

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ОЛЕСЯ
ГОНЧАРА

Кафедра фізичного виховання та спорту

МАТЕРІАЛИ

I МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ
ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ»

MATERIALS
I INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE «ACTUAL
PROBLEMS OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORT IN MODERN CONDITIONS»

15 квітня 2015

Дніпропетровськ

УДК 796.01 (06)

ББК 75.1я431

М 34

Друкується за планом Міністерства освіти і науки України

Відповідальний редактор:

Ніколенко В.А., в.о. зав. кафедри фізичного виховання та спорту ДНУ ім.О.Гончара

Редакційна колегія:

Клапчук В.В., доктор медичних наук, професор.

Приходько В.В., доктор педагогічних наук, професор.

Бачинська Н.В., кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент (відповідальний секретар).

Пічурін В.В., кандидат медичних наук, доцент.

Горпинич О.О., кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент.

Головійчук І.М., кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент.

A Актуальні проблеми фізичного виховання і спорту в сучасних умовах: Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції. – Дніпропетровськ, 2015. – 388 с.

A Actual problems of physical education and sport in modern terms: Materials of International scientific-practical conference. – Dnepropetrovsk, 2015. – 388 p.

Збірник містить матеріали, що розкривають шляхи вирішення актуальних проблем фізичного виховання і спорту в сучасних умовах.

The collection contains materials that reveal the ways of solving the urgent problems of physical education and sport in modern conditions.

Кафедра фізичного виховання та спорту, Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара, пр-кт Гагаріна, 72, м. Дніпропетровськ, 49010.

© Тексти авторів

© Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара, 2015

ЗМІСТ

Агалаков В. С., Присяжна М. К. Сучасне матеріально-технічне забезпечення підготовки плавців.....	9
Александрова Н.М., Дудкіна Т.Ю. Управління діяльністю тих, що займаються, як компонент підготовки спеціаліста з оздоровчої фізичної культури до організації та проведення якісного заняття із фізичного виховання і фітнесу.....	14
Амосов А.В., Бачинская Н.В., Мановский П.Н. Особенности методики построения тренировочного процесса в бодибилдинге.....	17
Бачинская Н.В., Федоряка А.В., Станишкевич А.Л. Особенности методики развития силовых способностей юных гимнастов 6-8 лет.....	21
Безгребельна О. П., Гуртова Т. В. Детермінація фізкультурно-спортивної активності студентів ВНЗ.....	27
Богданова Н.М., Мороз О.В., Духнова Л.М. Сучасна православна традиція – її відношення до фізичного виховання і йоги.....	29
Богущ В. Л., Резниченко О. И., Кувалдина О. В., Яцунский Е. А., Веселова И. Н., Фарионов В. Н. Изменение аэробных возможностей организма при тернировке в среднгорье.....	32
Бугаевский Константин. Комплекс методов физической реабилитации после гистерэктомии у пациенток репродуктивного возраста.....	36
Бугаєвський Костянтин, Малахова Світлана. Результати досліджень розмірів кісткового тазу у студенток-першокурсниць Запорізького державного медичного університету.....	41
Булич Элла, Мурахов Игорь. Спорт и наука о здоровье.....	45
Верховська М. В. Формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до використання фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності.....	50
Власенко Наталія, Гогоць Василь. Обґрунтування змісту професійно орієнтованої фізичної підготовки студентів педагогічних спеціальностей.....	53
Войнов В.М., Коваленко С.О., Кандиба П.О., Мариненко С.І. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів технічних спеціальностей.....	58
Воронин Денис, Привезенцева Наталья, Никулов Сергей, Кузнецов Алексей. Анализ применения методов физической реабилитации при симпатикотоническом типе вегето-сосудистой дистонии, возникшей на фоне хронических нарушений мозгового кровообращения.....	63
Гализдра Ангелина. Факторы, определяющие образ жизни студенческой молодежи.....	66
Гальчанський В.М. Мотивація навчальної та фізкультурно-оздоровчої діяльності.....	68
Гладенко М.В., Ніколенко В.А. Історія та перспективи розвитку спортивно-технічних та прикладних видів спорту у Дніпропетровську.....	70

7. Мелленберг, Г. В., Горная подготовка высококвалифицированных спортсменов [Текст] / Г. В. Мелленберг, Г. Р. Сайдхужин – М.: «Валери», 1966, – 118 с.

8. Тимушкин, А. В. Эффективность тренировки бегунов на средние и длинные дистанции в горах на разных высотах. Текст.: дис. канд. пед. наук. / А. В. Тимушкин. М., 1985, – 19 с.

УДК 618.14-089-036.82/.85: 615.825

КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бугаевский Константин

Запорожский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье приведены результаты исследования практического применения комплекса методов физической реабилитации у пациенток репродуктивного возраста, после перенесенной гистерэктомии, произведённой разными оперативными техниками. Указаны особенности реабилитационных методов после разных способов удаления матки.

Ключевые слова: пациентки, репродуктивный возраст, гистерэктомия, лапаротомия, лапароскопия, физическая реабилитация, упражнения Кегеля

Анотація. У статті наведені результати дослідження практичного застосування комплексу методів фізичної реабілітації у пацієнток репродуктивного віку, після перенесеної гістеректомії, виконаної різними оперативними техніками. Вказані особливості реабілітаційних методів після різних способів видалення матки.

Ключові слова: пацієнтки, репродуктивний вік, гістеректомія, лапаротомія, лапароскопія, фізична реабілітація, вправи Кегеля

Abstract. In this article demonstrated the results of the study of the practical usage of complex methods of physical rehabilitation for patients of reproductive age, after suffering a hysterectomy, the produced different operative techniques. Peculiarities of rehabilitation methods after different ways to remove the uterus.

Key words: patient, reproductive age, hysterectomy, laparotomy, laparoscopy, physical rehabilitation, Kegel exercises

Постановка проблемы. На сегодняшний день проблема реабилитации гинекологических пациенток, которые подверглись оперативному удалению матки, стоит особенно остро. Согласно данным официальной статистики, гистерэктомии в 85–90% подвергаются женщины репродуктивного возраста [1,6,9]. В большинстве стран мира наиболее частыми гинекологическими операциями являются надвлагалищная ампутация и экстирпация матки (субтотальная и тотальная гистерэктомия). В Швеции на гистерэктомию приходится 38% полостных гинекологических операций, в США 36%, в Великобритании – 25 % [1,9]. В Украине до 90% гистерэктомий в репродуктивном возрасте производится по поводу доброкачественных опухолей матки [6,9].

Удаление матки – наиболее частое вмешательство в оперативной гинекологической практике, частота этой операции колеблется от 25% до 38% [1,6,9]. Частота операций гистерэктомии, с удалением придатков матки или без них, является самой высокой в мире среди всех гинекологических оперативных вмешательств [1,9]. Средний возраст, в котором

женщины подвергаются этой операции из-за гинекологических заболеваний – 40,5 лет, из-за акушерских осложнений - до 35 лет [1,6].

Медицинские, социальные и психологические аспекты гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста изучены ещё недостаточно. [1,4,8]. При использовании физической реабилитации после гинекологических операций, этот вопрос освещён, по мнению ряда исследователей, в крайне недостаточной мере [1,3,6]. Все это диктует необходимость активного изучения последствий гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста. Для их преодоления актуальным является более активное использование методов и средств физической реабилитации, таких, как ЛФК, лечебная гимнастика, специальные упражнения Кегеля, фитбол, методы и средства физиотерапии, рефлексотерапия, различные виды массажа [2,3,5,10].

Прежде, чем перейти к обсуждению материалов проведённого нами исследования, считаю необходимым отразить особенности проведения операций гистерэктомии. По нашему мнению, это имеет непосредственное отношение к применяемым в послеоперационном периоде методам и средствам физической реабилитации, на всех этапах реабилитации.

Гистерэктомией называется оперативное вмешательство, при котором удаляется матка [1,6]. Удаления матки, изменяет анатомо-функциональные взаимоотношения органов малого таза и архитектуру влагалищных сводов, что очень важно при проведении послеоперационной реабилитации [1,3,6]. Удаление матки обычно выполняется при обнаружении опухолей матки и в случаях, когда другие способы лечения болезней матки оказываются малоэффективными [1,6].

Решение о методе проведения операции принимает лечащий врач, учитывая форму и стадию заболевания пациентки, её состояние, возраст и другие факторы. Существуют различные виды гистерэктомии, отличающиеся объемом удаляемых тканей и методикой проведения [1,6,9].

Открытая (лапаротомическая) гистерэктомия – это удаление матки, выполняемое через открытый разрез на передней брюшной стенке. Для доступа к матке используется разрез в нижней части живота. Этот метод операции хорош тем, что отлично обзрываются все органы, можно определить состояние близлежащих тканей [1,7,9]. При этом виде операции чаще всего проводится радикальная гистерэктомия, при которой хирург удаляет матку пациентки, расположенные рядом ткани (связки и лимфатические узлы, которые раньше поддерживали орган), а также верхнюю треть влагалища. Маточные трубы и яичники, как правило, сохраняются. При этом топография органов таза значительно меняется, что может негативно отразиться на работе мочевого пузыря и кишечника. Поскольку связки удалены, мышцы тазового дна нередко ослабевают и не могут в нужной степени поддерживать влагалище. Для профилактики возможных послеоперационных осложнений, пациенткам, после удаления матки, необходимо выполнять ЛФК и упражнения Кегеля, занятия на фитболе, направленные на укрепление мышц тазового дна [2,5,10].

Лапароскопическая гистерэктомия является наименее травматичным способом проведения данной операции. Удаление матки выполняется с использованием специальных лапароскопических приспособлений-манипуляторов. Применение лапароскопии сводит к минимуму риск возникновения осложнений и повреждения соседних органов [1,7,9]. Восстановление пациенток после удаления матки лапароскопическим методом занимает меньше времени и проходит гораздо легче, чем реабилитация пациентки, которая имела открытую гистерэктомию. При указанном виде операции пребывание в стационаре ограничено сроком 3-4 дня. Реабилитация требует от 2 до 4 недель активного

восстановительного периода, с индивидуальным применением различных средств и методов физической реабилитации [1,7,9].

Влагалищная гистерэктомия является самым безопасным и наиболее экономически эффективным способом удаления матки. Об этом говорится в приказе № 582 Министерства здравоохранения Украины [6,19]. Сроки пребывания в стационаре после этого вида операции (от 2 до 4 дней) и длительность послеоперационной реабилитации (2–3 недели) здесь будут минимальными [1,6,9].

Цель исследования состоит в разработке принципов и оценке влияния предложенной программы физической реабилитации у пациенток после гистерэктомии, произведённой разными доступами, с целью сохранения их здоровья и улучшения качества жизни.

Полученные результаты исследования. Основной задачей реабилитации женщин после гистерэктомии является поддержка функционального состояния женского организма для скорейшей его адаптации и нормализации функций всех органов и систем в послеоперационном периоде [1,6,8]. Однако до настоящего времени нет единой разработанной тактики применения методов и средств физической реабилитации у гинекологических пациенток после гистерэктомии.

Эти факты послужили основанием для проведения нами подобного исследования и попытки разработать примерный комплекс средств и методов физической реабилитации у пациенток репродуктивного возраста, перенесших оперативное удаление матки.

Исследование и практическое применение комплекса методов физической реабилитации проводилось в течение 3 месяцев на базе гинекологического отделения и женской консультации коммунального учреждения «Новокаховская центральная городская больница», Херсонской области.

Пациентки были разделены на три группы. Первую группу составили пациентки после надвлагалищной ампутации матки, сделанной путём лапаротомии (n=4), вторая группа – пациентки после лапароскопического удаления матки (n=5). В третью группу вошли пациентки, у которых гистерэктомия была произведена влагалищным доступом (n=4). В проводимом исследовании приняло участие 13 пациенток, в возрасте от 26 до 42 лет. Средний возраст пациенток, принявших участие в исследовании, составил $30,59 \pm 0,23$ года. Все пациентки замужем, имеют от 1 до 3 детей.

Длительность имеющихся заболеваний матки в исследуемой группе составляет 3–6 лет, в среднем $4,8 \pm 0,4$ года. У 8 пациенток (61,54%) имела место комбинация субсерозных и субмукозных миом (с профузными кровотечениями), у 2 (15,39%) – субмукозные миоматозные узлы с явлениями метроменоррагии, у 1 пациентки (7,69%) диагностированы множественные субсерозные миоматозные узлы, значительным увеличением размеров матки. У всех 13 пациенток консервативное лечение на протяжении 3–6 лет не принесло улучшения. Все оперативные вмешательства были плановые. Пациентки прошли все необходимые общеклиническое обследование, УЗ диагностику, гинекологический осмотр, лабораторную диагностику.

Предоперационная подготовка включала в себя психо-профилактическую подготовку, с разъяснением пациенткам особенностей выбора оперативного вмешательства, возможных ближайших и отдалённых осложнений и последствий произведённой операции, особенностей протекания раннего и позднего послеоперационного периодов. Особое внимание во время психопрофилактической подготовки было уделено особенностям сексуальной жизни и выполнению физических нагрузок в послеоперационном периоде [4,8]. В раннем послеоперационном периоде

внимание пациенток было акцентировано на детализации методов и средств физической реабилитации, как в условиях стационара на весь период пребывания в нём, так и в условиях кабинета ЛФК женской консультации, и в домашних условиях [3,5].

Во всех трёх группах, в послеоперационном периоде, в условиях стационара, а позднее в женской консультации, в течение 30-45 дней после проведенных операций, нами был применен комплекс индивидуальных методов и средств физической реабилитации. Особенности упражнений, применяемых в послеоперационном периоде были обусловлены техникой выполнения гистерэктомии, а также индивидуальным течением послеоперационного периода.

Через 24–36 часов после операции пациентка начинали вставать и ходить. Перед самой операцией и перед вставанием с постели, с целью профилактики тромбозов, всем пациенткам бинтовали ноги эластичными бинтами, после выписки на протяжении 1,5–2 месяцев нужно носить компрессионное белье [3,5]. После абдоминального вмешательства пациентка проводит в стационаре 6-8 дней, затем им потребовалось до 6-8 недель активной реабилитации [3].

В раннем послеоперационном периоде, для пациенток с гистерэктомией, исходным положением для выполнения физических упражнений является вынужденное положение лежа на спине [3,5]. Комплекс физических упражнений раннего послеоперационного периода, во всех 3 группах состоял преимущественно из дыхательных упражнений статического и динамического характера, а также упражнений для дистальных отделов верхних и нижних конечностей, упражнения с произнесением шипящих звуков, удлиненным выдохом [3,5]. Движения нижними конечностями проводились по очереди, не отрывая стопы от постели. Пациенткам при влагалищной гистерэктомии, в 1 сутки после операции рекомендовали оставлять ноги сведенными. Со 2 дня их можно было сгибать в коленных суставах, но не разводить, а также поворачиваться в постели со сведенными ногами. Вставать с постели этим пациенткам разрешалось только из положения на животе [3,5].

Пациенткам после лапаротомических гистерэктомий напрягать мышцы живота в первые 1–2 суток после операции не разрешается. После разрешения встать, обычно через 24 – 36 часов, больные проводили упражнения ЛГ сидя на стуле [3,5].

После выписки из гинекологического стационара, при отсутствии послеоперационных осложнений и противопоказаний, пациенткам трёх групп, принимающих участие в исследовании, были предложены на срок 1,5–2 месяца, индивидуальные комплексы методов физической реабилитации. Продолжительность данного комплекса специальных упражнений составляла 35–40 минут. Он выполнялся каждый день в первой половине дня. Так же пациентки три раза в неделю самостоятельно, в домашних условиях, выполняли упражнения, рекомендованные с учетом их индивидуальных особенностей и самочувствия. Первые 2 недели пациентки осваивали и выполняли предложенные им реабилитационные комплексы в условиях кабинета ЛФК женской консультации. В последующие 2–4 недели пациентки проводили выполнение предложенных реабилитационных методик в домашних условиях.

Пациенткам 1 группы был предложен комплекс физической реабилитации, включавший ЛФК и фитбол. Лечебную физкультуру предлагалась для улучшения кровоснабжения органов малого таза, укрепления мышечно-связочного аппарата тазового дна и восстановления нарушенных топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза по методике Д. Н. Атабекова и К. Н. Прибылова, в модификации Ф. А. Юнусова (1985) [3,5].

Во второй группе пациенток, после лапароскопического удаления матки, применяли ЛФК (комплекс специальных упражнений для мышц живота и тазового дна, по методике Васильевой В. Е. (1970) [3,5], специальные упражнения Кегеля по стандартной методике [2,10].

В третьей группе пациенток, после влагалищного проведения гистерэктомии, использовали тренировку мышц тазового дна (ТМТД), с применением специальных упражнений Кегеля, лечебную гимнастику в виде упражнений в изотоническом и изометрическом режиме по методике Епифанова В. А. (1989), фитбол [3,5,10].

Также, по истечению 3 месяцев проведения физической реабилитации, было проведено анкетирование пациенток всех 3 групп. Согласно полученным данным, после проведения лапаротомии либидо не изменилось у 63,2% женщин, после лапароскопии – у 69,5%, при влагалищном доступе – у 76,8%, удовлетворенность половой жизнью – соответственно у 60,1%, 62,4% и 64,3% пациенток. Сексуальная жизнь восстановилась, в среднем, через 2–3 месяца у 11 пациенток (84,62%) – 2 пациентки после лапаротомии, и все после лапароскопической и влагалищной операций, и у 2 (15,38%), после лапаротомической гистероскопии, в течение полугода после произведённого оперативного вмешательства. Частота половых контактов осталась прежней у 62,2% пациенток первой группы, у 75% во второй и у 80,1% в третьей группе. Трудоспособность у всех пациенток, согласно данным анкетирования, восстановилась через 1–1,5 месяца после операции и не зависела от метода её проведения. Качество жизни повысилось, по сравнению с дооперационным уровнем, через 2–3 месяца после оперативного лечения, в первую очередь у пациенток, у которых гистерэктомия была произведена влагалищным доступом и лапароскопически. Эти данные практически соответствуют имеющимся литературным данным [4,5,8].

Выводы. Данные исследования показали, что предложенная дифференцированная программа реабилитации пациенток, перенёсших удаление матки, с применением разных оперативных методов, может быть использована, как базовая, при проведении физической реабилитации у пациенток после гистерэктомии.

Перспектива дальнейших исследований в данном направлении состоит в исследовании психологического статуса и качества жизни пациенток в более отдалённый период после произведённой гистерэктомии (6 месяцев, 1-2 года, 3-5 лет), с учётом их работоспособности и сексуальной жизни.

Литература

1. Доброхотова Ю. Э., Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): автореф. дис. д-ра мед. наук / Ю. Э. Доброхотова. — М. — 2000. — 40 с.
2. Калашников А. С. Упражнения Кегеля. – Чебоксары. – 2014. – 38 с.
3. Кульденбаева А. О. Медицинская реабилитация женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. Автореферат дис. . кандидата медицинских наук // Бишкек. – 2006. – 25с.
4. Мельников С. М. Врахування стану сексуального здоров'я жінки в комплексі реабілітаційних заходів після гістеректомії / Науково-практичний журнал «Педіатрія, акушерство та гінекологія». – 2007. – № 6. С. 84–87.

5. Пересада О. А., Комплексная реабилитация после гинекологических операций. Научно-практический журнал «Медицинские новости». Минск: ЮпокомИнфоМед. – № 2. – 2007. – С. 28–34.
6. Рудь О. В. Клінічні аспекти гістеректомії в репродуктивному віці. Науково-практичний журнал «Педіатрія, акушерство та гінекологія». – № 2. – 2007. – С. 82 – 83.
7. Савельева Г. М., Штыров С. В., Тумарев А. В. и др. Сравнительная оценка лапароскопического и лапаротомического способа гистерэктомии // В сб.: Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. М. – 2007. – С. 381–382.
8. Степановичус Е. Н. Особенности психоэмоционального состояния больных после гистерэктомии в зависимости от хирургического доступа / Е. Н. Степановичус // Вестник РГМУ. – 2006. – № 2. – С. 49 – 52.
9. Юзько О. М. Лапароскопічна оперативна гінекологія та гістероскопія: Частина I. / О. М. Юзько, Т. А. Лаптева, С. П. Польова. – Рекомендовано МОЗ України як навчальний посібник для студентів III – IV рівнів акредитації. – Чернівці: Медакадемія. – 2002. – 92 с.
10. Perry JD, Hullet LT. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. Ostomy. Wound Management 1990; 30: 51.

УДК 616.718.19:055.2-057.875]-047. 37:[378.8:61] (477.64-25)

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ РОЗМІРІВ КІСТКОВОГО ТАЗУ У СТУДЕНТОК-ПЕРШОКУРСНИЦЬ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Бугаєвський Костянтин, Малахова Світлана

Запорізький державний медичний університет

Анотація. У статті наведені результати дослідження стану кісткового тазу та виявлених порушень в його будові і функціональних показниках у студенток-першокурсниць Запорізького державного медичного університету. Проведений порівняльний аналіз отриманих показників та спеціальних індексів.

Ключові слова: студентки-першокурсниці, кістковий таз, репродуктивне здоров'я.

Summary. The article presents results of study of bone pelvis and infringements in structure and functional parameters of first-year students Zaporozhye State Medical University. There was a comparative analysis of parameters and special indexes.

Key words: first-year students, bone pelvis, reproductive health.

Постановка проблеми. Стан здоров'я дівчат-підлітків України – це показник репродуктивного потенціалу майбутнього нашої держави. Молода жінка повинна максимально його реалізувати з тим, щоб за дітородний період народити здорове потомство [2, 14]. Значну роль у порушеннях з боку репродуктивної системи дорослої жінки грають етапи її формування в препубертатному і пубертатному періодах. Високий рівень захворюваності, зокрема зростання інфекцій, що передаються статевим шляхом і TORCH-