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