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

и гиперурикемией. Анализ включал: характер болевого синдрома, данные суточного мониторирования артериального давления (СМАД), клинические проявления подагры, частоту госпитализаций за 1 и 5 лет.

Результаты. У всех больных ИБС наблюдались ангинозные приступы, характерные для ФК II. У пациентов с ГУ чаще отмечались боли в груди, не связанные с физической нагрузкой (90,9% против 57,4%; p<0,05), атипичная локализация боли (54,3% против 20%; p<0,05), жгучий характер болей (54,5% против 26,7%; p<0,05) и симметричная иррадиация (в спину — у 45,6%, в обе руки — у 15,1%). Ранняя утренняя ангинозная боль встречалась у 62% пациентов с ГУ. При этом нитроглицерин был более эффективен при атипичных болях в группе с ГУ (45,5% против 24,4%; p<0,05). Несмотря на меньшую длительность анамнеза (4,78 против 5,57 лет), частота госпитализаций у больных с ГУ была выше — 2,01 раза в год и 4,07 за 5 лет (против 1,75 и 2,82 соответственно). У пациентов с ГУ заболевание имело более неблагоприятное течение: чаще выявлялись высокие показатели САД и ДАД как днём, так и ночью (161,2/97,7 и 145,6/92,3 мм рт.ст.), инверсия суточного ритма давления, недостаточное ночное снижение АД (52,7% против 43,3%) и рост ночного пульсового давления. У 32,7% больных с ГУ максимальные цифры АД регистрировались ночью (против 11% в группе без ГУ). Несмотря на меньшую длительность анамнеза (4 против 5,65 лет), частота госпитализаций у больных с ГУ была выше — 2,08 раза в год и 3,85 за 5 лет (против 1,4 и 2,83). Все пациенты имели хроническую тофусную форму подагры. Длительность заболевания у больных с ГУ была выше (9,68 против 6,86 лет). Независимо от уровня мочевой кислоты, клиническая картина характеризовалась полиартритом (53,9%) и функциональной недостаточностью суставов II степени (65,4%). Внесуставные проявления (тофусы) встречались у 53,9% больных обеих групп. Госпитализации были частыми: при ГУ — 2,0 раза в год и 3,16 за 5 лет, при нормоурикемии — 2,14 и 3,79 соответственно.

Заключение. Гиперурикемия существенно модифицирует клиническое течение ИБС и ГБ, проявляясь более атипичной симптоматикой, неблагоприятным суточным профилем давления и большей частотой госпитализаций, даже при меньшей длительности заболевания. При подагре наличие гиперурикемии закономерно, однако её уровень не оказывает решающего влияния на структуру суставных поражений, хотя ассоциируется с большей длительностью болезни.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Усмонов Б.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Республика Узбекистан.

Введение. Повреждения медиальной коллатеральной связки (МКС) коленного сустава занимают одно из ведущих мест среди травм опорно-двигательного аппарата и составляют около 30–40% всех связочных повреждений колена. МКС обеспечивает медиальную стабильность сустава, препятствует чрезмерному вальгусному отклонению и наружной ротации голени. Основными механизмами травмы являются падение с фиксированной стопой, удар по латеральной поверхности колена и спортивные перегрузки (футбол, борьба, лыжный спорт). В клинической практике выделяют три степени повреждения: растяжение (I степень), частичный разрыв (II степень) и полный разрыв (III степень).

В большинстве случаев лёгкие и среднетяжёлые повреждения лечатся консервативно. Однако при полном разрыве связки и сочетанных повреждениях вопрос о выборе тактики остаётся дискуссионным.

Методы. В исследование включены 60 пациентов с повреждениями МКС, находившихся на лечении в специализированном центре в 2020–2024 гг. Возраст пациентов: от 18 до 55 лет, средний – 31,7±5,4 года. Пол: мужчины – 70%, женщины – 30%. Характер травм: изолированные повреждения – 65%, сочетанные (с мениском или крестообразными связками) – 35%. Пациенты были разделены на две группы: Группа I (n=34) – консервативное лечение: иммобилизация ортезом на 3–4 недели, физиотерапия, ЛФК. Группа II (n=26) – хирургическое лечение: ушивание или пластика связки с использованием аутотрансплантата. Оценка эффективности проводилась по шкалам Lysholm и IKDC через 1, 3 и 6 месяцев. Дополнительно фиксировались сроки возвращения к спортивной активности и частота осложнений.

Результаты. Через 6 месяцев функциональные показатели значительно различались: о шкале Lysholm: группа I – 82,3±4,5, группа II – 90,1±3,7 (p<0,05). По шкале IKDC: группа I – 77,8±5,2, группа II – 86,9±4,1 (p<0,05). В группе консервативного лечения у 21% пациентов сохранялась нестабильность II степени, тогда как в хирургической группе лишь у 7,6% выявлялась лёгкая остаточная нестабильность. Возврат к спортивным нагрузкам: группа I – 58,8% пациентов, группа II – 80,7% (p<0,05). Осложнения в хирургической группе включали два случая серомы и один – ограниченной контрактуры, устранённые в процессе реабилитации.

Обсуждение. Результаты показывают, что консервативная терапия эффективна при повреждениях I–II степени и позволяет достичь удовлетворительных функциональных исходов. Однако у части пациентов сохраняется нестабильность, что ограничивает спортивные и профессиональные нагрузки.

Хирургическое лечение даёт лучшие показатели стабилизации и функционального восстановления, особенно у пациентов с III степенью повреждения или сочетанными травмами. При этом риск осложнений