працювати в галузі медичної реабілітації спортсменів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Иваничев Г.А. Мануальная медицина (мануальная терапия)/ Учебное пособие.- М.: ООО "МЕДпресс", 1998 – 470 с.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия.- М.: Медицина, 1985.- 304 с.
3. Левит К. Мануальная терапия в рамках врачебной реабилитации: Пер. с чешск.- Винница. Винницкий государственный медицинский университет, 1997.- 440 с.
4. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова.- 2-е изд., доп. и перераб.- Т.: Медицина, 1979.- 620 с.
5. Спортивная медицина. Практические рекомендации /Под ред. Р.Джексона: Пер. с англ.- К.: Олимпийская литература.- 2003, 383 с.
6. Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения /Под общ. ред. П.А.Ф.Х.Ренстрёма: Пер. с англ.- К.: Олимпийская литература.- 2002, 378с.
7. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли / Руководство в 2-х томах: Пер. с англ.- М.: Медицина, 1989, 605 с.