

9. Первый россиянин в Международном Олимпийском комитете. К 175-летию со дня рождения А.Д. Бутовского. [Электронный ресурс]: http://www.Тверская_областная_универсальная_научная_библиотека_им._А.М.Горького (дата обращения 18.01.17).

10. Суник А. Алексей Дмитриевич Бутовский // Российский спорт и Олимпийское движение на рубеже XIX-XX веков / А. Суник. Москва, 2004. С. 551-568.

11. Электронный справочник «Монеты России». Монета 10 руб. Первый конгресс МОК, 1993 года. [Электронный ресурс]: <http://www.numion> (дата обращения 18.01.17).

THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF OLYMPIC MOVEMENT IN RUSSIA AND HER FIRST OLYMPIC TEAM IN PHILATELY AND NUMISMATICS

Bugaevskiy Konstantin Anatolyevich,

the candidate of medical Sciences, associate Professor, Institute for health, sport and tourism Classical private University, Zaporozhye

Bugaevskaya N. A.,

master, public institution "Beryslav medical College" of Kherson regional Council

УДК 618. 1 – 085. 82 – 036. 82/. 85

ПРИМЕНЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Бугаевский Константин Анатольевич,

кандидат медицинских наук, доцент, Институт здоровья, спорта и туризма,

Классический приватный университет,

г. Запорожье

Аннотация. В статье представлены результаты практического использования гинекологического массажа, как метода лечения и средства реабилитации гинекологических пациенток. Показаны основные моменты массажных техник, особенности практического применения данного метода реабилитации в практике восстановительного лечения при различной гинекологической патологии. Даны практические рекомендации для использования гинекологического массажа на разных этапах реабилитационного процесса.

Ключевые слова: пациентки, гинекологический массаж, неправильные положения матки, спайки, трубно-перитонеальное бесплодие, реабилитация.

Abstract. The article presents the results of the practical use of gynecologic massage as treatment and rehabilitation equipment of gynecological patients. Showing the highlights of massage techniques, particularly the practical application of this method in rehabilitation practice restorative treatment for various gynecological diseases. Practical recommendations for the use of a pelvic massage at different stages of the rehabilitation process.

Index terms: female patients, pelvic massage, incorrect position of the uterus, adhesions, tubal-peritoneal infertility, rehabilitation.

Введение. На сегодняшний день гинекологическая патология является проблемой для многих женщин. Среди многообразия гинекологических проблем

особое место занимают такие её виды, как аномалии и неправильные положение матки, опущение и пролапс (выпадение) органов малого таза, спаечная болезнь, бесплодие, хронические тазовые боли [3]. Все эти заболевания и патологические процессы являются показаниями к применению такого оригинального метода лечения и реабилитации, как гинекологический массаж. Сегодня гинекологический массаж активно применяется как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на санаторно-курортном этапе лечения и реабилитации гинекологических пациенток [4, 7].

Целью статьи является попытка изложения полученных в результате проведённого исследования данных о эффективности использования гинекологического массажа в восстановительном лечении и реабилитации пациенток на амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации пациенток с гинекологической патологией.

Исследовательский материал и методы. Нами для проведения исследования, в рамках изучения влияния применения гинекологического массажа, как метода лечения и реабилитации, были сформированы 3 группы пациенток. В условиях женской консультации все пациентки, после предварительного ознакомления с их медицинской документацией, прошли общеклиническое исследование, гинекологический осмотр, УЗИ.

После изучения полученных результатов обследования, были сформированы 3 группы (n=24). В первую группу вошли женщины (n=9), имеющие аномалии положения матки. Во вторую группу (n=7) были отобраны пациентки с начальными признаками опущения стенок влагалища, на фоне патологического течения родов в анамнезе. Третью группу составили пациентки (n=8) с явлениями трубно-перитонеального бесплодия, этиологически обусловленного спаечным процессом в полости малого таза.

Результаты исследования. Пациентки всех трёх групп проходили по 20 сеансов гинекологического массажа. Цикл сеансов проводился в период после завершения менструального кровотечения (в межменструальный период).

Перед приходом на сеанс гинекологического массажа (не раньше, чем через 2 часа после еды), пациентка опорожняла кишечник и мочевой пузырь, совершала туалет гениталий [2, 9].

Манипуляция осуществлялась дифференцировано, в зависимости от вида патологии, как на гинекологическом кресле, так и с использованием специального оборудованного для выполнения определённых приёмов, массажного стола.

Первый сеанс обычно проводился как вводно-диагностический и длился от 5-7 до 10-15 минут. Во время проведения первого сеанса массажа, нами определялись такие параметры, играющие роль в успешном проведении сеанса гинекологического массажа, как болезненные ощущения, боль, её интенсивность и иррадиация, особенности подвижности матки, придатков и связочного аппарата при смене исходного положения на спине на коленно-локтевое и коленно-кистевое положения [2, 10].

В первой группе (n=9), были пациентки от 23 до 30 лет, их средний возраст составлял $27 \pm 1,6$ лет. Лечение по поду имеющейся патологии составляла $7,0 \pm 1,3$

года. У 5 пациенток (55,56%) была диагностирована ретрофлексия матки (*retroversion et retrodeviatio submobilis et fixate*), у 4 пациенток были диагностированы отклонения тела матки в правый или левый бок (*dextra et sinistra lateroversio et flexio*).

Из анамнеза было установлено, что данная патология у пациенток первой группы связана с наличием в анамнезе воспалительных процессов как специфической, так и неспецифической этиологии (аднекситы, метриты, метроэндометриты, параметриты, пельвиоперитониты), осложнения акушерской патологии, аборты.

На момент проведения лечения с применением гинекологического массажа у всех пациенток имела место стойкая ремиссия имеющихся хронических воспалительных процессов, подтверждённая клиническим, лабораторными и инструментальными методами обследования пациенток.

В зависимости от эластичности или тугоподвижности связок матки, отсутствия или наличия спаек, рубцовых изменений в полости малого таза меняется тактика проведения самой процедуры, её интенсивность и сила [2, 9].

В течение первых 5-7 сеансов проводились манипуляции с растягиванием спаек, выведение и фиксация матки вначале в срединном, а затем и в положении, близком к физиологическому (*anteflexio anteversio*) [2, 9]. При отклонении матки в правую или левую стороны (*dextra et sinistra lateroversio et flexio*), спаечными образованиями, постоянно проводились манипуляции по выведению тела матки в сторону, противоположную патологическому изменению, с фиксацией тела матки двумя руками в срединном положении от 1 до 3 минут [2, 10].

Естественно, 15-20 сеансов для исправления неправильного положения матки явно недостаточно, но такие показатели, как уменьшение болей и болезненных проявлений, размягчение и большая эластичность спаечных образований, а в ряде случаев их безоперационное отделение от матки и её связок говорят сами за себя.

Также, подтверждённое УЗД частичное, а в ряде случаев и значительное изменение положения матки в полости малого таза, является прямым доказательством успешного применения данного метода лечения и реабилитации. Дополнительно пациентки проходили курс ЛФК в виде специального комплекса упражнений в изотоническом и изометрическом режиме по методике Елифанова В.А. (1989) [1, 5]. Для закрепления полученного результата пациенткам было рекомендовано, в условия кабинета ЛФК женской консультации и/или в условиях санаторно-курортного лечения, применить комплекс упражнений ЛФК и специальные упражнения Кегеля, для укрепления мышц передней брюшной стенки и мышц тазового дна [1, 8].

Во второй группе ($n=7$), были пациентки от 27 до 35 лет, средний возраст составлял $32\pm 1,2$ лет. Лечение по поду имеющейся патологии составляла $6\pm 1,3$ года. У 5 пациенток (71,43%) была диагностирована I степень опущения влагалища – опущение передней стенки влагалища, задней или обеих сразу; во всех случаях стенки не выходят за область входа во влагалище.

У 2 пациенток (28,57%) была диагностирована I степень пролапса матки (опущение матки), при котором у них отмечается некоторое смещение тела

матки книзу, но шейка находится во влагалище. У всех семи женщин, согласно данным анамнеза, причиной имеющейся у них патологии были акушерские травмы тазового дна и тяжелый физический труд, особенно в период полового созревания (проживание в сельской местности, неадекватные физические нагрузки при выполнении ими сельскохозяйственных работ).

В данной группе, в особенности у пациенток с опущением влагалища, помимо основных моментов гинекологического массажа, внимание уделялось дополнительному массажу промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны.

В период между процедурами гинекологического массажа, пациентки данной группы выполняли цикл специальных упражнений, отнесённых к методике упражнений по укреплению мышц влагалища (интимной группы мышц) – вумбилдинг, по методике Мурашиевского В.Л. [6, 8]. В группе из 5 пациенток, имеющих I степень опущения влагалища, к терапии были добавлены занятия ЛФК, в виде комплекса специальных упражнений для мышц живота и тазового дна, по методике Васильевой В. Е., а также специальные упражнения по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна [6, 8].

Во третьей группе (n=8), были пациентки от 24 до 32 лет, средний возраст составлял $28 \pm 1,3$ года. Лечение по поводу имеющейся патологии составляла $5 \pm 1,6$ года. У всех 7 пациенток (71,43%) было диагностировано трубно-перитонеальное бесплодие на фоне хронических воспалительных процессов органов малого таза, специфической и неспецифической этиологии, с развитием интенсивного спаечного процесса, отягощённого у 3 пациенток (42,86%) аномальным положением тела матки в виде её отклонений вбок (*dextra et sinistra lateroversio et flexio*) [2, 9].

Сеансы гинекологического массажа в этой группе были наиболее интенсивными (до 25-30 минут), что определялось наличием многочисленных спаечных образований, слабостью связочного аппарата матки и мышц тазового дна. В данной группе дополнительно, для более интенсивной разработки (растяжения спаек), использовались исходные положения пациентки в коленно-локтевом, и особенно в коленно-кистевом положениях [2, 10].

В этой группе пациенток, также как и во второй группе, основной проблемой пациенток была проблема изменения анатомии и топографии в полости малого таза внутренних половых органов (матки, фаллопиевых труб и яичников). У всех пациенток эти патологические изменения были подтверждены посредством УЗИ, а у 2 пациенток посредством диагностически-лечебной лапароскопии (после обзора брюшной полости и полости малого таза было произведено иссечение наиболее крупных и грубых спаечных тяжей и спаек).

В этом случае, как метод лечения нами использовались 2 основные методики гинекологического массажа, по рекомендациям И.И. Бенедиктова – бимануальный массаж и растяжение спаек и сращений с целью восстановления нормального положения матки и редрессации её придатков [2, 10].

Нами использовались такие приёмы гинекологического массажа, как центральная элевация матки, цикл смещений тела матки, максимально поднятой вверх и в сторону, противоположную спаечному процессу и *flexio*, а также

редрессация придатков при помощи выведения тела матки в центральное и боковое положения, с последующей попыткой её выведения, при подъёме, в физиологическое положение (*anteversio*) [2, 10].

Дополнительно пациенткам этой группы был назначен курс занятий ЛФК по методике Д.Н. Атабекова и К.Н. Прибылова, в модификации Ф.А. Юнусова (1985) и специальные упражнения Кегеля для укрепления мышц передней брюшной стенки и тазового дна [1, 6, 8].

По окончании предложенного лечения пациентки отмечали улучшение самочувствия, уменьшение болей. Контрольный гинекологический осмотр и проведение УЗИ показали явные изменения топографии матки и придатков, её лучшую подвижность, уменьшение количества спаечных образований и сращений. Также отмечено укрепление мышц тазового дна и передней брюшной стенки. Пациенткам предложено дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий в условиях кабинета ЛФК женской консультации и на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Выводы. Гинекологический массаж должен активно внедряться в практику акушерства и гинекологии, физиотерапии, медицинской и физической реабилитации. Это требует внесение изучения этого метода в учебные программы и учебники указанных дисциплин и подготовки специалистов в области его практического применения, на всех этапах оказания помощи гинекологическим пациенткам.

Перспектива дальнейших исследований будет заключаться в проведении УЗИ щитовидной железы и органов репродуктивной системы с параллельным определением в сыворотке крови уровня соматотропных гормонов гипофиза, гормонов щитовидной железы и половых стероидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Болотских В.М. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии [Текст] / В.В. Абрамченко, В.М. Болотских. СПб.: «Элби-СПБ», 2007. С. 152–153.

2. Бенедиктов И.И. Гинекологический массаж и гимнастика [Текст] / И.И. Бенедиктов. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 1998. 124 с.

3. Владимирова Н.І. Фізична реабілітація в гінекології. Навчальний посібник [Текст] / Н.І. Владимирова. – К.: Медицина, 2010. 80 с.

4. Восстановительная медицина / под. ред. В.Г. Лейзерман, О.В. Бугровой, С.И. Красикова. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. С. 380–382.

5. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов [Текст] / В.И. Дубровский. М.: МИА, 2006. 598 с.

6. Миревич Е.Д., Митюков В.А., Чурилов А.В. Клинико-анатомические обоснования применения восстановительных методов физической реабилитации и гинекологического массажа при неправильных положениях и опущениях матки [Текст] / Е.Д. Миревич, В.А. Митюков, А.В. Чурилов / Харьков: Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. № 5. 2009. С. 168–174.

7. Ружи́ло О.С. Физическая реабилитация при воспалительных заболеваниях женских половых органов: Методические рекомендации к практическим занятиям [Текст] / О.С. Ружи́ло. – Пинск: ПолесГУ, 2014. 80 с.

8. Степаненко М.В. Маса́ж і лікувальна фізична культура в медицині: підручник [Текст] / М.В. Степашко, Л.В. Сухостат. К.: ВСВ «Медицина», 2010. С. 158–164.

9. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. [Текст] М.: РИТМ, 2011. 80 с.

10. Шнейдерман М.Г. Акушерско-гинекологический массаж / М.Г. Шнейдерман, И.А. Клепикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 80 с.

APPLICATION GYNECOLOGICAL MASSAGE IN REHABILITATION OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY

*Bugaevskiy Konstantin Anatolyevich,
the candidate of medical Sciences, associate Professor,
Institute for health, sport and tourism,
Classic private University,
Zaporozhye*

УДК 373.037

ТРЕНИРОЧНЫЕ СБОРЫ ПЛОВЦОВ В СОЧИ

*Юров Игорь Александрович,
кандидат психологических наук, доцент,
Московский инновационный университет,
г. Москва*

Аннотация. В статье представлены спортивно-педагогические, курортно-рекреационные и психотерапевтические методы психолого-педагогической подготовки в условиях города-курорта Сочи.

Ключевые слова: подготовка, рекреация, психотерапия, город-курорт Сочи, спортсмены-пловцы.

Abstract. The article presents the sports and educational, health resort and recreational and psychotherapeutic methods of psychological and pedagogical training in a resort city of Sochi.

Index terms: preparation, recreation, psychotherapy, the city of Sochi, athletes-swimmers.

Крупнейшие соревнования по плаванию (Олимпийские Игры, Чемпионаты мира) часто проводятся в странах с теплым климатом. В связи с этим экономически и психофизиологически, на наш взгляд, нецелесообразно проводить тренировочные сборы в зарубежных странах, часто даже не в тех, где будут проходить соревнования. Поэтому в целях адаптации (акклиматизации) к климатическим условиям реальных соревнований предпочтительно проводить тренировочные сборы в солнечном городе-курорте Сочи, в котором имеются как необходимое спортивное оборудование (бассейны, тренажерные залы, спортивные залы и площадки), привычная среда обитания, доброжелательные соотечественники, так и различные средства курортно-рекреационной терапии (климатотерапия, бальнеотерапия, телассотерапия, пелоидотерапия, аэро-и ароматерапия, гелиотерапия, акватерапия, спортивно-оздоровительный туризм, ЛФК и др.