

После выполнения дозированной физической нагрузки были получены следующие результаты: АДС составило $123,6 \pm 1,61$ мм рт. ст., артериальное АДД — $69,19 \pm 1,15$ мм рт. ст., ЧСС увеличилась до $124,57 \pm 1,82$ уд./мин.

На первой минуте восстановления ЧСС составила $94,13 \pm 1,49$ уд./мин ($n = 84$), на второй минуте — $86,03 \pm 1,78$ уд./мин. ($n = 56$), на третьей минуте — $90,7 \pm 3,24$ уд./мин ($n = 17$).

Последнее обследование проводилось в 6 семестре 2009–2010 учебного года приняло участие 55 студенток (таблица 4).

Таблица 4 — Показатели пробы (среднее, стандартная ошибка, счет, уровень надежности) Мартинэ-Кушелевского у студенток СМГ 3 курса 2009–2010 учебного года, весеннего семестра

Показатели пробы	АД до		ЧСС до	АД после			ЧСС после	ЧСС1	ЧСС2	ЧСС3
Среднее	106	69,5	82,7	120	68,2	117,8	87,9	80,12	86,4	
Стандартная ошибка	$\pm 1,32$	$\pm 0,9$	$\pm 1,71$	$\pm 2,3$	$\pm 1,61$	$\pm 2,49$	$\pm 1,64$	$\pm 2,23$	$\pm 9,01$	
Счет	55	55	55	55	55	55	55	32	5	
Уровень надежности	2,05	1,82	3,43	4,63	3,24	5,0	3,30	4,56	25,04	

АДС до нагрузки составило $106 \pm 1,32$ мм рт. ст., АДД — $69,5 \pm 0,9$ мм рт. ст., ЧСС — $82,7 \pm 1,71$ уд./мин.

После выполнения дозированной физической нагрузки были получены следующие результаты: АДС составило $120 \pm 2,3$ мм рт. ст., АДД — $68,2 \pm 1,61$ мм рт. ст., ЧСС увеличилась до $117,8 \pm 2,49$ уд./мин.

На первой минуте восстановления ($n = 55$) ЧСС составила $87,9 \pm 1,64$ уд./мин, на второй минуте восстановления ($n = 32$) — $80,12 \pm 2,23$ уд./мин, на третьей минуте восстановления ($n = 5$) — $86,4 \pm 9,01$ уд./мин.

Выводы

1. У студенток 1 и 3-го курсов при проведении пробы Мартинэ наблюдалось умеренное возрастание ЧСС, повышение систолического АД и умеренное снижение диастолического АД. Такой тип реакции ССС характеризуется как нормотонический.

2. После проведения пробы у девушек 1-го курса восстановление и показатели ССС лучше, по сравнению со студентками 3-го курса, что свидетельствует о более экономичном режиме работы ССС и более высокой их работоспособности. Возможно, это связано с более активным участием студенток 1-го курса в учебном процессе.

3. Исследования указывают на необходимость разработки строго регламентированных норм нагрузок для занятий физическими упражнениями и их использовании. Более тщательной разработки требуют упражнения аэробного характера, которые сопровождаются повышением общей работоспособности организм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко, В. А. Физическая культура: учеб. пособие / В. А. Коваленко. — М.: АСВ, 2000. — С. 43.
2. Медведев, В. А. Методы контроля физического состояния и работоспособности студентов: учеб. пособие / В. А. Медведев, О. П. Маркевич. — Гомель: ГГМУ, 2004. — 50 с.

УДК 613.7-057.875-378.661

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ УО «ГомГМУ»

Новик Г. В., Хорошко С. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема движения и здоровья имела достаточную актуальность еще в Древней Греции и в Древнем Риме. Так, греческий философ Аристотель высказывал мысль о

том, что ничто так сильно не разрушает организм, как физическое бездействие. Французский врач Симон-Андре Тиссо (XVIII в.) писал: «Движение как таковое может заменить любое средство, но все лечебные средства мира не могут заменить действие движения».

Физическая культура — специфическая составная часть общей культуры общества, одна из сфер биосоциальной деятельности, являющаяся фундаментом духовного и умственного развития человека, направленная на формирование здоровья, воспитание двигательной подготовленности человека и использование их в соответствии с потребностями личности и общественной практики [1].

Цель

Анализ состояния здоровья студентов 1–4-х курсов УО «ГомГМУ».

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы, анализ справок (выписка из протокола ВКК), метод математической обработки полученных результатов.

Результаты и обсуждение

С 2007 по 2010 гг. сотрудниками кафедры физического воспитания и спорта проводился анализ наполняемости групп основного отделения, специального отделения и групп ЛФК.

Всего студентов с 1 по 4-й курс в 2007–2008 учебном году составило 1402 человека. К основному отделению отнесено 782 человека; к СМО — 437; к группе ЛФК — 83.

Всего студентов с 1 по 4-й курс в 2008–2009 учебном году составило 1468 человека. К основному отделению отнесено 793 человека; к СМО — 464; к группе ЛФК — 100.

Всего студентов с 1 по 4-й курс в 2009–2010 учебном году составило 1971 человек. К основному отделению отнесено 1008 человек; к СМО — 479; к группе ЛФК — 140.

Всего студентов с 1 по 4-й курс в 2010–2011 учебном году составило 2156 человек. К основному отделению отнесено 1160 человек; к СМО — 545; к группе ЛФК — 100.

На рисунке 1 можно проследить изменение количественного состава отделений в процентном отношении на протяжении отчетного периода.

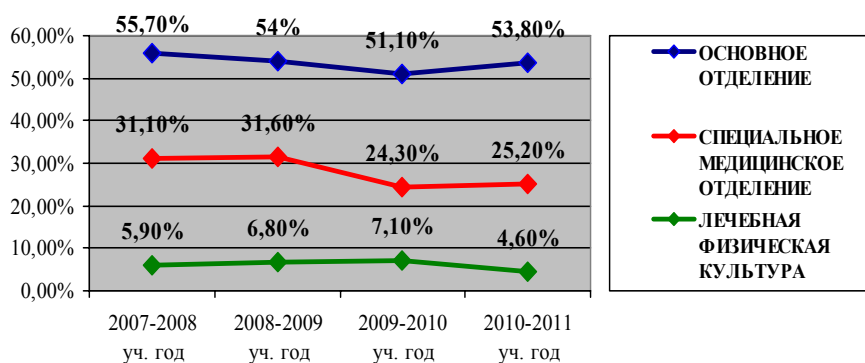


Рисунок 1 — Изменение количественного состава отделений в процентном отношении за отчетный период

Количество студентов отнесенных к основному отделению в 2007–2008 учебном году составило 55,7 %, в 2008–2009 учебном году снизилось до 54 %, в 2009–2010 учебном году снова снижение до 51,1 %, а в 2010–2011 учебном году показатели выросли до 53,8 %.

Количество студентов отнесенных к специальному медицинскому отделению в 2007–2008 учебном году составило 31,1 %, в 2008–2009 учебном году незначительно выросло до 31,6 %, в 2009–2010 показатели снизились до 24,3 %, а в 2010–2011 учебном году наблюдается увеличение до 25,2 %.

Количество студентов отнесенных к группе лечебной физической культуры в 2007–2008 учебном году составило 5,9 %, в 2008–2009 учебном году выросло до 6,8 %, в 2009–2010 учебном году 7,1 % соответственно, 2010–2011 учебном году снизилось до 4,6 %.

Нами был проведен сравнительный анализ состояния здоровья студентов 1–4-х курсов ГомГМУ, по состоянию здоровья отнесенных к специальным медицинским группам и группам лечебной физической культуры.

Для анализа состояния здоровья студентов дополнительно была использована международная классификация болезней, которая включает 21 класс. Классы I–XVII относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям, класс XIX — к травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних факторов. Остальные классы охватывают ряд современных понятий, касающихся диагностических данных, класс XVIII — охватывает симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, неклассифицированные в других рубриках. Класс XX — внешние причины заболеваемости и смертности. Класс XXI — «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» предназначен для классификации данных, объясняющих причину обращения в учреждения здравоохранения не являющихся больными в данное время [2]. Рисунок 1 отражает процентное соотношение заболеваемости студентов.

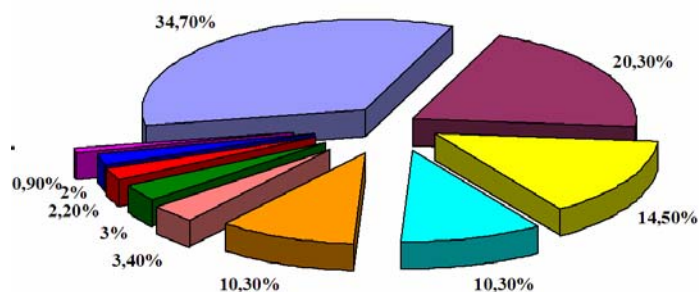


Рисунок 2 — Процентное соотношение заболеваемости студентов

Рассматривая рисунок 2 можно выделить следующие классы в соответствии с международной классификацией болезней и физиологических состояний у студентов:

Класс XIII — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 34,7 %.

Класс VII — болезни глаз и придаточного аппарата — 20,3 %.

Класс IX — болезни системы кровообращения — 14,5 %.

Класс XI — болезни органов пищеварения — 10,3 %.

Класс XIV — болезни мочеполовой системы — 10,3 %.

Класс VI — болезни нервной системы — 3,4 %.

Класс IV — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 3 %.

Класс X — болезни органов дыхания — 2,2 %.

Класс XV — беременность, роды и послеродовый период — 2 %.

Класс I — инфекционные и паразитарные болезни — 0,9 %.

Заключение

В результате анализа данных по заболеваниям было выявлено, что одно из лидирующих мест в списке наиболее распространенных форм заболеваний занимают заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани. В эту группу входят такие заболевания, как сколиозы I–III степени, плоскостопие и другие функциональные отклонения опорно-двигательного аппарата. Второе место занимают болезни глаз и его придаточного аппарата. Третье место занимают болезни системы кровообращения. Работая с такими группами, преподаватель физического воспитания должен учитывать результаты анализа состояния здоровья студентов и избегать чрезмерных нагрузок, а также использовать средства и методы, направленные на профилактику обострения и коррекцию заболеваний студентов. Основной задачей учебных занятий со студентами следует считать по-

степенное и последовательное увеличение нагрузки, направленное на повышение жизнедеятельности организма, разносторонней физической подготовленности и приспособляемости к физическим нагрузкам и тренировкам. Это не только укрепляет мышечную систему, но и улучшает деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшает обмен веществ, содействует повышению жизненного тонуса. Каждому студенту нужно осуществлять индивидуальный подход при проведении занятия, обучать самоконтролю и развивать интерес к физической культуре, как к важному оздоровительному средству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Физическая культура: типовая учебная программа для высш. учеб. заведений / сост.: В. А. Коледа [и др.]; под ред. В. А. Коледы. — Минск: РИВШ, 2008. — 60 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем / ред. совет: И. Б. Зеленкевич (гл. ред.) [и др.] // Десятый пересмотр (МКБ-10): краткий вариант. — Минск: Асар, 2001. — 400 с.

УДК 616.833.54-002-031.63

КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

Олизарович М. В., Колташев М. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Как известно, ожидание хирургического вмешательства является стрессовым воздействием на человека [1]. При этом возможно изменение его психической активности и восприятия окружающей действительности.

Для подтверждения клинически выявляемых расстройств внимания наиболее адекватными методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте [2, 3].

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры [3].

Тест Роршаха используется для оценки личностных особенностей пациента. При этом стимульный материал к тесту состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми и цветными симметричными аморфными (слабоструктурированными) изображениями («пятна» Роршаха) [4, 5].

Несмотря на то, что в настоящее время нет завершенной теории, связывающей особенности интерпретации стимулов с личностными характеристиками, валидность теста доказана исследованиями. Подтверждена и высокая надежность как отдельных групп показателей теста, так и методики в целом [5]. В отличие от всех существовавших прежде психологических методик испытуемые в этом тесте дают свои ответы самостоятельно, а не выбирают их среди заранее подготовленных экспериментатором.

Цель исследования

Анализ когнитивных функций у пациентов с поясничной радикулопатией, поступивших для хирургического лечения.

Методы исследования

Оценка когнитивных функций по таблицам Шульте и Роршаха. Испытуемым предлагались подряд три неидентичные таблицы Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. При этом регистрировалось время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности.

Вторая часть исследования состояла в регистрации ответов пациентов по 5 рисункам (чернильным пятнам) теста Роршаха.