

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ОЛЕСЯ ГОНЧАРА

Всеукраїнська науково-практична конференція

**«Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту
в сучасних умовах»**

(збірник наукових праць)

Дніпро 2017

УДК 796.011 (06)

ББК 75.11 я 431

З 41

Відповідальний редактор:

Саричев В.І., доктор економічних наук, доцент, зав. кафедрою фізичного виховання та спорту ДНУ ім. О. Гончара

Редакційна колегія:

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

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

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

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

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

Черевко С.В. – кандидат педагогічних наук, доцент.

Ніколенко В.А. – ст. викладач.

Татарченко Л.І. – ст. викладач.

Комп'ютерна верстка – Бачинська Н.В.

Дизайн обкладинки – Бачинський А.В.

З 41 Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту в сучасних умовах: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Вид-во «Нова Ідеологія», Дніпро, 2017. – 206 с.

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

Всі статті збірника зберігають авторську редакцію. За зміст і достовірність наукових результатів відповідають автори.

49010, м. Дніпро, Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, пр-кт Гагаріна, 72, кафедра фізичного виховання та спорту; e-mail: nat2nat@mail.ru

© Тексти авторів
© Дніпровський національний університет
імені Олеся Гончара, 2017

ЗМІСТ

Саричев В.І., Саричева Т.П. Проблеми методики підготовки студентів ВНЗ до складання державних нормативів з фізичної підготовленості.....	6
Бакум А.В., Агалаков В.С., Присяжна М.К. Модельні показники змагальних дій кваліфікованих фехтувальників.....	13
Балаш А.П. Досвід використання грузоблочних, маятникових силових тренажерів та вільних вагів в практиці відновного лікування хворих різного профілю.....	18
Балгабаєва А.А., Коваленко Е.В. Коммерческий аспект как одна из основных составляющих индустрии фитнеса.....	25
Бачинська Н.В., Забіяко Ю.О., Мановській П.М. Особливості використання новітніх пристроїв (фітнес-трекерів) для самоконтролю за станом здоров'я людей, що займаються фізичною культурою і спортом.....	28
Бачинська Н.В., Ніколенко В.А. Організація кругового тренування та особливості її застосування в навчальних закладах.....	35
Бейгул І.О. Тактична підготовка спортсменів в боксі.....	39
Бочков Ю. В. Определение интенсивности нагрузки по ЧСС.....	42
Бугаевский К., Михальченко М. Практическое применение физической реабилитации при повреждении промежности после родов	46
Бугаевский К., Черепок А., Волох Н. Особенности физической реабилитации при неправильных положениях матки.....	53
Гладощук О.Г. Вплив фізичної культури на духовний розвиток студентської молоді.....	58
Глоба Т.А. Теоретичний аналіз впливу тренувального ефекту на гравців під час занять настільним тенісом.....	63
Головійчук І.М. Руховий режим сучасної молоді.....	67
Горпинич О.О. Визначення рівня фізичної підготовленості студентів історичного факультету.....	73
Індиченко Л.С. Підвищення рухової активності студентів ВНЗ засобами кроссфіту.....	76
Індиченко Л., Мироненко І. Спритність, як одна з важливих якостей в житті молоді.....	80
Кайданович І.В. Інноваційні методи розвитку фізичного виховання.....	83
Киселевська С., Войтенко О. Основи формування знань щодо фізичного здоров'я в системі фізичного виховання студентської молоді.....	86
Килочек Т.П., Арабаджийская Е.Н, Луковская О.Л. Пилатес – гармония тела и разума.....	92

- для начинающих ЧСС = 170 минус возраст;
- для занимающихся регулярно в течение 1-2 лет ЧСС = 180 минус возраст;
- для готовящихся к массовым соревновательным мероприятиям, требующим усиленной подготовки, ЧСС = 170 минус ½ возраста.

Иногда предлагается находить ЧСС по формуле: 220 минус возраст. Но таким путем можно определить лишь максимальную возможную для себя частоту сердечных сокращений, а не оптимальную ЧСС во время выполнения продолжительных упражнений.

Второй вариант для определения оптимальной нагрузки по ЧСС основывается на учете максимальной достижимой ЧСС, которая с возрастом снижается. Для того, чтобы вычислить свою максимальную ЧСС, можно провести тест по аналогии с определением МПК: постепенно (через каждые 3-5 мин) увеличивать мощность работы до тех пор, пока достигнутый уровень ЧСС не будет дальше возрастать, несмотря на увеличение мощности работы. Проведение этого теста не требует специальной аппаратуры, так как каждый может подсчитать у себя пульс, а мощность работы можно увеличивать, просто повышая скорость бега. В течение каждых 10 лет максимальная ЧСС уменьшается примерно на 10 уд/мин как у тренированных, так и у нетренированных; индивидуальные отклонения от средних величин находятся в пределах ± 15 уд/мин.

Список использованной литературы:

1. Родькин Д.А. Инновационные технологии физического воспитания и спортивной тренировки / Д.А. Родькин, Е.М. Колпакова // Материалы VII Международной студенческой электронной научной конференции, 31 марта 2015 г.
2. Капилевич Л.В., Радаева С.В., Лим М.С. Лечебная физическая культура. – Томск: Том. гос. Ун-т, 2011. – 13 с.
3. Пильненький В. В. Состояние проблемы определения уровня здоровья учащейся молодежи / В. В. Пильненький // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб.наук праць – Луцьк, 2002. – Т. 1. – С. 164-167.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ РОДОВ

Константин Бугаевский, кандидат медицинских наук, доцент
Новокаховский гуманитарный институт открытого университета развития
человека «Украина»

Маргарита Михальченко, студентка 5 курса, 2 медицинский факультет
Запорожский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье представлены материалы исследования, по реабилитации у пациенток, перенесших травматические роды. Приведён

примерный комплекс реабилитации, представлены особенности практического применения методик, направленных на восстановление промежности.

Ключевые слова: пациентки, реабилитация, разрывы промежности, роды, лечебная физкультура, специальные физические упражнения

Annotation. The article presents a study on the rehabilitation of patients who have had a traumatic birth. Is a sample set of rehabilitation, presented particular the practical application of methods aimed at restoring the perineum.

Keywords: patient, rehabilitation, perineal tears, childbirth, physiotherapy, special physical exercises

Постановка проблемы. Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины всегда было проблемой акушерства [5]. Разрыв промежности – это повреждения, которые могут возникнуть вследствие значительного растяжения родовых путей будущей матери из-за сильного давления на мышцы тазового дна во время родов. Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих. [8]. Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [9]. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5% [6].

Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины всегда было проблемой акушерства [5]. Разрыв промежности – это повреждения, которые могут возникнуть вследствие значительного растяжения родовых путей будущей матери из-за сильного давления на мышцы тазового дна во время родов. Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих. [8]. Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [9]. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5% [6]. Восстановление анатомической и функциональной целостности промежности у женщин, перенесших разрывы в родах – одна из актуальных проблем акушерства.

Доказано, что неполноценное заживление ран промежности приводит к ослаблению вульварного кольца, мышц тазового дна, в последующем ведёт к возникновению рубцовой деформации вульвы, зиянию половой щели, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики (М.Е. Селихова, М.В. Котовская, 2009; С.Г. Султанова, 2010). Вопросами восстановительного лечения и физической реабилитации после материнского родового травматизма промежности, занимались такие специалисты, как О.Г. Павлов (2008); Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова (2009); М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова (2010); М.А. Кучеренко (2010); М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина (2013); О.И. Сойменова (2014); Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов (2014); К.А. Бугаевский (2015).

Цель исследования было изучить положительные аспекты применения комплекса методов и средств физической реабилитации у пациенток, перенесших травматические повреждения промежности в родах, на этапах восстановительного лечения. Задачами исследования были: подбор примерного комплекса методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения при данном виде акушерской патологии и определение степени эффективности подобранного реабилитационного комплекса на амбулаторном этапе восстановления пациенток в позднем послеродовом периоде. Исследование по применению и эффективности предложенного примерного комплекса методов и средств реабилитации, при проведении восстановительного лечения у пациенток с разрывами промежности I-III степени, полученными в процессе родов, проводилось на базе женской консультации коммунального учреждения «Центральная городская больница» г. Новая Каховка, Херсонской области, Украина, в период с января 2015 года по июль 2016 года. Все пациентки, принявшие участие в проведении исследования, дали своё добровольное согласие на участие в нём.

Полученные результаты исследования. Всего в исследовании приняли участие 73 пациентки. Их средний возраст составил $29,3 \pm 1,04$ лет. У 48 (65,75%) это были первые роды, у 21 (28,77%) – вторые роды, у 4 (5,48%) – третьи и более роды. Все они перед родами прошли комплекс подготовительных занятий в условиях женской консультации. Распределение степеней разрывов промежности у пациенток, отражён на рис. 1:

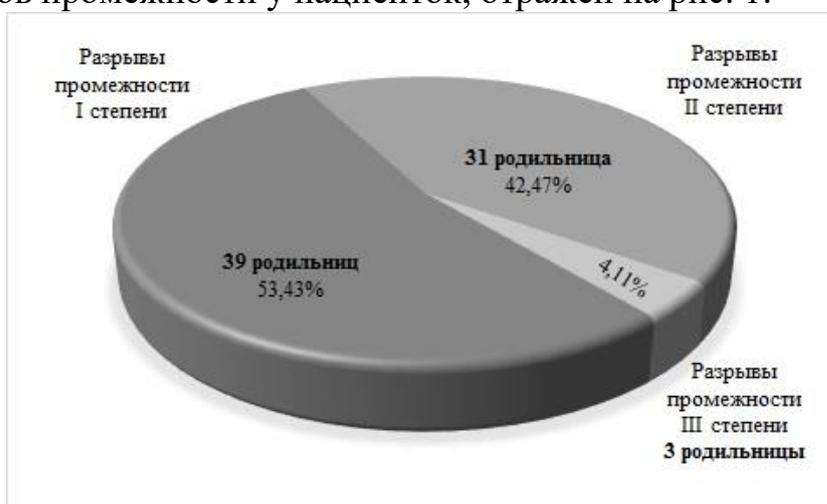


Рис. 1. Соотношение разрывов промежности I-III степени у пациенток в группе

Все пациентки, перед началом проведения восстановительного лечения, проходили контрольный осмотр гинеколога в условиях женской консультации, с обязательным проведением УЗИ мест разрыва и ушитой раны, с определением состояния рубца и окружающих тканей [2, 3].

У пациенток с разрывами I степени восстановительное лечение [10] применяли через 5-7 дней после выписки из роддома, в условиях кабинета ЛФК женской консультации. У большинства пациенток данной группы раны заживали первичным натяжением, практически без каких либо осложнений, большинство разрывов не требовали ушивания, ткани не инфильтрированы,

подвижные, эластичные. В данной группе комплекс методов восстановительного лечения ограничивался проведением в течение 2-3 недель комплекса упражнений Кегеля и занятий на фитболе, с целью укрепления мышц и связочного аппарата промежности и тазового дна после родов [2]. С учётом сроков заживления тканей при ушитых разрывах II степени, с учётом самочувствия пациенток, их жалоб, состояния раны, реабилитационные мероприятия проводились не ранее чем через 1 месяц после получения травмы в родах, в условиях женской консультации. Длительность проводимого комплекса методов восстановительного лечения варьировала от 1,5 до 2-х месяцев, с совместным контролем реабилитологом и гинекологом. При данной патологии, одновременно с применением упражнений Кегеля и сеансов использования фитбола, активно использовалась ЛФК и физиотерапевтическое местное лечение области травматического повреждения, с применением 10-15 сеансов магнитотерапии, применение ультразвука и лазерной терапии [4], использование жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepher» «Биоптрон»® [1, 7].

В группе пациенток, с разрывом промежности III степени, где имелись наиболее тяжёлые повреждения (ткани влагалища и мышцы промежности, разрыв анального сфинктера) критерием начала и объёма реабилитационно-восстановительного комплекса, являлся вопрос заживления повреждённых в процессе родов тканей, а также наличие посттравматических осложнений, связанных с такими нарушениями, как частичное или полное недержание газов и каловых масс при повреждении анального сфинктера, наличие болей разной степени интенсивности при половом акте (диспареуния), как во влагалище, так и в области рубца и повреждённой промежности [1, 5].

Все пациентки этой группы, перед началом восстановительного лечения, были осмотрены специалистами – проктологом и гинекологом. Степень заживления повреждённых тканей и состояние рубца, напрямую зависит как от объёма самого повреждения, так и от техники и способа ушивания повреждённых участков и протекания послеродового периода, наличия и выраженности послеродовых и послеоперационных осложнений [1, 3]. Заживление швов любой локализации после родов – это процесс полного восстановления целостности мягких тканей промежности [5, 9]. Важные данные о состоянии рубца и тканей в месте повреждения мы получали после осмотра и исследования места повреждения, как во время специального гинекологического исследования, с применением бимануального влагалищного и ректо-вагинального исследования, так и по результатам проведённого УЗИ зоны повреждения [1, 5, 9].

Эти важные составляющие учитывались нами при планировании и подборе методов реабилитации в данной группе пациенток. Так как в данной группе существует высокая степень риска формирования в дальнейшем различной патологии, в виде синдрома несостоятельности тазового дна, синдрома хронической тазовой боли, пролапса внутренних половых органов, реабилитационные мероприятия, направленные на укрепление мышечно-

связочного аппарата тазового дна являются, по нашему мнению, весьма актуальными и востребованными. В этой группе продолжительность восстановительной терапии была самой длительной – от 2,5 до 3-х месяцев.

Вначале она проводилась в кабинете ЛФК женской консультации, а в последние 2-3 недели в домашних условиях. Пациентки выполняли комплекс специальных упражнений Кегеля, активно был использован фитбол, ЛФК с использованием комплекса упражнений на укрепление мышц промежности и тазового дна. Дополнительно все пациентки получали физиотерапевтическое лечение в виде использования жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон»® с применением окси-спрея, магнито-инфракрасное облучение области промежности [7].

При помощи анкетирования и дополнительного, расширенного опроса пациенток, через 1-3-6 месяцев после начала восстановительного лечения (с учётом данных осмотра гинеколога, проктолога, УЗИ) проводился субъективный и объективный контроль эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Уже через 3-4 недели пациентки с разрывами I степени (n=39) отмечали полное отсутствие дискомфорта и болевых ощущений в области промежности, могли свободно сидеть, раздвигать ноги, выполнять определённые физические нагрузки и повседневную работу по дому, не отмечали никаких неприятных ощущений и трудностей при дефекации, отхождении газов и мочеиспускании. Через 3 месяца, при наличии половой жизни, в группе не было проблем, связанных с получением родовой травмы.

Из числа пациенток, с разрывами промежности II степени (n=31), согласно данным проведенного осмотра, опроса и анкетирования, после 1-1,5 месяцев проводимого восстановительного лечения, у 23 (74,19%) произошло полное заживление повреждений тканей, полученных в результате родовой травмы, сформировался устойчивый рубец, укрепился мышечно-связочный аппарат тазового дна, значительно уменьшились неприятные ощущения и дискомфорт при мочеиспускании, отхождении газов и дефекации.

Через 2,5-3 месяца после начала реабилитационных мероприятий уже 29 (93,55%) пациенток отметили значительное улучшение всех параметров и практически полное отсутствие явлений диспареунии и неприятных ощущений в области промежности при интимной близости.

При исследовании эффективности восстановительного лечения, через 6 месяцев после проведения курса реабилитации, уже все 31 пациентка отметили полное отсутствие каких либо патологических нарушений и дискомфорта при выполнении работы, домашних дел и при сексуальных взаимоотношениях.

У пациенток третьей группы (n=3), с наиболее тяжёлыми повреждениями влагалища, мышц и связочного аппарата тазового дна, анального сфинктера и частично тканей прямой кишки, наиболее длительно проводилось восстановительное лечение – 2,5-3 месяца. Практически первые изменения в сторону улучшения самочувствия и начало положительных изменений (согласно данным врачебных осмотров, данных УЗИ, опроса и анкетирования)

были отмечены не раньше, чем через 1,5-2 месяца после начала использования комплекса методов восстановительного лечения.

Начало улучшения процесса отхождения газов и дефекации, возможность сидеть, в т.ч. и в туалете при мочеиспускании и/или выполнении ряда физических упражнений, появилось только через 1,5-2,5 месяца после родов и получения тяжёлой родовой травмы, на фоне проводимых лечения и реабилитации.

Если специальные упражнения Кегеля и занятия на фитболе, физиотерапевтические процедуры воспринимались пациентками позитивно и они охотно их выполняли, то любая попытка внедрения ЛФК вызывала боязнь, протест и явное нежелание применять физические нагрузки из-за боязни усиления дискомфорта, болей и возможных осложнений.

Поэтому, в данной группе мы столкнулись с проблемой проведения дополнительной психологической реабилитации, и использования таких методов, как ароматерапия с маслами растений с седативным эффектом, в сочетании с релаксирующей музыкой (от 15 до 25 сеансов), электросон (№ 10).

Через 3-4 месяца после начала восстановительного лечения 2 (66,67%) пациентки отметили улучшение состояния, в виде значительного уменьшения дискомфорта и болей в месте полученной родовой травмы, возможности безболезненной или малоболезненной дефекации и отхождения газов (на фоне соответствующей диеты), возможности сидеть и выполнять сидячую работу. По прошествии 6 месяцев после проведения восстановительного лечения, все 3 пациентки отмечали положительный эффект от проведённой реабилитации.

Через 6-9 месяцев у всех пациенток данной группы постепенно уменьшились, а затем практически прекратились явления диспареунии и дискомфорта в области полученной родовой травмы при половом акте.

Данные проведенного в эти периоды времени гинекологического и проктологического осмотров подтвердили стабилизацию восстановительно-репаративных процессов тканей в области полученного разрыва и восстановление промежности и анального сфинктера у данных пациенток.

Выводы:

1. Большое количество разрывов промежности I-III степени в современной акушерской практике требует не только их профилактики, но и ранней и разносторонней реабилитации и комплексного восстановительного лечения мышц и связочного аппарата промежности, является средством активной профилактики пролапса женских внутренних половых органов.

2. Предложенный примерный комплекс методов восстановительного лечения последствий разрывов промежности может быть предложен для активного практического использования, как на амбулаторном, так и санаторно-курортном этапе реабилитации данной группы пациенток.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении заключаются в разработке методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения после перенесённых малых акушерских операциях – эпизиотомии и перинеотомии и их возможных осложнениях.

Список использованной литературы:

1. Алиев Э.А. Лечение разрывов промежности / Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С. 40-44.
2. Бугаевский К.А. Практические особенности применения специальных упражнений, лечебной физкультуры и массажа у пациенток при реабилитации тазового дна / К.А. Бугаевский // Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. «Нове у медицині сучасного світу». – Львів, 27-28 листопада 2015 р. – С. 107-111.
3. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности / М.А. Кучеренко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 59 (4). – С. 65-70.
4. Маланова Т.Б. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре / Т.Б. Маланова, М.В. Ипатова, Ю.В. Кубицкая, Локтионов С.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 27-33.
5. Мусаев Х.Н. Разрывы промежности в родах и их последствия / Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова // Surgery (Азербайджан). – 2009. – № 1 (17). – С. 59-63.
6. Павлов О.Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г. Павлов // Российский Вестник Акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С. 44-46.
7. Результаты использования и методика применения прибора «Биоптрон» в клинической практике российских врачей // Сборник под ред. проф. Лапаевой И.А. М. – 2004. – 88 с.
8. Селихова М.С. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины / М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 55-58.
9. Сойменова О.И. Проблема родового травматизма в современном акушерстве / О.И. Сойменова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 208-211.
10. Шнейдерман М.Г. Роль и место гинекологического массажа в профилактике разрывов промежности в родах и опущения тазовых органов после родов / М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина // Consilium medicum. – 2013. – № 15 (6). – С. 37-39.