

ПРИКЛАДНА КІНЕЗІОЛОГІЯ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ

Кононенко Н.М.

Національний фармацевтичний університет,
м. Харків, Україна, kononenkonn76@gmail.com

Вступ. Провідним патогенетичним механізмом будь-яких дисфункцій є стрес. Механічний (підйом і перенос ваги, ривкові рухи, падіння), хімічний (наявність інфекції, інтоксикації різного генезу), емоційний (події, супроводжувані надмірністю пережитої емоції страху, гніву, суму та ін.) Розлад здоров'я звичайно пов'язаний не стільки з патоморфологічними змінами, скільки з порушеннями функції нормальних або не ушкоджених при органічній патології тканин і систем. Цей факт робить обґрунтованим вплив методами прикладної кінезіології при будь-якому захворюванні, тому що усунення дисфункції при органічній патології сприяє ремісії й поліпшенню загального стану людини. Клінічні прояви неспецифічних полісистемних синдромів, які мають ознаки неадекватності реакції нервової, гуморально-гормональної й канално-меридианальної систем на вплив зовнішніх і внутрішніх факторів, в першу чергу позначаються на порушенні трофічного забезпечення кісткових м'язів (або інгібуючого впливу патологічно активних міжсистемних рефлексів). Клінічно проявляється це порушеннями функції м'язово-кісткової системи: формування тонусно-силового дисбалансу постуральних і фазичних м'язів (гіпотонія й гіпозбудженість одних і гіпертонус і гіперзбудженість — інших), що провокуються впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, таких як: підтримування вертикальної пози; ходьба і таке інше, нахил тулуба вперед і таке інше.

Мета. Аргументувати доцільність запровадження методів прикладної кінезіології у комплекс фізичної реабілітації спортсменів різних категорій у межах фізкультурно-оздоровчої діяльності як невід'ємну частину та показати їх доступність.

Результати та їх обговорення. Прикладна кінезіологія дозволяє оцінити здатність нервової системи в умовах навантаження адекватно відповідати на фізичні, хімічні, емоційні впливи, а отже, дозволяє проаналізувати, як організм атлета адаптований до тренувально-змагальної діяльності. Вона полягає на методах діагностики оцінки активності рефлексів – здатності окремих м'язів підвищувати (чи знижувати) свій тонус під час заданої дії (мануальне м'язове тестування).

Ці методи засновані на розроблених у 1946 р. професором Н. А. Бернштейном законах нейрофізіології м'язових скорочень, у яких він виявив два види: свідомі (фізичні) та підсвідомі (тонічні, контрольовані пропри- та інтерорецепторами). Важливо відзначити, що реабілітолог оцінює коректність роботи нервової системи без застосування дорогої апаратури та спеціальних пристроїв, перевіряючи вручну здатність м'язів спортсмена адаптуватися до зовнішніх впливів. Наприклад, відсутність необхідного м'язового тону одного м'яза під час виконання певних дій (динамічних або статичних) неминуче призводить до компенсаторного включення в роботу інших м'язів – синергістів та м'язів віддалених зон опорно-рухового апарату. Це додаткова компенсаторна робота може призвести до перевантаження і, відповідно, спастичі деяких із них. Отже, недостатньо працювати тільки зі спазмованим м'язом, а слід шукати першопричину спазму. Нерідко дисфункції структурного характеру можуть провокуватись біохімічними порушеннями або змінами емоційного фону. У тому й іншому випадку методи діагностики та підбору реабілітації за допомогою прикладної кінезіології є дуже ефективними, оскільки саме за допомогою коригування роботи нервової системи здійснюється комплексний підхід до проблеми, це дозволяє не тільки усунути причину порушень, але й розкрити внутрішній потенціал спортсмена. Тобто вирішується важливе для реабілітологів завдання максимально можливого розвитку життєздатності людини, її тілеснорухових та психічних потенцій, відпущених природою.

Алгоритм застосування методів прикладної кінезіології:

1. Діагностика – кінезіологічні тести, спрямовані на пошук слабких ланок м'язово-скелетної системи та першопричини тонуно-силового дисбалансу.

2. Корекція – кінезіологічні тести, спрямовані на пошук причини неправильної роботи м'яза з подальшим мануально-м'язовим тестуванням, завдяки якому підбираються методи фізичної реабілітації, що відновлюють правильний тонус м'яза.

3. Реабілітація – кінезіологічні тести, спрямовані на перевірку включення тих м'язів, які беруть участь у відновленні під час перенавчання рухового стереотипу за допомогою фізичної реабілітації.

Найбільш слабкі ланки м'язової іннервації, виявлені засобами кінезіологічних тестів у атлетів деяких видів спорту: у фігуристів, хокеїстів, лижників з-за фіксації гомілкостопа не використовуються активно м'язи стопи, внаслідок чого нерідко спостерігається зниження активності рефлексів руху цих м'язів і нестабільність склепіння стопи, що призводить до розвитку нестабільності також тазового, грудного та шийного регіонів через патологічну активність вертикальних м'язово-фасціальних ланцюгів.

Для легкоатлетів, борців-вільників, дзюдоїстів та боксерів властива ізольована нестабільність шийного відділу, порушення біомеханіки черепа та дисфункція неврологічної іннервації.

Також в результаті травми грудної клітки (часто у боксерів) або запального процесу можлива фіксація внутрішніх органів і, як наслідок, обмеження глибини вдиху, зниження сили м'язового скорочення м'язів плечового пояса, а отже, послаблення сили удару.

У велосипедистів через те, що при їзді на велосипеді гіпотонічні великі сідничні м'язи часто спостерігається нестабільність тазового регіону і, як наслідок, компресія нервів на рівні спазмованих м'язів, що компенсаторно стабілізують таз.

У важкоатлетів у більшості випадків діагностуються грижі стравохідного отвору грудобрюшної діафрагми як результат форсованого вдиху.

Наведені приклади показують, що під час реабілітації крім перенавчання локомоторним стереотипам, у процесі якого відбувається відновлення тону м'язів, найбільш активно задіяних у професійних рухах атлета, доцільно виконувати вправи, що включають рухові акти, які відсутні під час тренувань і змагань.

Висновки. Розглянуті методики тестування істотно підвищують ефективність реабілітаційних заходів завдяки більш повному об'єму порушень, що виявляються, і визначення їх причинно-наслідкового зв'язку, є мануальними і нескладні в освоєнні реабілітологами.