

спартыўнага педагога да ўзроўню, які забяспечвае магчымасць ажыццяўлення ім рэальнай прафесійнай педагогічнай дзейнасці.

Фармаванне прафесійнай культуры фізкультурна-спартыўнага педагога магчыма толькі ў працэсе яго прафесійнай дзейнасці. Адсюль яна мусіць выступаць асноўнай формай падрыхтоўкі фізкультурна-спартыўнага педагога. Аднак па традыцыі асноўнай формай падрыхтоўкі спецыялістаў выступае вучэбная і квазіпрафесійная дзейнасць студэнта.

Вось чаму названыя вышэй педагогічныя задачы мусяць часткова вырашацца пад час аўдыторных лекцыйных і практычных заняткаў. Аднак асаблівую ролю ў іх вырашэнні выконвае дастаткова працяглая педагогічная практыка. У ходзе практыкі студэнты «пагружаюцца» ў прафесійную (квазіпрафесійную) дзейнасць, што спрыяе фармаванню іх прафесійнага мыслення, адпаведных прафесійных матываў і каштоўнасцяў, патрабуе ад іх разнастайных прафесійных ведаў і навыкаў, павышае ўзровень іх прафесійнай падрыхтаванасці. Аднак канчатковае фармаванне прафесійнай культуры фізкультурна-спартыўнага педагога адбываецца ў працэсе яго рэальнай прафесійнай дзейнасці.

1. Щедровицкий, Г.П. Философия. Наука. Методология / Г.П. Щедровицкий. – М.: Школа культурной политики, 1997. – 656 с.

2. Анисимов, О.С. Методологическая культура педагогической деятельности и мышления / О.С. Анисимов. – М.: Экономика, 1991. – 400 с.

3. Визитей, Н.Н. Физическая культура личности / Н.Н. Визитей. – Кишинев: Штиница, 1989. – 108 с.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ АБИТУРИЕНТОВ БГУФК 2008/2009 УЧЕБНОГО ГОДА**

*Сысоева И.В., канд. биол. наук,*

Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

Проблема сохранения и укрепления здоровья молодежи в настоящее время рассматривается, как фактор национальной безопасности, стратегическая цель отечественного здравоохранения в связи с прогрессирующим снижением доли здоровых детей. Ухудшение здоровья, в первую очередь, молодого поколения, наиболее ярко и негативно характеризует современные условия жизни [2]. В связи с этим особую значимость приобретает оценка и прогнозирование функционального состояния организма молодого человека, выявление предпатологических состояний и их ранняя коррекция.

В последние годы общемировая тенденция децелерации, пришедшая на смену акселерации, сопровождалась ухудшением состояния здоровья, прежде всего, выпускников школ. Возрастной период 16–18 лет характеризуется особым своеобразием как в биологическом, так и социальном аспекте. Особенность протекания его во многом определяет будущее человека, физическое и психическое здоровье, успешность включения в трудовую деятельность. Требования, предъявляемые к здоровью студентов вузов, с каждым годом возрастают. Особенно это касается учреждений образования, где помимо учебных нагрузок большой удельный вес занимают нагрузки профессионального характера.

Современный спорт предъявляет к организму студента-спортсмена необычайно высокие требования и, безусловно, имеет определенные факторы риска. Большой спорт в наши дни изобилует экстремальными стрессорными ситуациями, сравнимыми с чрезвычайными. Кроме факторов риска, возникающих непосредственно из спортивной деятельности (макси-

мальная психоэмоциональная перегрузка, травмы, соревновательный стресс), спортсмены подвержены и другим психотравмирующим влияниям. Это, к примеру, информационный и коммуникативный стрессы ввиду неудачной жеребьевки, неспортивного поведения соперника и его тренера, отрицательной реакции зрителей, неудачной попытки или поражения, тенденциозного судейства. Большинство спортсменов старается, строя спортивную карьеру, еще и получить высшее образование. Совмещение учебы, сдачи экзаменов с интенсивными тренировками и соревнованиями создает условия для появления выраженной перегрузки нейроэндокринной системы, приводя к развитию серьезной патологии.

Все это диктует необходимость строгого медицинского отбора абитуриентов для занятий профессиональным спортом, углубленный анализ их функционального состояния, выявление и обоснование медицинских противопоказаний к обучению при поступлении.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния здоровья абитуриентов, поступающих в Белорусский государственный университет физической культуры в 2008/2009 учебном году. Медицинский осмотр проводили на базе Республиканского центра спортивной медицины в рамках работы приемной медицинской комиссии. Программа обследования абитуриентов включала в себя:

- антропометрические исследования и соматоскопию;
- лабораторные исследования;
- осмотр терапевта;
- измерение артериального давления и подсчет пульса в покое и при выполнении функциональной пробы с физической нагрузкой;
- запись и анализ электрокардиограммы;
- осмотр узких специалистов (офтальмолога, оториноларинголога, хирурга-травматолога, невролога, дерматолога);
- осмотр гинеколога (для женщин).

В отдельных случаях требовалось углубленное обследование абитуриентов с привлечением специалистов по фиброгастродуоденоскопии, УЗИ сердца и органов брюшной полости, рентгенографии, врачей-лаборантов биохимической лаборатории и травматологов-ортопедов.

В 2008 году обследование прошло 1200 абитуриентов. В ходе проведения обследования врачами-специалистами было выявлено довольно большое число отклонений от нормы в состоянии здоровья абитуриентов. В 21 % случаев патологические отклонения были выявлены впервые. Из числа абитуриентов, прошедших медицинскую комиссию, на основании врачебных заключений 55 человек (4,6 %) были не допущены к сдаче вступительных экзаменов, среди которых:

- 28 человек (50,9 %) – с заболеваниями глаз и придаточного аппарата (класс VII H00-H59 и приложение 1 приказа № 839 – миопия средней и высокой степени с амблиопией высокой степени, сложный миопический астигматизм, аномалия рефракции менее 0,3 на оба глаза; миопия слабой степени с изменением на глазном дне в виде миопического конуса, миопия средней степени с изменением на глазном дне, дихромазия, аномальная трихромазия типа «В»);

- 14 человек (25,5 %) – с нарушениями опорно-двигательного аппарата (класс XIII M00-M99 – сколиоз I степени с отклонением выше 5–6°, сколиоз II степени с отклонением выше 10°, укорочение нижней конечности на 3 см вследствие врожденной дисплазии в тазобедренном суставе);

- 3 человека (5,5 %) – с патологией желудочно-кишечного тракта (класс XI K00-K93 – хронический гепатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, эрозивный пангастрит);

- 1 человек (1,8 %) – с аллергическим поллинозом и проявлением удушья на пыльцу растений (класс X J00-J99);

– 7 человек (12,7 %) – с патологией сердечно-сосудистой системы (класс IX J00-J99 – частая политопная полиморфная экстрасистолия, артериальная гипертензия 1 риск 1–2, полная блокада правой ножки пучка Гиса, ПМК 1 степени с регургитацией 2 и нарушением ритма по типу АВ диссоциации);

– 2 человека (3,6 %) – с патологией мочеполовой сферы (класс IX N00-N99 – беременность 8 недель, хроническая инфекция мочевых путей на фоне удвоения почки).

Иные нозологические формы, выявленные при углубленном медицинском обследовании, не являлись абсолютными противопоказаниями для занятий профессиональным спортом. Однако эти состояния у студентов-спортсменов создают неблагоприятный фон для срывов адаптационных резервов организма, регуляторных систем, развития психосоматических заболеваний в процессе профессиональной спортивной деятельности. А.Г. Дембо в своих работах (1970, 1984, 1989, 1991 и др.) подчеркивал, что «...для спортивной медицины особое значение имеет то, что очаги инфекции, не проявляющие себя в покое и при обычной нагрузке, оказывают отрицательное влияние при интенсивных физических нагрузках. Происходящее усиление кровообращения способствует вымыванию инфекции в кровь, и тогда поражаются наиболее работающие органы» [1].

Среди 1145 абитуриентов, прошедших медицинское обследование и допущенных к вступительным испытаниям, у 968 (84,5 %) отмечались изменения в состоянии здоровья (рисунок 1). Хирургическая и ортопедическая патология (нарушения ОДА) наблюдались у 433 человек, что составило 37,8 % осмотренных. Наиболее часто диагностировали сколиозы I степени, нарушения осанки, плоскостопие I степени без явлений артроза суставов, юношеский кифосколиоз. Выявленная терапевтическая патология была весьма разнообразна, однако лидирующие места занимали патология органа зрения (24 %) и патология сердечно-сосудистой системы (14 %).

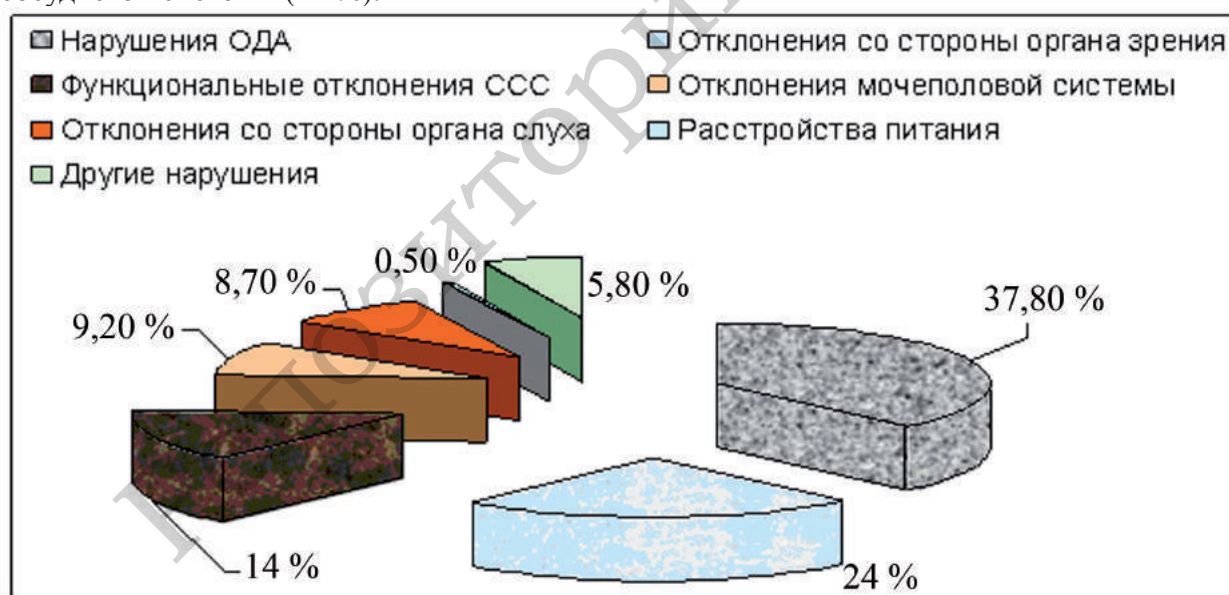


Рисунок 1 – Отклонения в состоянии здоровья абитуриентов, поступивших в БГУФК в 2008/2009 учебном году

Следует отметить, что значительная часть функциональных отклонений в состоянии здоровья абитуриентов на момент осмотра не имела клинических проявлений и выявлялась только при проведении ЭКГ и других инструментальных методов исследования. Основную часть выявленной на ЭКГ патологии составили различные нарушения ритма сердца и нарушения реполяризации. Для проведения дифференциальной диагностики аускультативно регистрируемых кардиальных шумов абитуриентам проводили ультразвуковое исследова-

ние сердца, которое позволило уточнить такие диагнозы, как пролабирование митрального клапана I степени с регургитацией 0–I степени без нарушения сократительной функции миокарда; малые аномалии сердца.

Среди выявленной офтальмологической патологии основную часть составили нарушения рефракции: миопия слабой степени, гиперметропия слабой степени, амблиопия слабой степени, простой астигматизм.

Обращает на себя внимание высокий удельный вес гинекологической патологии среди осмотренных абитуриенток – 9,2 %. Анализ врачебно-амбулаторных карт позволил констатировать лидирующий рост воспалительных заболеваний женской половой сферы (в совокупности около 60 % указанной патологии). На втором месте – дисгормональные состояния: аденогенитальный синдром, дисменорея, диффузная мастопатия, дисфункция яичников, что подразумевает нарушение фертильной функции у спортсменок, помимо того, что нарушения гормонального баланса в организме женщины увеличивают риск развития онкологических заболеваний половой сферы.

Среди выявленной патологии ЛОР-органов (гипертрофия небных миндалин I степени, искривление/гребень носовой перегородки, хронический компенсированный тонзиллит – 8,7 % от числа обследованных) обращает на себя внимание достаточно высокое количество хронических тонзиллитов. Это реальные факторы риска развития гломерулонефрита, ревматизма, порока сердца, кардиомиопатии у спортсменов при интенсивных физических нагрузках. При этом около трети всех абитуриентов нуждалось в санации полости рта, что в совокупности является лимитирующим аспектом увеличения тренировочных нагрузок.

Только 177 человек (15,5 %) после прохождения всех специалистов не имели абсолютно никаких отклонений в состоянии здоровья с заключением врача спортивной медицины: «Здоров».

Проводя сравнительный анализ результатов медицинского обследования абитуриентов, медицинская комиссия пришла к выводу, что абитуриенты 2008 года неоспоримо имеют худшую оценку состояния здоровья в сравнении с предшествующими годами (2003–2007) и больший риск развития всевозможной нозологической патологии. Характерен рост заболеваемости среди студентов практически по всем классам болезней с лидерством нарушений ОДА. По большинству классов болезней заболеваемость девушек на 5–10 % выше таковой у юношей. Вызывает глубокую озабоченность рост соматической патологии женской половой сферы среди студенток, негативно влияющей на формирование репродуктивной функции. Причины распространенности выявленной патологии требуют дальнейшего изучения и анализа.

1. Земцовский, Э.В. Спортивная кардиология / Э.В. Земцовский. – СПб.: Гиппократ, 1995. – 448 с.

2. Медико-педагогические проблемы охраны здоровья учащихся и безопасности жизнедеятельности: тез. Респ. науч.-практ. конф., Минск, 31 окт. 2008 г. / отв. за вып. В.П. Сытый. – Минск, 2008. – 112 с.