

6. Koshelev S. N. Biomechanics of sports dances / Pages N. Koshelev. – М. : Publishing house the World, 2006. – P. 140.
7. Maksimova Yu. A. Funktsionalnyy camp poperekovy viddilu ridge verkhnykh akrobativ / Yu. A. Maksimova // Teoriya i praktika fizichnoy kultury i sportu. – 2011. – No. 1. – P. 47–50.
8. Marchenko O. K. Zdorovyekorrigiruyushchiye metody v modern sports / Island Marchenko, S. Myaluk // Science in the Olympic sports. – 2005. – No. 2. – P. 86–91.
9. Matveev L. P. Bases of the general theory of sports and system of preparation of athletes / L. P. Matveev. – Kyiv : Olympik lit., 1999. – P. 320.
10. Shuttles V. A. Posttrenirovochnoye's shuttles restoration of a functional condition of a backbone at athletes of high qualification in the Olympic sports / V. A. Shuttles // Theory and practice of physical culture. – 2009. – No. 1. – P. 64–67.

#### **Аномалії**

*У статті підкреслено актуальність проблеми порушень постави в спортсменів, котрі займаються спортивними танцями, та виявлено можливі причини цих порушень. Мета цієї роботи – вивчити стан питання й систематизувати сучасні науково-методичні знання та результати практичного досвіду фахівців із питань впливу занять спортивними танцями на опорно-руховий апарат спортсменів і проаналізувати сучасні засоби й методи корекції порушень постави.*

**Ключові слова:** спортивні танці, опорно-руховий апарат, постава, корекція.

**Елена Лазарева, Татьяна Рожкова. Основные причины нарушений осанки у спортсменов высокой квалификации, специализирующихся в спортивных танцах.** В статье подчеркнута актуальность проблемы нарушений осанки у спортсменов, занимающихся спортивными танцами и выявлены возможные причины этих нарушений. Целью данной работы было изучить состояние вопроса и систематизировать современные научно-методические знания и результаты практического опыта специалистов по вопросам влияния занятий спортивными танцами на опорно-двигательный аппарат спортсменов и проанализировать современные средства и методы коррекции нарушений осанки.

**Ключевые слова:** спортивные танцы, опорно-двигательный аппарат, осанка, коррекция.

**Elena Lazareva, Tetyana. Rozhkova. The Main Reasons for Violations of posture of Athletes Qualifications, Specialized in Dance Sport.** In the article actuality of problem of violations of carriage is underline for sportsmen, engaged in sporting dances and possible reasons of these violations are exposed. The purpose of this work was to study the state of question and systematize modern scientific-methodical knowledges and results of practical experience of specialists on questions of influence of employments of sporting dances on the locomotorium of sportsmen and to analyse modern facilities and methods of correction of violations of carriage.

**Key words:** Dance Sport, locomotorium, carriage, correction.

УДК: 616: 613.773:796 – 051 – 08

*Светлана Люгайло*

### **Результаты изучения состояния здоровья юных спортсменов: первый уровень скрининговых исследований**

*Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (г. Киев)*

**Постановка научной проблемы и ее значение.** Успехи спортсменов на соревнованиях высокого уровня являются важной составляющей международного авторитета страны. В связи с этим ситуация относительно значимости здоровья спортсменов для достижения ими высоких спортивных результатов приобрела особую актуальность [4; 17; 19]. Результатами научных исследований доказано, что в основе оптимальных показателей здоровья спортсменов лежит состояние динамического равновесия между функциональными резервами организма и факторами, воздействующими на него [1; 9; 22; 23]. При этом величина влияния факторов, которые присущи современной системе подготовки спортсменов, на организм занимающихся увеличивается соразмерно этапам их профессионального становления, что требует не просто оптимальных показателей здоровья, а наличия соответствующего уровня резервов функций его составляющих [7; 12; 26]. Величина последних является основой надежности спортсмена – показателя, который характеризуется высокой результативностью действий и ее устойчивостью в экстремальных условиях деятельности [5]. В этой связи среди специалистов

существует консенсус, что наименьшим коэффициентом надежности обладают спортсмены-дети и подростки, так как именно данный контингент занимающихся спортом имеет определенные предпосылки для развития дисадаптационных нарушений в соматических системах, структурные элементы которых входят во вновь сформированную систему адаптации организма к мышечной деятельности [13; 16; 20; 26]. К указанным предпосылкам относятся специфические особенности строения детского организма, биохимических процессов и функций в целом, а также отдельных органов, в которых происходят качественные (развитие) и количественные (рост) изменения на различных этапах онтогенеза [2; 12; 18]. Кроме того, несостоятельность регулирующих систем и гетерохронность процессов роста и созревания только усугубляют проблему развития и прогрессирования патологических отклонений в соматических системах организма юных спортсменов при нерациональном построении процесса подготовки, что подтверждается данными научных исследований по вопросу заболеваемости детей-спортсменов [3; 11; 21]. Невзирая на проводимые профилактические и лечебные мероприятия, количество соматических заболеваний у спортсменов резерва статистически не уменьшается [13; 20; 26], что позволяет констатировать наличие целого ряда вопросов, решение которых связано с разработкой концепции физической реабилитации юных спортсменов при дисфункциональных нарушениях соматических систем, опосредованных тренировочной и соревновательной деятельностью.

Научное обоснование и разработка концептуальных, организационных и методических составляющих данной концепции невозможно без детального изучения состояния здоровья спортсменов конкретной специализации, без учета особенностей биологического, психосоциального и профессионального этапов онтогенеза. В классической практике спортивной медицины принято считать, что все профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны проводиться на основе данных углубленного медицинского обследования (УМО) спортсменов, результирующей составляющей которого является заключение о допуске обследованных к тренировочной деятельности [5; 15; 24]. Допуск осуществляется согласно следующим критериям: «здоров», «практически здоров», «требует ограничения (полного или частичного) тренировочной деятельности». Но из практического опыта следует, что полученных данных достаточно для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий конкретному спортсмену, однако не хватает для обоснования организационных и методических основ системы мероприятий, направленных на охрану здоровья обширного контингента спортсменов, особенно в критические периоды онтогенеза.

Таким образом, становится понятно, что, с точки зрения здоровьесбережения, особый интерес представляет изучение не просто состояния здоровья юных спортсменов, а всесторонний поуровневый скрининг функционального состояния занимающихся. Данный вид послыого «отсеивания» позволит определить корригируемые факторы риска развития соматической патологии у спортсменов в рамках некорригируемых факторов (детерминант), в данном случае это спортивная специализация и этап в процессе многолетней подготовки. С этой целью нами проведено констатирующее исследование, для участия в котором отобрано 260 спортсменов 9–17 лет одной специализационной группы (спортивные игры). Методологией исследования предусмотрено пять ступеней скрининга состояния здоровья юных спортсменов. В данной работе мы проанализируем результаты первой ступени.

**Связь работы с научными планами и темами.** Исследовательская работа выполнена согласно «Звезденого плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2015 рр.» за темою 4.4. «Удосконалення організаційних і методичних основ програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (номер государственной регистрации – 0111U001737) и Региональной целевой программы «Развития физической культуры и спорта в Донецкой области на 2012–2016 гг.».

**Цель исследования** – исходя из данных первой ступени поуровневого скринингового исследования состояния здоровья юных спортсменов избранной специализации, определить факторы, которые лимитируют рост демонстрируемых результатов и спортивного долголетия занимающихся на первом-третьем этапе многолетней подготовки.

**Методы исследований** – анализ данных углубленного медицинского обследования (УМО) юных спортсменов в соответствии с критериями допуска к тренировочной деятельности.

**Изложение основного материала и обоснование полученных результатов исследования.** Нами изучались данные о состоянии здоровья спортсменов в возрасте 9–17 лет, специализирующихся в спортивных играх (футбол – мальчики – 162 человека; волейбол – девочки – 98 человек). Выбор данной специализационной группы продиктован следующими причинами:

1. По данным эпидемиологического исследования у спортсменов этих видов спорта в наибольшем количестве диагностированы соматические заболевания всех нозологических групп – 327 (27,69 % от общего количества юных спортсменов с патологией).

2. Ввиду популярности данных видов спорта и отсутствия тренировочных занятий на коммерческой основе – группа спортсменов всех возрастов, которые ежегодно подлежат диспансеризации, является одной из самых многочисленных (футбол – 955 человек, волейбол – 260), что позволяет обеспечить достоверность скрининговых исследований.

3. В процессе подготовки спортсменов указанных видов спорта практически отсутствуют такие негативные факторы, как необоснованно ранний отбор, специализация и форсированная подготовка, что, к сожалению, характерно для процесса подготовки спортсменов некоторых специализаций [10].

4. Активное участие в соревновательном процессе обязывает спортсменов своевременно и в срок проходить медицинское обследование во всех предусмотренных формах, что позволяет повысить эффективность мониторинга функционального состояния занимающихся, а также отслеживать все случаи возникновения у них соматических заболеваний.

5. Процесс подготовки большинства обследованных нами спортсменов на втором-третьем этапах подготовки осуществляется в централизованных условиях (специализированная спортивная школа-интернат, училище олимпийского резерва), что сводит к минимуму влияние таких экзогенных факторов риска развития соматической патологии у детей подросткового возраста, как высокая интенсификация процесса обучения в школе; гиподинамия в свободное от учебных занятий время; несбалансированный пищевой рацион; погрешности в диете; отсутствие сезонной профилактики и витаминизации и т. п., а также неблагоприятные социально-бытовые условия.

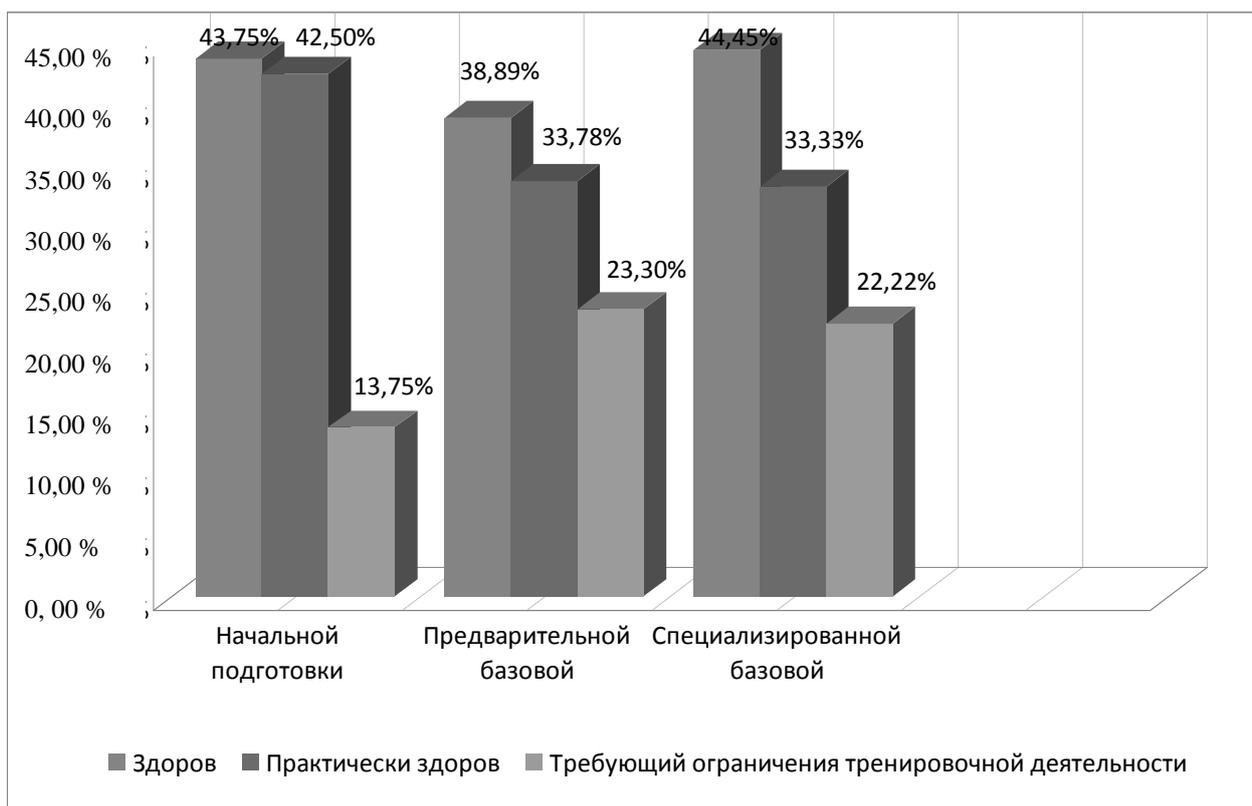
6. Селекционный отбор в группы углубленной специализации одаренных детей-спортсменов, которые в полном объеме совершенно овладели техникой приемов игры во всем их разнообразии, обеспечивает относительную однородность обследованного контингента по всем показателям подготовки (физическая, техническая, тактическая, психологическая), что позволяет существенно повысить достоверность ожидаемых результатов исследования. Кроме того, данный вид отбора предусматривает тщательное углубленное медицинское обследование спортсменов с целью исключения у них скрытой патологии, а также прогнозирования развития конституционально и наследственно обусловленных соматических заболеваний [7], что позволяет добиться относительной чистоты эксперимента – в вопросе вычленения факторов, которые лимитируют прирост уровня спортивного мастерства спортсменов.

Таким образом, отбор спортсменов детского и подросткового возраста в генеральную группу для выполнения задач исследования обоснован вышеизложенными положениями, которые, по нашему мнению, позволят получить достоверную информацию о влиянии совокупности эндогенных и экзогенных факторов риска развития и прогрессирования заболеваний на функциональное состояние соматических систем юных спортсменов на первом-третьем этапе многолетней подготовки.

На момент исследования все спортсмены допущены к тренировочной деятельности в полном объеме на основании данных предыдущего этапного обследования в начале учебного года (спортсмены, занимающиеся в группах предварительной и специализированной базовой подготовки). Спортсмены младшей возрастной группы, тренирующиеся на этапе начальной подготовки, осматривались нами впервые. Они также допущены к тренировочной деятельности в полном объеме, на основании заключения врача-педиатра, поликлиники по месту жительства. То есть относились к первой и второй группам здоровья по методике С. М. Громбаха (1973) [6] или основной медицинской группе – для занятий на уроках по физической культуре в школе. Все спортсмены активно участвовали в тренировочном процессе, без уменьшения объема и интенсивности тренировочной нагрузки по причине болезни или наличия жалоб, то есть считались «здоровыми» в общепринятом понимании этого слова.

Однако данные первой ступени скрининга, свидетельствовали о том, что из 260 обследованных спортсменов только 110 (42,31 %) человек признаны «здоровыми». Остальные 98 (37,69 %) – «практически здоровые» или «больные» – 52 (20,00 %) (рис. 1).

«Практически здоровые» спортсмены имели отклонения в состоянии здоровья или хронические заболевания, которые хорошо компенсированы и находятся вне обострения, то есть не ограничивают выполнения тренировочной работы в полном объеме. Но при увеличении силы воздействия факторов процесса подготовки (увеличение интенсивности тренировочной нагрузки) и продолжительности их воздействия (увеличение объема тренировочных занятий), данные состояния могут обостряться, что негативно повлияет на процесс подготовки спортсменов.



**Рис. 1.** Распределение спортсменов в соответствии с критериями допуска к тренировочной деятельности по данным УМО 2014 года (n=260)

Юные спортсмены, критерий допуска, которых предусматривал ограничение (частичное или полное) тренировочной деятельности (52 человека), имели соматические заболевания, симптомы которых регистрировались при осмотре и сборе жалоб; неадекватный и условно-адекватный типы реакции на предложенную физическую нагрузку; замедленное время восстановления основных гемодинамических параметров до показателей физиологической нормы, что послужило основанием для отстранения от тренировочной деятельности (до нормализации вышеуказанных состояний).

Учитывая гендерные различия в физиологическом развитии на этапах онтогенеза детей-спортсменов [12], нами отдельно проанализированы данные о допуске осмотренных к тренировочной деятельности на первом-третьем этапах многолетней подготовки (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение девочек-спортсменок в соответствии с критериями допуска к тренировочной деятельности по данным УМО 2014 года (n=98)**

Возрастная группа	Количество в группе, чел.	Количество спортсменов в соответствии с врачебным допуском к тренировочной деятельности, чел.		
		здоров	практически здоров	требует ограничения тренировочной деятельности
9–11 лет	38	22 (57,89)	11 (28,95)	5 (13,16)
12–14 лет	32	10 (31,25)	14 (43,75)	8 (25,00)
15–17 лет	28	12 (42,86)	10 (35,71)	6 (21,43)
Итого:	98	44 (44,90)	35 (35,71)	19 (19,39)

Примечание: в скобках – процент количества спортсменок в возрастной группе.

Указанные этапы совпадают с возрастными периодами: 9–11 лет – начальная подготовка, 12–14 лет – предварительная базовая подготовка, 15–17 лет – специализированная базовая подготовка, – что соответствует учебной программе подготовки спортсменов данных специализаций.

**Распределение мальчиков-спортсменов в соответствии с критериями допуска к тренировочной деятельности по данным УМО 2014 года (n=162)**

Возрастная группа	Количество в группе, чел.	Количество спортсменов в соответствии с врачебным допуском к тренировочной деятельности, чел.		
		здоров	практически здоров	требует ограничения тренировочной деятельности
9–11 лет	42	13 (30,95)	23 (54,76)	6 (14,29)
12–14 лет	58	25 (43,10)	20 (34,48)	13 (22,41)
15–17 лет	62	28 (45,16)	20 (32,26)	14 (22,58)
Итого:	162	66 (40,74)	63 (38,89)	33 (20,37)

*Примечание: в скобках – процент количества спортсменов в возрастной группе.*

Из представленных выше данных следует, что удельный вес спортсменов, функциональное состояние которых требовало ограничения тренировочной деятельности, увеличивается прямо пропорционально их профессиональному стажу: от 13,5 % случаев на первом этапе подготовки до 22,22 % – на третьем, что подтверждает данные о линейной зависимости частоты возникновения дисфункций соматических систем с ростом профессионального мастерства спортсменов [8; 13], однако наибольшее количество случаев «не допуска» к тренировочной деятельности по причине болезни зарегистрировано у спортсменов подросткового возраста, которые тренировались на втором этапе подготовки (23,30 % случаев). Это подтверждает имеющиеся в научной литературе данные об особенностях возникновения дисфункциональных нарушений в соматических системах организма детей-спортсменов в период активного роста и полового созревания [11; 16], а также данные собственных исследований. Наиболее неблагоприятным для соматического здоровья девочек-спортсменок является этап предварительной базовой подготовки (25,0 % случаев заболеваний от общего количества девочек в возрастной группе 12–14 лет). Юноши-спортсмены более подвержены воздействию факторов развития соматических заболеваний на этапе специализированной базовой подготовки – 22,58 % от общего количества спортсменов в возрастной группе 15–17 лет, что закономерно, так как у мальчиков фаза естественного пубертатного ускорения роста и физиологического созревания наступает позже, чем у девочек [12; 18]. Следовательно, количественные (рост) и качественные (созревание) естественные процессы онтогенеза являются *эндогенными некорректируемыми факторами риска* развития острых и прогрессирования хронических соматических заболеваний у юных спортсменов.

Дальнейшее изучение данных о допуске спортсменов к тренировочной деятельности свидетельствует о том, что количество спортсменов, признанных «практически здоровыми», наибольшее на этапе начальной подготовки – 34 человека (42,50 % от общего количества начинающих спортсменов). При этом удельный вес мальчиков с хроническими заболеваниями и дисфункциональными нарушениями соматических систем, которые не являются противопоказанием к занятиям спортом, в данной возрастной группе в два раза превышает показатель, зарегистрированный у их сверстниц (54,76 % и 28,95 %, соответственно). Это совпадает с научным мнением о большом количестве детей с хронической формой соматической патологии, которые приходят в группы начальной подготовки [2; 10; 20].

Наличие патологических отклонений в функциональном состоянии спортсменов хронического течения является *эндогенным некорректируемым фактором риска*, наличие которого в определенной степени лимитирует процесс профессионального становления юного спортсмена, особенно на его начальном этапе, что может приводить (при определенных условиях) к прекращению занятий в спортивной секции. Следовательно, на последующих этапах процесса подготовки количество спортсменов с хронической соматической патологией врожденного и постнатального генезов становится меньшим, что подтверждено нашими данными. Так, хроническая соматическая патология зарегистрирована нами у 33,78 % спортсменов, тренирующихся на втором этапе подготовки, и 33,33 % – на третьем. При этом удельный вес девочек-спортсменок с данной формой клинического течения патологии был больше, чем у их сверстников-спортсменов, особенно на этапе предварительной базовой подготовки, который совпадает с периодом становления функции репродуктивной системы у представительниц женского пола. Дисфункции указанной системы не является противопоказанием к занятиям спортом, однако их наличие учитывается при решении допуска спортсменок к тренировочной деятельности [25].

Особенности распределения диагностированных у юных спортсменов хронических соматических заболеваний по нозологическим группам, их клинического течения в возрастном аспекте описаны нами ранее [14]. В аспекте профессионального становления первые случаи перехода острых соматических заболеваний в хроническую стадию (дисфункции респираторной и пищеварительной систем) зарегистрированы у юных спортсменов обоих полов на втором этапе подготовки, у девочек-спортсменок – в большем количестве, чем у ихних сверстников противоположного пола. Тенденция сохранялась на третьем этапе спортивной подготовки. Это естественно, так как процесс роста, формирования и перестройки основных физиологических систем у девочек начинается раньше, протекает более выражено и к 15–17 годам наблюдается тенденция к его завершению и согласованной деятельности, что отражается на функциональном состоянии спортсменов и градациях допуска к занятиям спортом. Данное положение объясняет наименьшие показатели количества здоровых спортсменов в группах, тренирующихся на этапе предварительной базовой подготовки (38,89 %), при этом здоровых девочек было значительно меньше, чем ихних сверстников противоположного пола (31,25 % и 43,10 %, соответственно).

Заключение проведенного исследования следующее: соматическое здоровье спортсменов – величина, динамически меняющаяся в процессе многолетней подготовки и, к сожалению, не всегда в лучшую сторону. С одной стороны, по мере роста спортивного становления увеличивается количество «здоровых» спортсменов – от 43,75 % обследованных на первом этапе подготовки до 44,45 % – на третьем. С другой стороны, по мере роста спортивного мастерства увеличивается количество спортсменов с острой формой проявления соматической патологии, наличие которой требует ограничения (чаще – полного) тренировочной деятельности – от 13,75 % случаев на первом этапе подготовки до 22,22 % – на третьем. Пик прироста соматической патологии приходится на период активного роста и созревания организма подростков-спортсменов, который совпадает со вторым этапом подготовки. Хроническая форма соматической патологии является эндогенным фактором риска ухудшения функционального состояния юных спортсменов, ее наличие (при определенных условиях) в значительной степени может влиять на эффективность процесса подготовки спортсменов резерва и лимитировать тем самым рост уровня их спортивного мастерства детей, что подтверждено экстенсивной динамикой показателя удельного веса спортсменов в группе «практически здоровых» детей и подростков от 42,50 % случаев на первом этапе подготовки до 22,22 % случаев – на третьем.

**Выводы.** Таким образом, пользуясь классическими подходами к оценке состояния здоровья юных спортсменов, на основании существующих критериев их допуска к занятиям спортом, мы подтвердили определенные ранее тенденции влияния онтогенетических факторов риска возникновения и развития соматической патологии в возрастном аспекте и в аспекте профессионального становления. При этом мы установили ряд негативных моментов:

– во-первых, невзирая на наличие заболеваний и дисфункциональных нарушений в соматических системах, спортсмены продолжают тренировочный процесс, что свидетельствует о недостаточном контроле за функциональным состоянием занимающихся со стороны тренерского состава и медицинских работников, которые обеспечивают процесс подготовки юных спортсменов непосредственно на месте проведения занятий;

– во-вторых, невзирая на всестороннее обследование, предусмотренное алгоритмом проведения УМО, полученная информация относительно состояния здоровья спортсменов не является достаточной для постановки реабилитационного диагноза, так как из полученных данных невозможно сделать истинное заключение об адаптационных возможностях организма юного спортсмена к физическим нагрузкам, получить количественные характеристики параметров формирующих резерв адаптации и, тем более, осуществить прогноз возникновения дисфункциональных нарушений в различных системах организма спортсменов.

Вышеперечисленные организационные просчеты при разработке структурных компонентов концепции физической реабилитации при дисфункциональных нарушениях соматических систем организма юных спортсменов (соматических заболеваниях) будем учитывать в группе *экзогенных* *корректируемых факторов* риска заболеваний у спортсменов.

**Перспективы дальнейших исследований.** Для выяснения эндогенных причин, невысоких результирующих показателей функционального состояния обследованных «здоровых» спортсменов детского, подросткового и юношеского возрастов, которые нашли свое отражение в общепринятых в практике спортивной медицины «критериях допуска» спортсменов к тренировочной деятельности (первая ступень скрининга функционального состояния занимающихся спортом), будет проведено еще четыре ступени скрининга соматического здоровья (функционального состояния) спортсменов и

критериев его составляющих, результаты которых позволят дифференцированно подойти к вычленению корригируемых факторов риска развития патологии в рамках некорригируемых детерминант.

#### *Источники и литература*

1. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г. Л. Апанасенко, Л. О. Попова. – Киев : Здоровья, 2011. – 248 с.
2. Беседа В. В. Особенности рухового статусу дітей дошкільного віку категорії «практично здорові» / В. В. Беседа // Наука і освіта. – 2014. – № 4/СХХІ. – С. 22–27.
3. Гаврилова Е. А. Современные представления о синдроме перетренированности / Е. А. Гаврилова // Спортивная медицина: наука и практика. – 2013. – № 1 (10). – С. 77–78.
4. Гладков В. Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений / В. Н. Гладков. – М. : Сов. спорт, 2007. – 386 с.
5. Граевская Н. Д. Спортивная медицина: курс лекций и практические занятия / Н. Д. Граевская, Т. И. Довлатова. – М. : Сов. спорт, 2005. – 299 с.
6. Громбах С. М. Оценка здоровья детей и подростков при массовых осмотрах / С. М. Громбах // Вопросы охраны материнства и детства. – 1973. – № 7. – С. 3–7.
7. Гурьянов М. С. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинского обеспечения детско-юношеских спортивных школ : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. С. Гурьянов. – Казань, 2002. – 22 с.
8. Деревоедов В. В. Профессиональные заболевания в спорте высших достижений / В. В. Деревоедов. – М. : ЛФК и массаж, спортивная медицина. – 2008. – №8 (56). – С. 3–6.
9. Дорофеева Е. Е. Современные представления о методах реабилитации и метаболической защиты спортсменов высокого класса / Е. Е. Дорофеева, И. В. Карпенко // Теорія і практика фізичного виховання : наук.-метод. журн. – 2013. – № 2. – С. 133–139.
10. Клейн К. В. Проблемы возрастных норм допуска к занятиям спортом детей и подростков / К. В. Клейн, И. В. Николаева, А. В. Люлюшин // Материалы I Всероссийского конгресса «Медицина для спорта». – М., 2011. – С. 196–198.
11. Комолятова В. Н. Электрокардиографические особенности у юных элитных спортсменов / В. Н. Комолятова, Л. М. Макаров, В. О. Колосов, И. И. Киселева, Н. Н. Федина // Педиатрия. – 2013. – Т. 92, № 3. – С. 136–140.
12. Курникова М. В. Состояние морфофункционального статуса высококвалифицированных спортсменов подросткового возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Курникова. – М., 2009. – 22 с.
13. Луцкан И. П. Проблемы медицинского обеспечения детей, занимающихся спортом в России / И. П. Луцкан, Н. В. Савина, Л. А. Степанова // Российский педиатрический журн. – 2012. – № 5. – С. 39–42.
14. Люгайло С. С. Соматическая заболеваемость юных спортсменов: структура и взаимосвязь с факторами процесса подготовки / С. С. Люгайло // Молодіжний науковий вісник. – 2013. – № 9. – С. 42–46.
15. Макарова Г. А. Спортивная медицина / Г. А. Макарова. – М. : Сов. спорт, 2003 – 478 с.
16. Мирошникова Ю. В. Медико-биологическое в обеспечение детско-юношеском спорте в Российской Федерации (концепция) / Ю. В. Мирошниченко, А. С. Самойлов, С. О. Ключникова, И. Т. Выходец // Педиатрия. – 2013. – Т. 92, № 1. – С. 143–149.
17. Михалюк Е. Л. Современные взгляды на диагностику метаболической кардиомиопатии вследствие хронического физического перенапряжения организма спортсменов / Е. Л. Михалюк, В. В. Сывовол // Спортивная медицина. – 2014. – № 1. – С. 3–12.
18. Николаев С. Ю. Оздоровча спрямованість засобів атлетичної гімнастики для юнаків старшого шкільного віку / С. Ю. Николаев // Молодіжний науковий вісник. – 2013. – № 9. – С. 85–88.
19. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и практические приложения / В. Н. Платонов. – Киев : Олимп. лит., 2004. – 808 с.
20. Поляков С. Д. Проблемы современного детского спорта и пути их решения / С. Д. Поляков, И. Е. Смирнов, И. Т. Корнеева, Е. С. Тертышная // Рос. педиатрический журн. – 2008. – № 1. – С. 53–56.
21. Скуратова Н. А. Характеристика показателей сердечнососудистой системы у детей спортсменов / Н. А. Скуратова // Научные публикации, оригинальные исследования. – Минск, 2012. – № 2. – С. 32–42.
22. Сокрут В. Н. Спортивная медицина: руководство для врачей / В. Н. Сокрут, В. Н. Козаков, Е. С. Поважная [и др.] ; под ред. В. Н. Сокрута, В. Н. Козакова. – Донецк : Каштан, 2009. – 919 с.
23. Стеценко Е. А. Эндогенная интоксикация как проявление дезадаптации у высококвалифицированных спортсменов / Е. А. Стеценко // Физיותרapia, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 6 – С. 43–46.
24. Суздальницкий Р. С. Избранные лекции по спортивной медицине : учебник / Р. С. Суздальницкий. – М. : [б. и.], 2003. – С. 119–133.
25. Шевченко И. Н. Нарушение репродуктивной функции у юных спортсменок-батутисток / И. Н. Шевченко // СпортМед-2009 : материалы междунар. науч. конф. по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений. – М., 2009. – № 31. – С. 262.
26. Шестакина Н. В. Состояние здоровья юных спортсменов и медико-организационные мероприятия по снижению заболеваемости : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Шестакина. – М., 1997. – 23 с.

**Аннотации**

Исходя из признания безусловной значимости оптимальных показателей здоровья спортсменов, для достижения ими высоких спортивных результатов обоснована целесообразность изучения функционального состояния юных спортсменов, методами поуровневого скрининга как одного из структурных компонентов концепции физической реабилитации юных спортсменов с дисфункциями соматических систем организма. Учитывая данные углубленного медицинского обследования 260 спортсменов 9–17 лет, которые специализировались в спортивных играх, делается заключение о степени влияния корригируемых факторов риска развития и прогрессирования соматической патологии в рамках некорригируемых детерминант, что позволило конкретизировать направления следующей ступени скрининговых исследований спортсменов – детей и подростков.

**Ключевые слова:** здоровье, скрининг, соматическая патология, спортсмены-юниоры, факторы риска, физическая реабилитация.

**Світлана Люгайло. Результати вивчення стану здоров'я юних спортсменів: перший рівень скринінгових досліджень.** Виходячи з визнання безумовної значущості оптимальних показників здоров'я спортсменів для досягнення ними високих спортивних результатів, обґрунтовано доцільність вивчення функціонального стану юних спортсменів, методами порівневого скринінгу як одного зі структурних компонентів концепції фізичної реабілітації юних спортсменів із дисфункціями соматичних систем організму. Виходячи з даних поглибленого медичного обстеження 260 спортсменів 9–17 років, які спеціалізуються в спортивних іграх, зроблено висновок про ступінь впливу коректувальних факторів ризику розвитку та прогресування соматичної патології в межах некоректованих детермінант, що дало підставу конкретизувати напрями наступного ступеня скринінгових досліджень рівня здоров'я спортсменів – дітей та підлітків.

**Ключові слова:** здоров'я, скринінг, соматична патологія, спортсмени.

**Svetlana Liugaylo. The Results of the Studying of the Young Athletes' Health: the First Level of Screening.** In recognition of the absolute importance of athletes' optimal health outcomes to achieve their highest athletic performance, the expediency of studying the functional state of the young athletes, tiered screening methods, as one of the structural components of the concept of young athletes' physical rehabilitation with somatic disfunction of body systems. Based on data of forming-depth medical examination of 260 athletes, aged 9–17 years, who specialized in sports, concluded the degree about influence of modifiable risk factors for the development and progression of somatic pathology within uncorrectable determinants. Which allowed specifying the next stage's direction of screening athletes children and adolescents.

**Key words:** health, screening, somatic pathology, athletes juniors, risk factors, physical rehabilitation.

УДК 796:616.12-008+615.8-055.2

**Всеволод Манжуловский,  
Роман Андрияш,  
Владимир Назаренко**

## **Физическая реабилитация женщин с ишемической болезнью сердца как медико-социальная проблема**

*Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (г. Киев)*

**Постановка научной проблемы и ее значение. Анализ исследований по этой проблеме.** В настоящее время сложившиеся неблагоприятные тенденции с сердечно-сосудистой заболеваемостью делают проблему реабилитации наиболее актуальной в современном здравоохранении. Ключевым трендом сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в последние годы остается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и продолжающийся рост высоких показателей неоспоримо диктует принятие незамедлительных мер для решения данной проблемы, в том числе проведение и создание новых эффективных многоцелевых стратегий профилактики и реабилитации больных с ИБС.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти лиц как женского, так и мужского пола. При этом подчеркнуто, что в Европе 43 % смертей у мужчин и 55 % – у женщин приходится на ССЗ. Смертность от ИБС среди мужчин и женщин примерно одинакова и составляет 21 и 23 % соответственно, тогда как инсульт является более частой причиной смерти среди женщин, по сравнению с мужчинами (18 и 11 %, соответственно) [1; 2].