гастрошунтирующей операции показал, что во всех случаях отмечалась тяжелая форма синдрома приводящей петли. Поиск профилактики развития данного синдрома позволил установить его причину, что явилось поводом к разработке модифицированного способа лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции, что позволило избежать тяжелых форм синдрома приводящей петли, требующих повторного оперативного вмешательства.

COVID-19 KASALLIGINING TARQALISHIDA BEMORLAR GENDER XUSUSIYATLARINING O'RNI

Omonov.O.Y.
Buxoro davlat tibbiyot institute.

Mavzuning dolzarbligi: Yaqindagina butun insoniyat boshidan kechirgan COVID-19 pandemiyasi ham infeksion kasalliklar tarqalishida juda ko'plab preventiv chora tadbirlar ishlab chiqish zarurligini ko'rsatdi. Ayni shu chora-tadbirlarni ishlab chiqish jarayonida juda ko'plab kasallikning ijtimoiy xususiyatlarini hisobga olib borish zarur. |Xususan kasallik tarqalishida uning gender xususiyatlarini o'rganish kasallik tarqalishini oldini olishda va preventiv chora tadbirlarni ishlab chiqishda juda dolzarb hisoblanadi. O'z navbatida shuni aytish mumkinki, ayollar va erkaklar o'rtasida ko'pincha kasallik tarqalish vaqtida turli xil munosabat bo'ladi. Bunday holat inson organizmimning biologik jinsiy xususiyatlari, hamda ijtimoiy jihatdan qurilgan gender majburiyatlari bilan tushuntiriladi. COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni jins bo'yicha ajratilgan ma'lumotlar bilan deyarli barcha mamlakatlarda hujjatlashtirilgan izchil namunalar shuni ko'rsatadiki, ko'proq erkaklar , xuddi shunday yoshdagi ayollar bilan solishtirganda, og'ir kasallik va o'lim xavfini boshdan kechiradilar . Bir qancha davlatlarda o'tkazilgan tajribalar davomida kasallikning gender xususiyatlari turlicha kechishini kuzatish mumkin.

Tadqiqod maqsadi: Buxoro viloyatida COVID-19 kasalligi tarqalishining gender xususiyatlarini aholi qatlamlariga mos tarzda o'rganish.

Material va metodlar: 2020-2022-yillar davomida Buxoro viloyat kasalxonasi va viloyat yuqumli kasalliklar shifoxonasida COVID-19 tashxisi bilan davolangan ikki ming ikki nafar bemorning passport ma'lumotlari.

Olingan natijalar: COVID-19 kasalligining tarqalishida aholi gender xususiyatlarining o'rnini o'rganish maqsadida, barcha davolangan bemorlarni ikki toifaga ya'ni erkaklar va ayollar guruhiga ajratildi Olingan ma'lumotlarga ko'ra ayollar va erkaklar o'rtasida deyarli teng nisbatda kasallik tarqalishini kuzatish mumkin. Faqatgina kichik ulushlarda erkaklarda ustunlikni kuzatish mumkin. Olib borilgan kuzatuvlarga asoslanib shuni tahlil qilib aytadigan bo'lsak jami bemorlarning 1055 nafarini, foiz nisbatda olinganda 52,75 %ini erkaklar tashkil qiladigan bo'lsa, mos tarzda qolgan bemorlar ya'ni 947 nafar bemor ulush hisobida 47.25% bemorlar ayollar hisobiga to'g'ri keladi. Kasallikdan o'lim ko'rsatkichlari tahlil qilinganda vafot etgan bemorlarning 39,34%ini ayollar va 60,66%ini erkaklar tashkil qilganligini ko'rish mumkin. Bu o'rinda erkaklar o'rtasida o'lim ko'rsatkichlarining yuqori ekanligi keyingi tadqiqot natijalari uchun turtki bo'la oladi.

Xulosa: Dunyo davlatlari bilan taqqoslaganda Buxoro viloyati hududida kasallik tarqalishining gender xususiyatlari tahlilida, erkaklar va ayollar o'rtasida kasallik aniqlanish darajasi deyarli teng foizlarda aniqlangan. Faqatgina erkaklarda biroz ustunlikni kuzatish mumkin. Bu holatning asosiy sababini aholi bilan ko'proq muloqot olib boruvchi ish o'rinlarida erkaklar ulushining nisbatan yuqoriligi bilan izohlash mumkin. Boshqa tarafdan olib qaralganda kasallik tarqalish jarayonida koronavirusli infersiyaning gender sensitivligini aniqlash uchun bir qator laborator va genetik tahlillarni o'tkazish uchun katta ehtiyoj bor.

ПОДБОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ В СОСТАВЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

С.В.Соколовская[1], Т.О.Чуева[1,2]
[1]ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им.Н.И.Лобачевского», г. Нижний Новгород, Россия.
[2]ГБУ НО «Региональный центр спортивной медицины», г. Нижний Новгород, Россия.

Актуальность. Согласно Порядка медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Нижегородской области, утверждённого приказом министерства спорта и министерства здравоохранения Нижегородской области №315-375/24П/од/132 от 06.05.2024г в медико-биологическое обеспечение входит психологическое сопровождение спортсменов сборных команд региона. Среди психологических мероприятий указывается диагностический контроль психофизиологического состояния и профессионально важных характеристик спортсменов. Согласно Приложению №1 приказа Министерства здравоохранения России от 23.10.2020 N1144н (ред. от 22.02.2022)– Программы медицинского осмотра лиц, занимающихся физической культурой и спортом - в составе углубленного медицинского обследования (УМО) (на этапе совершенствования спортивного мастерства и высшего спортивного мастерства) проводится исследование психоэмоционального статуса спортсмена, при этом четкого регламента проведения данной процедуры, набора психодиагностических методик в данных

документах не определено.

На время проведения исследования нами был использован был программно-аппаратный комплекс «НС-Психотест» производства ООО «Нейрософт». Было определено, что при проведении УМО психологическое обследование спортсменов целесообразно проводить не более 20 минут, т.к. в программе УМО большое количество клинико-лабораторных и функционально-диагностических процедур, а также осмотров врачей-специалистов, что занимает у спортсменов довольно много времени. Таким образом, перед нами встала задача подбора диагностического инструментария экспресс-диагностики психофункционального состояния спортсменов в составе УМО.

Цель исследования: обосновать состав методик для определения психофункционального состояния и работоспособности спортсмена в составе углубленного медицинского обследования.

Организация и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУ НО «Региональный центр спортивной медицины». В исследовании принимали участие спортсмены сборных команд Нижегородской области различных видов спорта и разных этапов спортивной подготовки: этап совершенствования спортивного мастерства (возраст 14-17 лет, М=95), этап высшего спортивного мастерства (возраст 17-19 лет, М=80). Эмпирические методики исследования: Восьми цветовой тест Люшера, Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР), Реакция на движущийся объект (РДО), Помехоустойчивость, Теппинг-тест. Статистическая обработка данных с использованием IBM SPSS Statistics 23. Были использованы методы математической статистики: корреляционный анализ с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ данных спортсменов сборных команд Нижегородского региона, определил несколько статистически значимых корреляционных связей. Наибольшее количество значимых корреляций между шкалами методик было выявлено по тесту Помехоустойчивость. Чаще всего корреляции встречались с методиками ПЗМР и РДО. Наименьшее количество корреляций было выявлено в показателях методики Теппинг-тест.

Далее был проведен факторный анализ и построена факторная матрица, проанализирована оценка вклада каждого фактора в общую дисперсию. В результате использования метода главных компонент для выделения факторов и метода варимакс вращения с нормализацией Кайзера, выявлено 9 факторов, вклад которых составляет 81,5%.

Первый фактор включает в себя шкалы цветового теста Люшера «Работоспособность», «Стресс», «Вегетативный баланс», «Суммарное отклонение от аутогенной нормы». Интегрируя характеристики данных шкал, можно определить, что первый фактор – Психическое состояние спортсмена, отражающее уровень работоспособности и готовности к нагрузкам.

Второй фактор содержит в себе три шкалы теста ПЗМР: «Число ошибок», «Преждевременное нажатие», и «Пропуски», шкалы теста Помехоустойчивость «ошибки опережения» и «Ошибки запаздывания» и Среднеквадратичное отклонение ПЗМР. Объединяя характеристики данных шкал, можно сформулировать, что второй фактор связан с особенностями реагирования на зрительный раздражитель.

Третий фактор состоит из трех шкал теста Помехоустойчивость: «Работоспособность УФВ (уровень функциональных возможностей)» и «Работоспособность ФУС (функциональный уровень системы)», и «Работоспособность УР (устойчивость реакции)». Интегрируя характеристики этих шкал, можно заключить, что третий фактор – текущее функциональное состояние центральной нервной системы, характеризующее возможность противостоять раздражителям.

Четвертый фактор включает в себя шкалы теста ПЗМР: «Работоспособность УФВ (уровень функциональных возможностей)», «Работоспособность ФУС (функциональный уровень системы)», «Работоспособность УР (устойчивость реакции)» и «Среднее значение времени реакции». Интегрируя характеристики этих шкал, можно заключить, что четвертый фактор – текущее функциональное состояние работоспособности центральной нервной системы.

Пятый фактор состоит из трех шкал Теппинг-теста: «Средняя частота», «Число ударов» и «Выносливость». Интегрируя характеристики данных шкал, можно определить, что пятый фактор – характеристика типа нервной системы.

Шестой фактор объединяет шкалы: методики «РДО»: «Число точных реакций», «Энтропия», «Число опережений». Седьмой фактор нагружены шкалами: «Число запаздываний» и «Число опережений». Объединяя характеристики этих шкал, можно заключить, что они отражают уравновешенность нервных процессов.

Восьмой фактор состоит из шкал теста Помехоустойчивость «Ошибка запаздывания» и «Устойчивость внимания», теста ПЗМР «Среднеквадратичное отклонение» и «Среднее значение времени реакции». Объединяя характеристики этих шкал, можно заключить, что восьмой фактор – скорость сенсомоторной реакции.

И девятый фактор содержит лишь одну шкалу «Концентрация внимания» теста помехоустойчивость, поэтому эту шкалу так и определим – концентрация внимания.

Заключение. Применение метода факторного анализа обеспечило выделение ряда факторов. К ним относятся: психическое состояние, особенности реагирования на зрительный раздражитель, функциональное состояние центральной нервной системы, возможность противостоять раздражителями,

характеристика типа нервной системы, уравновешенность нервных процессов, скорость сенсомоторной реакции, концентрация внимания.

Анализируя данные, полученные в работе, в качестве методик для экспресс-диагностики психофункционального состояния и работоспособности спортсменов в составе УМО мы рекомендуем использовать: методику Помехоустойчивость, методику Восьмицветовой тест М. Люшера (в адаптации Л. Собчик), методику РДО.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СПОРТСМЕНОВ

Булынко Е.С., Врублевская К.В.
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр спорта», г. Минск, Беларусь.

Актуальность. Системный подход к оценке психологической подготовленности позволяет своевременно выявлять зоны риска, корректировать подготовку и повышать спортивные результаты. Учёт индивидуальных особенностей спортсмена на различных этапах подготовки позволит повысить эффективность тренировочного и соревновательного процессов.

Цель работы. Разработать алгоритм оценки психологической подготовленности спортсменов.

Материалы и методы. Разрабатываемый алгоритм направлен на решение ключевых задач: дифференцированную оценку психологического состояния, а также разработку индивидуальных рекомендаций по коррекции выявленных отклонений. Рассмотрим структуру алгоритма оценки. На первом этапе происходит формирования запроса, важно чётко определить с какой целью проводится оценка психологической подготовленности спортсмена и каких результатов ожидают участники процесса — сам спортсмен, тренер, врач. На следующем этапе сбора данных проводится тестирование, направленное на получение объективной информации о психологическом состоянии спортсмена. Данное тестирование может проводиться как в лабораторных условиях, так и непосредственно во время тренировочного процесса. Далее, на этапе анализа и интерпретации психолог сопоставляет полученные данные с нормативными характеристиками, учитывая пол, вид спорта и текущий период подготовки спортсмена. Так, в подготовительном периоде оценивается исходный уровень психологической подготовленности, выявляются индивидуальные зоны развития и устанавливаются нормативные показатели для спортсмена. В соревновательный период основное внимание уделяется диагностике и мониторингу состояния перед стартом, включая контроль уровня тревоги и концентрации внимания. В переходный период анализируется постсоревновательное психологическое состояние, выявляются зоны, которые требуют коррекции, а также происходит планирование психологической подготовки на следующий цикл. На следующем этапе специалист разрабатывает рекомендации с учётом вида спорта, этапа тренировочного цикла, индивидуальных характеристик личности. Этап обратной связи предполагает передачу результатов тестирования тренеру или врачу команды с последующей консультацией и перспектив взаимодействия.

Результаты. Созданный алгоритм оценки психологической, включает 5 этапов и учитывает период подготовки спортсмена – формирование запроса, сбор данных, анализ и интерпретация, формирование рекомендаций, обратная связь, где отображены ключевые показатели психологической подготовленности для каждого периода подготовки.

Заключение. Психологическая подготовленность спортсмена — ключевой фактор, определяющий успешность выступлений на соревнованиях. Для достижения максимальных результатов необходим мониторинг и оценка психологического состояния спортсмена. Этот процесс должен учитывать нормативные показатели в зависимости от специфики вида спорта и половой принадлежности. Предложенный алгоритм позволяет отслеживать и своевременно корректировать психологическую подготовленность спортсмена.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПОДАГРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Абдуллаев А.К. Мавлянов И.Р.
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) рассматривается как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений. Её влияние на клиническое течение ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ) и подагры изучено недостаточно. Повышенный уровень мочевой кислоты может модифицировать характер симптоматики, ускорять прогрессирование заболеваний и увеличивать частоту госпитализаций.

Цель. Изучить особенности клинического проявления и течение ИБС, ГБ и подагры в зависимости от уровня мочевой кислоты.

Материалы и методы. Обследовано 220 больных, находившихся на стационарном лечении: с ИБС, ГБ и хронической тофусной подагрой. Все пациенты были разделены на подгруппы с нормоурикемией