

7. *Entry-Level Curriculum for Canadian Physical Therapy Programs. Guidelines for Faculty.* – Toronto, Ontario: The Council of Directors of Physical Therapy Academic Programs and Canadian Physiotherapy Association, 1995. – 56 p.
8. *Launis J. Evaluation of Clinical Competency.* – University of Alberta, 1985. – 18 p.

ORGANIZING AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF CLINICAL PRACTICE COMPLETION IN THE SYSTEM OF PHYSICAL THERAPIST PREPARATION IN CANADA

Andrij HERTSYK

Lviv state institute of physical culture

Annotation. Organizing and methodical aspects of clinical practice completion in the system of physical therapist preparation in Canada is analyzed in the article. Comparative analysis of University of Toronto curricula 1997-1998 and 2003-2004 has been done.

Key words: specialist's preparation, physical therapy, curriculum, clinical supervisor.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ОВАРІЕКТОМІЇ

Н.В. ГОНЧАРУК

Харківська державна академія фізичної культури

Постановка проблеми. Киста яєчника - це пухлино подібне утворення, що виникає в результаті накопичення рідини у порожнини, яка існувала раніше, звичайно в стійкому змінному фолікулі. За останні роки пухлинні захворювання жіночих статевих органів найбільше що часто зустрічаються і складають за даними різних авторів від 10 до 40% випадків онкологічної патології [2,3,4,8].

Основним методом лікування даних захворювань є оперативний, застосування якого веде до глибокої перебудови функцій жіночого організму, наносить значну шкоду організму і може привести до розвитку спайкової хвороби, гормональному дисбалансу, опущенню внутрішніх статевих органів внаслідок ослаблення м'язів тазу і сечовидільного апарату. У післяопераційному періоді у даної категорії хворих нерідко виникають порушення функцій внутрішніх органів. При цьому виникає необхідність застосування різних медикаментозних і немедикаментозних впливів. Причому за останні роки заслужений пріоритет віддається різним засобам фізичної реабілітації, серед яких найбільш ефективна фізкультура, масаж, фізіотерапія й ін.[2].

Ця проблема розробляється згідно теми зведеного плану: "Розробка єдиного навчального середовища навчання у вищих спортивних навчальних закладах, як засіб підвищення ефективності навчально-тренувального та навчально-оздоровчого процесу". Шифр теми: 2.1.15. Номер держреєстрації: 0101V006467. Підрозділ: фізична реабілітація до фізичної реабілітації хворих із хронічними захворюваннями

серцевої, дихальної, нервової та опорно-рухової системи та інших систем організму з використанням сучасних комп'ютерних технологій”.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Оперативні втручання при кистах яєчників відносяться до черевнево-порожнинних операцій, при яких видаляють великі утворення, що викликають зсув органів черевної порожнини, венозні застої, що порушують циркуляцію крові і лімфи [5,8]. Необхідність застосування ЛФК, за даними ряду авторів, виникає вже в передопераційному періоді, якщо хворой проводиться планова операція [1,2,6].

Якщо проводиться екстрена операція з приводу кисти яєчника, то ЛФК призначають у післяопераційному періоді з обліком даних гістологічних досліджень, обсягом і характером оперативного втручання, або клінічних проявів кисти.

Основними засобами ЛФК після операції з приводу кисти яєчника, за даними Аршина В.М. і ін. [1], є фізичні вправи, рухові режими (суворий постільний, постільний, палатний, вільний), природні фактори природи, трудотерапія, масаж, а формами ЛФК – лікувальна гімнастика, гігієнічна гімнастика, самостійні заняття, прогулянки.

Масаж у сполученні з ЛГ сприяє більш швидкому відновленню функціональних порушень серцево-судинної і дихальної систем, попереджує виникнення деяких післяопераційних ускладнень, підвищує загальний тонус організму, ліквідує застійні явища в легенях, поліпшує лімфо- і кровообіг, зменшує болючі відчуття в операційній рані, збільшує екскурсію грудної клітки, нормалізуючи акт подиху, стимулює функцію ШКТ [2].

Усе це визначає актуальність розглянутої проблеми.

Метою роботи з'явилося прискорення процесів відновлення функції репродуктивної системи, ліквідація порушень функції дихальної системи, профілактика опущення жіночих статевих органів і нормалізація стану здоров'я жінок, які перенесли оваріектомію, шляхом застосування раціонального сполучення комплексу засобів фізичної реабілітації.

Для цього вирішувалися наступні **задачі**:

1. Вивчити основні підходи до фізичної реабілітації жінок, які перенесли операцію з приводу кисти яєчника.
2. Розробити програму фізичної реабілітації для даного контингенту хворих з урахуванням особливостей перебігу післяопераційного періоду.
3. Оцінити ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації жінок після оваріектомії.

Результати дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 46 жінок у віці 25-35 років, які перенесли гінекологічну операцію – оваріектомію - в умовах гінекологічного відділення Обласної клінічної лікарні і пологового будинку № 4 м. Харкова. Вони були розділені на дві групи: контрольну - 22 особи і експериментальну - 24 особи. Обидві групи однорідні по обсязі перенесеної операції - тотальна ліво- чи правобічна оваріектомія.

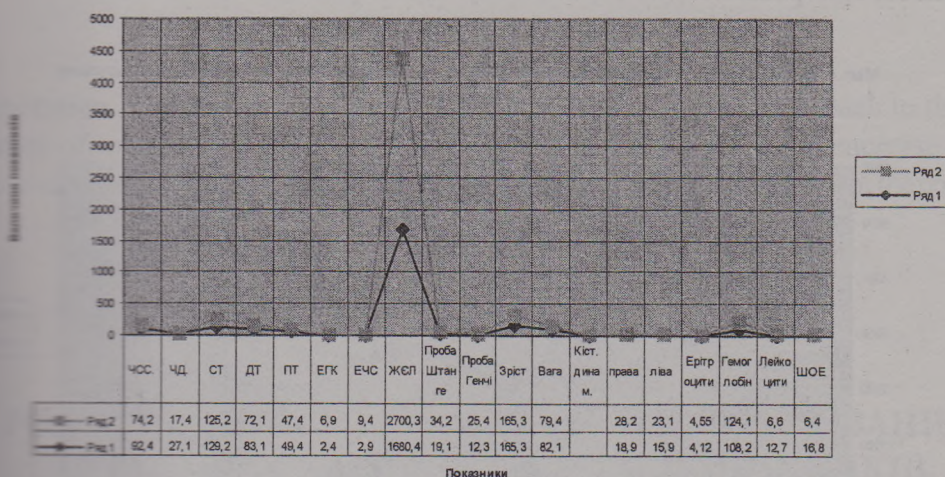
Методи дослідження, застосовані в роботі: аналіз сучасної медичної літератури; аналіз медичних карт; клінічні методи дослідження; антропометричні виміри; інструментальні методи; функціональні проби і тести; лабораторні методи дослідження; лікарсько-педагогічні спостереження в процесі занять ЛФК (ЛПС). Обстеження проводилися на 2-3 день після операції і на 18-20 день перед випискою зі стаціонару.

Заняття з жінками проводилися щодня спочатку в палатах, а в міру розширення рухового режиму і поліпшення стану хворих, у залах ЛФК. У вихідні дні жінки займалися самостійно.

У ході аналізу отриманих нами даних, було виявлено, що застосований нами підхід до фізичної реабілітації жінок експериментальної групи дозволив прискорити процес

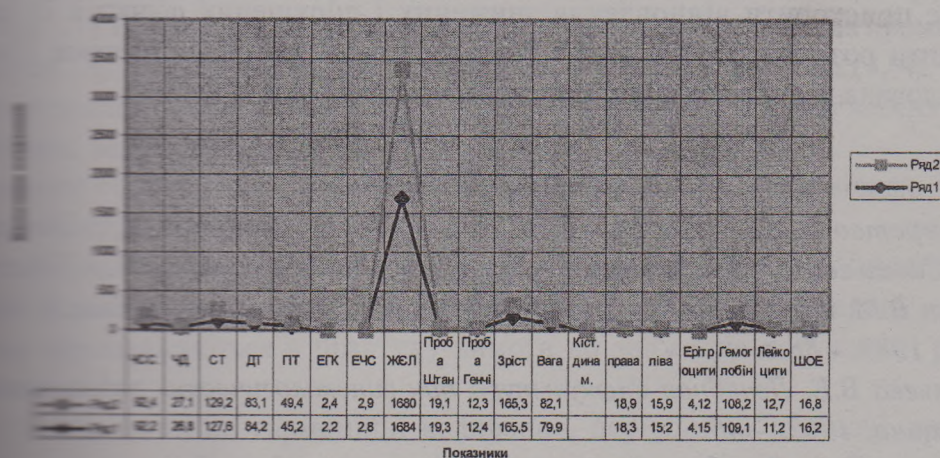
відновлення порушених чи знижених функцій організму в порівнянні з контрольною групою в середньому на 4-5 днів.

Мал. 2. Динаміка показників жінок експериментальної групи при первинному та повторному обстеженні



При зіставленні величин показників контрольної й експериментальної груп (мал. 2) при первинному обстеженні не було виявлено достовірних розходжень практично всіх виміряних параметрах функціонального стану організму жінок на другу добу після операції, крім величини еритроцитів, що у контрольній групі були вірогідно вище, ніж у експериментальній.

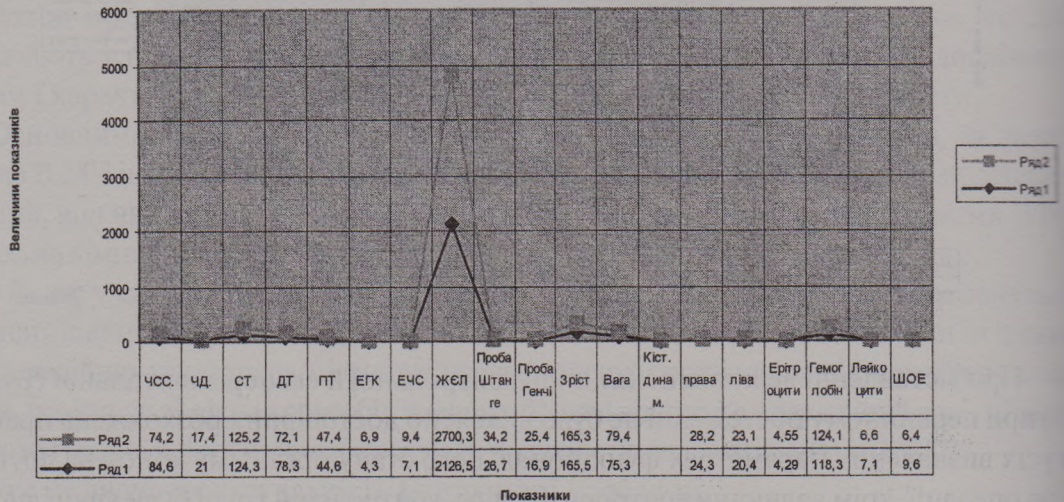
Мал. 3. Досліджувані показники жінок контрольної та експериментальної групи при первинному обстеженні



При первинному зіставленні параметрів (за результатами перед випискою) нами було виявлено суттєво достовірну динаміку величин, що характеризують функцію вегетативної системи (порідшення ЧСС і частоти дихання (ЧД) збільшення показників газових проб) і системи крові (збільшення числа еритроцитів, гемоглобіну, зменшення ШОЕ, що свідчить про ліквідацію явищ післяопераційної анемії (анемія зникла з операцією)). Не відзначалося достовірних розходжень у показниках АТ (СТ, ДТ, ПТ), екскурсії грудної клітки і черевної стінки (ЕГК, ЕЧС), показників динамометрії і кількості лейкоцитів в обох групах. Однак, при аналізі динаміки виміряних величин у кожній групі окремо при первинному і повторному

обстеженнях, в експериментальній групі відзначалася достовірна позитивна динаміка всіх показників, крім АТ (мал. 1-4). У контрольній групі не було достовірних розходжень у величинах ЧСС, АТ, екскурсії грудної клітки і черевної стінки, пробі Генчі, кількості еритроцитів при первинному і повторному обстеженнях.

Мал. 4. Досліджувані показники жінок контрольної та експериментальної групи при подругому обстеженні



Висновки: розроблена нами і застосована програма фізичної реабілітації в жінок, які перенесли операцію з приводу кисти яєчника, є ефективною, раціональною і дозволяє прискорити відновлення знижених і порушених функцій їх організму, попередити розвиток ускладнень з боку кардіореспіраторної системи і може бути рекомендована до широкого використання в гінекологічній клініці.

Література

1. Акушерство и гинекология / Пер. с англ. [С.П. Коней и др.]; Под общ. ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1997. – 719 с.
2. Аршин В.М. и др. Лечебная физкультура при полостных операциях. – Куйбышев: КМИ, 1988. – 58 с.
3. Васильева В.Е. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. – М.: Медицина, 1967. – 48с.
4. Калинина Л.Ф. Лечебная физкультура в акушерской и гинекологической клинике – Харьков, 1969.
5. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / под ред. проф. А.Ф. Каптелина, канд. мед. наук И.П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995.
6. Лечебная физкультура и врачебный контроль / под ред. проф. В.А. Етифанова и проф. Г.Л. Апанасенко. – М.: Медицина, 1990.
7. Мурза В.П. Физические упражнения и здоровье. – Киев: Здоровье, 1991.
8. Немедикаментозные методы терапии в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Орлова. – М.: МОНИИАГ, 1997. – 131с.

PHISICAL REHABILITATION OF WOMEM OF YOUNG AGE AFTER OVARIOECTOMY

Nataliya GONCHARUK

Kharkov State Academy of Physical Culture

Annotation. The article deals with the effectiveness of general approach to the physical rehabilitation of women after the ovarioectomy which makes it possible to encrease process of regeneration of damaged or retarded functions of organism and prevent development of the postoperation

РОЛЬ ВІБРАЦІЙНОГО ФАКТОРУ У ЗАХВОРЮВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА У ЗАЛІЗНИЧНИКІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З РУХОМ ПОЇЗДІВ

Євген ГРЕТЧЕНКО, Юрій КСЕНЮК

Клінічна лікарня Львівської залізниці

Вібраційний фактор у патогенезі захворювань в останні роки став об'єктом уваги спеціалістів різного профілю: невропатологів (7, 10, 14), вегетологів (11), кардіологів, нефрологів (6, 15). Вібраційна хвороба вивчалася у гірськоробочих (8), на промислових підприємствах (3), у працівників авіапідприємств (5), у залізничників (3, 4). Разом з цим питання етіопатогенезу остеохондрозу хребта у залізничників, пов'язаних з рухом поїздів, вивчені недостатньо.

Не вивчені особливості і параметри віброколивань на робочих місцях, їх денна динаміка в зв'язку зі стажем роботи.

Науково-технічний прогрес сприяє зростанню кількості і потужності механізмів, які своїм робочим механізмам формують віброколивання різних характеристик. Але ще недостатньо впроваджуються в практику вимоги до зниження потужності робочих механізмів.

Виділяють постійні гармонійні коливання, періодично згасаючі, вимушені коливання. Вони мають різні характеристики: частоту в Гц, швидкість зміщення в мм/мс, енергію у Вт. Вивчені межі віброколивань, які по різному впливають на організм людини. При частоті 2 Гц вібрації не шкодять організму. При частоті 3-8 Гц ефект залежить від амплітуди віброколивань: при амплітуді 0,1-0,02 мм ефект не відчувається. Але при амплітуді коливань 0,2-1 мм вібрація відчувається. Особливі частини тіла переносять більшу амплітуду, а все тіло – значно меншу. Для кожного ділянки тіла є своя межа резонансних коливань. Загальна межа для всього тіла становить 4-12 Гц в робочій позі сидячи і 4-12 Гц в позі стоячи (12).

За характером дії загальну вібрацію поділяють на вертикальну (стопа-голова) і горизонтальну (спина-груди і навпаки) та зліва направо навпаки. За частотним складом вібрації поділяють на низькочастотну (2-4 Гц), середньочастотну (8-16 Гц) і високочастотну