

*На правах рукописи*

**Фазлетдинова Илюся Рафатовна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО  
И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК**

**14.01.01 – акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук**

**Уфа – 2010**

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Трубин Владимир Борисович**

**Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор  
**Юлдашев Владимир Лябибович**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
**Медведев Борис Иванович,**  
доктор медицинских наук  
**Батталова Гюзель Юрьевна**

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита состоится «24» сентября 2010 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д.208.006.06 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке «Башкирского государственного медицинского университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2010 г.

Учёный секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

**М.М. Валеев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** С древних времен во всем мире в жизни человека проблема спорта являлась и продолжает оставаться одной из важнейших. Во всех видах спорта участвуют только лица молодого возраста. Большая доля спортсменов падает на подростковый возраст. По данным ВОЗ, подростковым периодом является возраст от 10 до 19 лет, который охватывает период жизни от начала полового созревания до совершеннолетия. В 1985 году при проведении Международного года молодежи ООН дало определение юности как возрастного периода от 15 до 24 лет. Существуют рекомендации употреблять термин «молодые люди» для обозначения возраста от 10 до 24 лет. Вместе с тем на практике термины «подростки», «молодежь» и «молодые люди» нередко употребляются как взаимосвязанные (Доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева, 1987).

Следует подчеркнуть, что проблеме периода «юности», в частности, вопросам соматического и репродуктивного здоровья уделяется повышенное внимание во многих исследованиях (Коколина В.Ф., 1991; Кулаков В.И., 1995; Кротин П.Н., 1998; Куликов А.М., 2000).

Высокий удельный вес в спорте принадлежит женщинам, преимущественно юным. Современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. По объему, интенсивности и психической напряженности во многих видах спорта они практически мало отличаются у лиц мужского и женского пола (Геселевич В.А., 1992; Абрамова Т.Ф., Озолин Н.Н., Геселевич В.А. и др., 1993; Геселевич В.А., 1994). Особый интерес представляет изучение влияния различных видов спорта у юных женщин на их репродуктивное здоровье. Расширение программы Олимпийских игр, а так же участие женщин в нетрадиционных видах спорта ранее являвшихся прерогативой мужчин (греко-римские виды борьбы, самбо, дзюдо, кикбоксинг, тяжелая атлетика и т. д.) требуют не только научного изучения и медицинского обоснования («эмансипация» современного спорта), но и выдвигают проблему разработки соответствующих критериев отбора, профилактики патологии с ори-

ентацией на сохранение репродуктивного здоровья женского организма (Радзиевский А.Р., 1975; Бершадский В.Г., 1976; Виру А.А., Кырге П.К., 1983; Свечникова Н.В., Похоменчук Ю.Т., 1990; Граевская Н.Д., 1994). Согласно определению ВОЗ репродуктивное здоровье есть состояние физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов включая воспроизводство и гармонию в психоэмоциональных отношениях в семье. Вопросы влияния занятий спортом на соматическое и репродуктивное здоровье юных спортсменок отражены в ряде научных исследований. Ведущие ученые в области спортивной медицины уделяют большое внимание проблемам женского спорта, влиянию возрастающей физической нагрузки на организм женщины, вопросу комплексного подхода к восстановлению и реабилитации спортсменок (Граевская Н.Д., Гончарова Г.А., Груева Л.Г. и др., 1990; Журавлева А.И., Граевская Н.Д., 1993; Геселевич В.А., 1997). В настоящее время имеются государственные стандарты по медицинскому обследованию спортсменов. В последнее время были получены данные относительно специфичности проявления «спортивных» качеств: женщины проявляют агрессивность в спорте, в то время как за его пределами те же женщины остаются пассивными и женственными в личной жизни. Этот феномен получил название ситуационного специфического поведения (Messner M.A., 1988). Проблема мотивации занятий спортом у женщин является едва ли не самой актуальной темой исследований за рубежом. Профессор Д.Харрис (1975) отмечает, что занятие спортом явно меняет поведение женщины по типу маскулинности и это не всегда желательно. Спорт способствует проявлению качеств общих для мужчин и женщин, тем самым уравнивает их и в правах.

Особый интерес для спортивных медиков и тренеров в плане правильного построения тренировочного процесса имеет знание женской психологии и влияния занятий спортом на репродуктивное здоровье спортсменок. В то же время проблема психологических аспектов женского спорта остается в нашей стране недостаточно изученной.

Практически не освещен вопрос влияния спорта на психоэмоциональный статус спортсменок и не решены вопросы дифференцированного подхода к профилактике возникающих нарушений репродуктивного здоровья и психоэмоционального статуса.

Изложенное позволило определить цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования.** Научное обоснование оптимизации организационной, профилактической, лечебной и реабилитационной помощи женщинам-спортсменкам, направленной на сохранение их репродуктивного и психического здоровья.

**Задачи:**

1. Изучить условия, образ жизни, сексуальное поведение, репродуктивные установки женщин-спортсменок, занимающихся различными видами спорта.
2. Дать оценку соматического, репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок с использованием экспериментально-психологических методов.
3. Разработать критерии риска по нарушению репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок в зависимости от вида спорта.
4. Разработать и реализовать научно обоснованную систему охраны репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок.

**Научная новизна:**

- Дана оценка репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок в различных видах спорта с использованием анкетирования и применения экспериментально - психологического метода исследования.
- Определены группы риска по нарушению репродуктивного здоровья и психоэмоционального статуса у женщин-спортсменок в зависимости от вида спорта.
- Разработана система комплексного обследования женщин-спортсменок с использованием экспериментально-психологических методов, предложены методы профилактики нарушений репродуктивного здоровья и психоэмоционального статуса.

**Практическая значимость.** Практическая значимость диссертационной работы состоит в том, что ее результаты можно применить в практической работе врачей акушеров-гинекологов, работающих по медицинскому обслуживанию женщин-спортсменок осуществляющих дифференцированный подход к оценке их репродуктивного здоровья, что позволит своевременно диагностировать нарушения и проводить соответствующие профилактические и лечебные мероприятия.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. При оценке соматического здоровья женщин-спортсменок установлен высокий удельный вес заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. При обследовании репродуктивной системы женщин-спортсменок диагностирован высокий процент аменореи, гиперандрогении, маскулинности. В процессе изучения факторов риска репродуктивных нарушений у женщин-спортсменок часто выявляются сочетания расстройств пищевого поведения, аменореи и остеопороза («Триада женщины-спортсменки»). Учитывая возрастной состав спортсменок, высокую сексуальную активность, полигамность, наступление беременности является нежелательным и она прерывается медицинским абортom. Для женщин-спортсменок достоверно чаще характерны аффективные и личностные нарушения, обусловленные тренировками с повышенной нагрузкой, спортивными соревнованиями и связанными с ними стрессами.

2. Разработаны критерии определения групп «риска» по влиянию вида спорта на соматическое, репродуктивное и психическое здоровье женщин-спортсменок.

3. Результаты проведенного обследования явились обоснованием для разработки и реализации системы по диагностике, профилактике и лечению нарушений соматического, репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок занимающихся различными видами спорта.

**Апробация результатов исследования и публикации.** По материалам исследования опубликовано 9 научных работ. Основные положения диссертационной работы обсуждены на 71 итоговой и 72 Республиканской научно-практической конференции студентов и молодых учёных Республики Башкортостан.

тостан «Вопросы теоретической и практической медицины» (Уфа 2006, 2007), на первом региональном научном форуме «Мать и дитя» (Казань, 2007), на втором и третьем международном конгрессе «Репродуктивное здоровье семьи» (Москва, 2008, 2009), на второй международной конференции «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы» (Москва, 2009).

**Внедрение в практику.** Результаты проведенных исследований внедрены в практику Республиканского врачебно-физкультурного диспансера Республики Башкортостан.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания методов исследования, содержит материалы собственных исследований и их обсуждение, выводы, практические рекомендации, список литературы.

Работа изложена на 142 страницах машинописного текста, иллюстрирована 21 таблицей и 3 рисунками. Список литературы состоит из 109 отечественных и 74 зарубежных источников.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с целью и задачами работы проведено комплексное обследование 400 женщин в возрасте от 16 до 25 лет, которые были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 100 женщин не занимающиеся спортом. Основную группу составили 300 спортсменок, разделенных на три группы по 100 в каждой. Группы формировались в зависимости от характера физических нагрузок в определенном виде спорта.

Статистическая обработка сравнительной и основной группы показала отсутствие достоверных различий по основным характеристикам ( $p < 0,05$ ), то есть группы однородны, поэтому сравнимы. Комплексное обследование женщин проводилось с оценкой медико-социальных факторов для чего использовали специально разработанную анкету. Проводилось трофологическое обследование: объективно определялись особенности телосложения, роста, и массы тела. Для изучения состояния репродуктивной системы пациенток применя-

лись бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследование мазков из цервикального канала и влагалища, кольпоскопический метод с использованием кольпоскопа завода «Сканер» с 300 кратным увеличением, ультразвуковое исследование с доплерометрией с использованием аппарата фирмы Aloka SSD 1700, клинические и биохимические методы исследования крови, мочи. Кроме названных применялись следующие методы: прямой иммунофлуоресценции для выявления хламидийной, микоплазменной и уреоплазменной инфекции; иммуноферментный анализ для определения уровня ФСГ, ЛГ и тестостерона. Для определения уровня минеральной плотности костной ткани применялась ультразвуковая денситометрия. Применялось экспериментально-психологическое обследование спортсменок, включившее в себя исследование уровня личностной и ситуационной тревожности методом Спилбергера-Ханина, шкалу депрессии Цунга, модифицированный восьмицветный тест Люшера для оценки эмоциональных нарушений и определения уровня стресса, тест САН для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения женщин.

Статистическая обработка данных производилась с использованием программ «Статист» на ПК Intel Pentium III 933 в системе Microsoft Word 2000, Microsoft Excel 2000 в среде Windows 98 и включала расчёт средних величин ( $M$ ), определение средней ошибки ( $m$ ), среднего квадратного отклонения ( $Q$ ). Оценка достоверности осуществлялась по критериям  $p$  и  $t$  и проведенного корреляционного анализа ( $\chi^2$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст женщин контрольной группы составил 20,02 лет, основной – 20,13 лет. По социальному составу женщины в изучаемых группах распределились следующим образом: учащиеся школ – 20 (20,0%) и 76 (25,3%), учащиеся средних специальных учебных заведений – 24 (24,0%) и 108 (36,0%), студентки ВУЗов – 52 (52,0%) и 108 (36,0%), не работающие – 4 (4,0%) и 8 (2,7%) в контрольной и основной группе соответственно.



Свое материальное положение выше прожиточного минимума оценивали 28,0% и 9,0%, на уровне прожиточного минимума – 58,0% и 64,0%, ниже прожиточного минимума – 14,0% и 27,0% в контрольной и основной группе соответственно.

Все обследованные женщины активно занимаются спортом, из них 43,0% – более 3 лет, 23,0% – менее года, 22,0% – 2 года и 12,0% – год. У 31,0% обследованных тренировки проходят по 4–5 раз в неделю, у 30,0% – 3–4 раза в неделю, у 19,0% – ежедневно и у 19,0% – меньше 3 раз в неделю. Подавляющее большинство спортсменок (83,0%) тренируется один раз в день. Более половины (54,0%) спортсменок занимаются по 2 часа в день, 28,0% – по 1 часу, 18,0% – 3 и более часов в день.

В анамнезе у всех женщин были выявлены экстрагенитальные заболевания. В контрольной группе количество перенесенных ранее неинфекционных заболеваний 188, на каждую женщину приходится 1,88 заболеваний. В основной группе количество перенесённых заболеваний 344, на каждую приходится 1,15 заболеваний. По данным обследования показатели заболеваемости женщин-спортсменок по сравнению с женщинами, не занимающимися спортом, имели достоверные различия:

- по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани они были выше 27,3% против 18% ( $p < 0,05$ );
- по остальным нозологиям не имели существенных отличий.

В группах женщин, занимающихся различными видами спорта имелись достоверные отличия по количеству диагностированных экстрагенитальных заболеваний:

- в первой группе (легкая атлетика, лыжи, плавание) преобладали заболевания органов дыхания (30,0%), против 22,0% во второй группе и 28,0% в третьей ( $p < 0,05$ ); заболевания молочной железы (12,0%) против 6,0% во второй группе и 2,0% в третьей ( $p < 0,05$ ) и мочеполовой системы (12,0%) против 4,0% во второй группе ( $p < 0,05$ );

– во второй группе (тяжелая атлетика, гимнастика и горные лыжи) преобладали заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (36,0%), против 24,0% в первой группе и 22,0% в третьей ( $p < 0,05$ ).

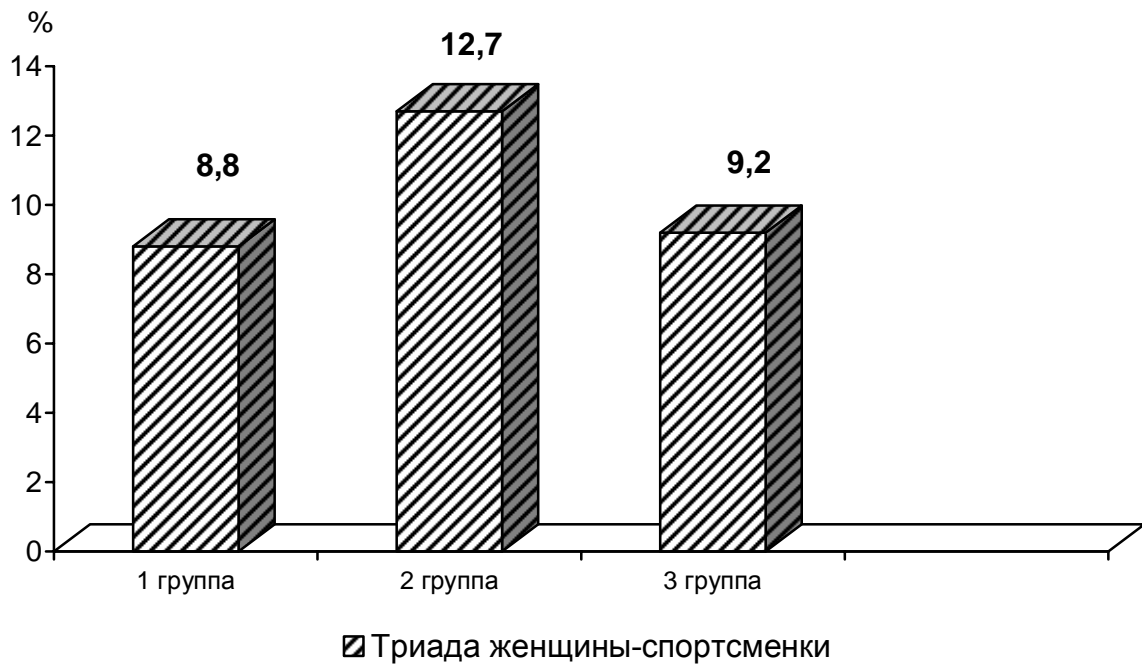
Среди диагностированных гинекологических заболеваний основное место занимают воспалительные процессы гениталий (вульвовагиниты – 30,7%, псевдоэрозии шейки матки – 14,3% и сальпингоофориты 14,7%). Достоверных отличий между группами не выявлено.

Средний возраст наступления менархе у женщин, занимающихся спортом, превышает 14 лет ( $14,6 \pm 1,3$  года). В то время как в контрольной группе показатель составляет  $13,5 \pm 1,3$  года. Надо отметить наиболее позднее начало менархе во второй группе  $14,9 \pm 1,5$  года (тяжелая атлетика, гимнастика и горные лыжи), у женщин которые рано начали тренироваться (гимнастика) в детском или препубертатном возрасте.

Статистически значимые отличия имеются по нарушениям менструальной функции (аменорея) в анамнезе у 50 (16,7%) женщин основной, и 5 (5,0%) контрольной группы ( $p < 0,05$ ). По изменению минеральной плотности костной ткани у 10,8% женщин основной группы выявлена остеопения, против 2,7% в контрольной ( $p < 0,05$ ). По исследованию гормонального статуса женщин в период вторичной аменореи в основной группе уровень ФСГ –  $2,3 \pm 0,7$  МЕ/мл, ЛГ –  $0,41 \pm 0,04$  МЕ/мл, в контрольной при нормальном менструальном цикле ФСГ –  $4,8 \pm 0,7$  МЕ/мл, ЛГ –  $2,2 \pm 0,4$  МЕ/мл ( $p < 0,05$ ).

Анализ гинекологических заболеваний, выявленных в результате комплексного обследования, позволил установить, что ведущей патологией у спортсменок являются: вульвовагиниты – 30,7%, сальпингоофориты – 14,7%, псевдоэрозии шейки матки – 14,3%, аменорея – 16,7%.

У женщин-спортсменок выявлен феномен «Триада женщины - спортсменки», проявляющийся в расстройстве пищевого поведения, аменорее и остеопорозе в 8,8%, 12,7% и 9,2% в первой, второй и третьей группе соответственно (рис. 1).



*Рис. 1.* Феномен «Триада женщины-спортсменки»  
у женщин-спортсменок различных групп

Беременность имели 112 спортсменок, из них 98 юными женщинами при наступившей беременности был избран метод прерывания путем медикаментозного аборта в сроки до 7 недель, а 14 – хирургическим способом. При медикаментозном аборте через 2 недели проведен контрольный осмотр с ультразвуковой диагностикой. Экспульсия плодного яйца произошла у 97,7% женщин. В 2,3% по данным УЗИ диагностированы остатки плодного яйца, по поводу чего произведено выскабливание полости матки в стационаре. В 1% наблюдений через 14 дней диагностировано обострение хронического сальпингоофорита со стационарным лечением (исход благоприятный). При хирургическом способе в одном наблюдении было неполное удаление плодного яйца с повторным выскабливанием (исход выздоровление).

При комплексном исследовании личностных особенностей женщин-спортсменок с использованием экспериментально-психологических методов у 48,0% пациенток были выявлены легкие тревожно-депрессивные нарушения, у 44,0% – средней степени тяжести и у 8,0% – нарушения тяжелой степени.

У спортсменок в большей степени, нежели у испытуемых контрольной группы, выражено преобладание тонуса парасимпатического отдела автономной нервной системы (показатель вегетативного тонуса по тесту Люшера составил  $-0,365 \pm 0,075$  и  $-0,018 \pm 0,155$  соответственно).

Среди спортсменок чаще, чем среди лиц, не занимающихся спортом, отмечается низкая стрессоустойчивость.

Спортсменкам в предсоревновательный период чаще, чем лицам контрольной группы, свойственно состояние, близкое к невротическому (23% случаев у спортсменок против 10% у лиц контрольной группы). Для спортсменок можно выделить проблему тревожной неуверенности в своих силах, порожденную страхом неудач и боязнью быть обойденным.

Как положительный момент необходимо отметить влияние спорта на личность: спортсменки более уравновешенны в условиях конфликта, для них менее характерны вспышки раздражений, они стремятся все решать мирным путем. У спортсменок реже отмечается требования независимости и свободы действий, в этом плане они, более дисциплинированы.

Таким образом, наибольший риск по развитию психической дезадаптации представляют женщины, занимающиеся циклическими видами спорта на выносливость (легкая атлетика, лыжи, плавание) Среднюю степень риска составляют женщины, занимающиеся циклическими нагрузками на силу и быстроту (тяжелая атлетика, гимнастика, горные лыжи) и ациклическими нагрузками на ловкость, быстроту и силу (волейбол, теннис, кикбоксинг).

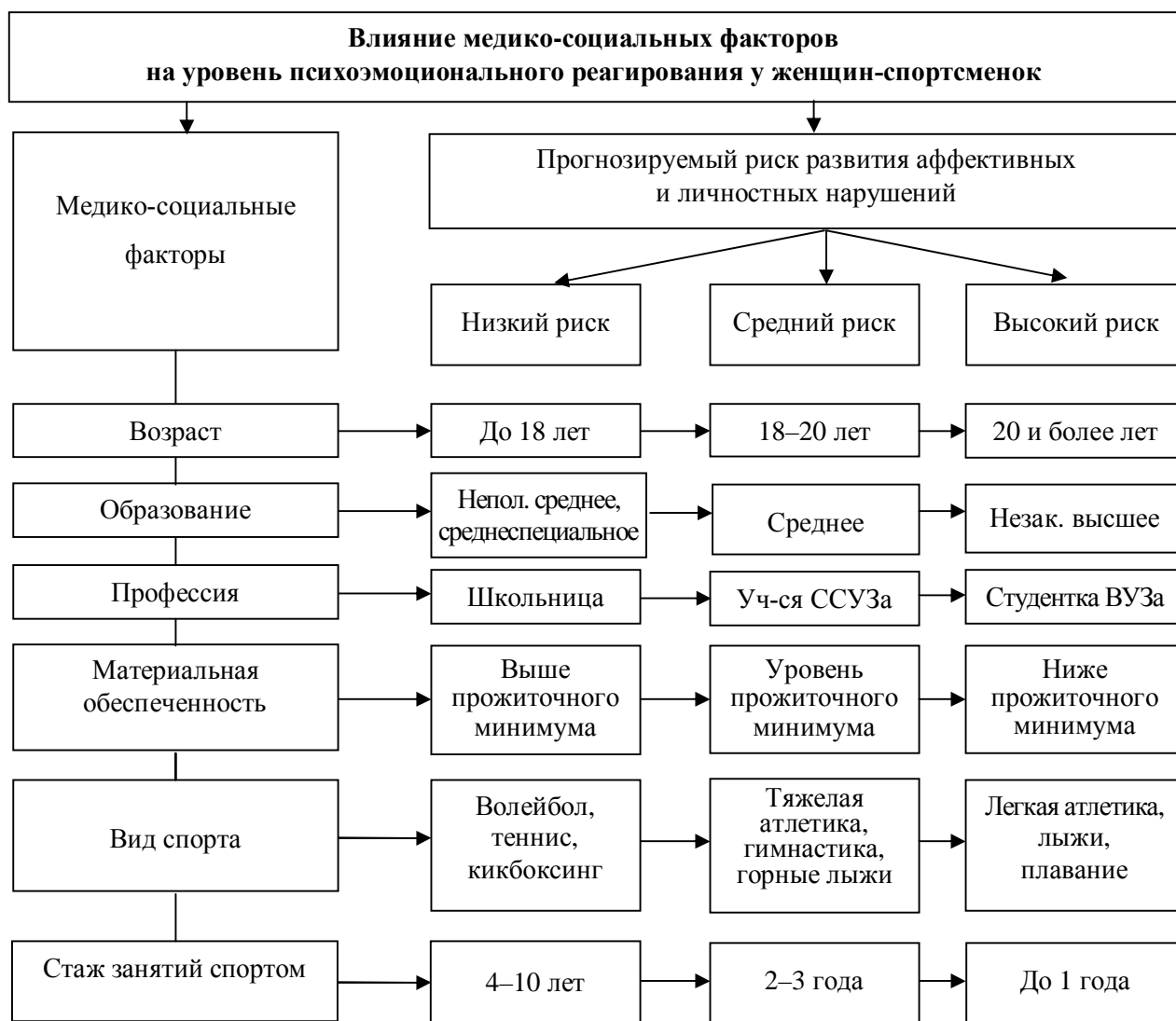
Наибольшее количество тяжелых аффективных и личностных расстройств отмечается при продолжительности занятий спортом в течение 1 года. Оптимальным промежутком времени согласно нашим наблюдениям является 2–3 года. При занятиях спортом 4 года и более наблюдается наибольшее количество эмоциональных и личностных расстройств средней степени тяжести.

Наибольший риск по развитию выраженных психических и личностных расстройств во время занятий спортом представляют женщины в возрасте старше 18 лет, а наиболее благополучным в этом плане является возраст до

18 лет. По социальному положению студентки являются группой высокого риска, а, не работающие – группой низкого риска. Трата большого количества времени на учебу, а как следствие пропуск тренировок и соревнований, также приводит к развитию психической дезориентации. Наибольший процент с тяжелыми психоэмоциональными нарушениями представлен женщинами с низким уровнем дохода, в то время как высокообеспеченные женщины оказались наиболее стабильными в психическом плане.

Проведённое исследование явилось основой для создания алгоритма прогнозирования развития аффективных и личностных нарушений.

На рисунке 2 представлен алгоритм по выделению групп риска аффективных и личностных нарушений.



*Рис. 2.* Алгоритм выделения групп риска по развитию аффективных и личностных нарушений

На основании проведенного исследования разработана «Научно обоснованная система по охране репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок».

Разработанная система представлена следующими разделами:

*Первый раздел.* Межведомственная интеграция учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты и общественных организаций.

*Второй раздел.* Схема структуры спортивных организаций и выполняемые ими функциональные обязанности.

*Третий раздел.* Разработка программ психологического обеспечения для спортсменок во время плановых тренировок и соревнований. Разработка и применение корректирующих и лечебных мероприятий с учетом выявленной соматической, гинекологической патологии и психических нарушений.

В первом разделе разработанной системы представлены функциональные обязанности участников межведомственной интеграции (администрация городского округа город Уфа Республики Башкортостан, управление социальной защиты населения, комитет по физической культуре и спорту, управление образования, управление здравоохранения, комитет по молодежной политике).

Второй раздел включает систему диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин-спортсменок. Выполнение цели и задач системы обеспечивается объемом работы врачебно-физкультурной службы, что определяется местными запросами физкультурной и спортивной работы, уровнем развития базы здравоохранения в данном регионе. В ее организации соблюдается этапность обеспечивающая субординацию и преемственность в обслуживании контингентов, подлежащих наблюдению. Одним из основных документов, определяющих деятельность подразделений врачебно-физкультурной службы, является приказ МЗ РФ № 337 от 20.08.2001 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры», в котором представлены программы обследования различных категорий лиц, занимающихся физической культурой и спор-

том, положения об отделении спортивной медицины и лечебной физкультуры, обязанности специалистов, временные нормы нагрузки.

Нами внесены дополнения, не имеющиеся в данном приказе:

- по регламентации работы гинеколога и психолога с точки зрения отбора женщин в спорт, тренировочного процесса, дифференцированному подходу к участию в соревнованиях (в частности недопущения к участию женщин во время менструальных дней в соревнованиях);

- разработан и внедрен в практическое здравоохранение алгоритм углубленного обследования женщин-спортсменок при появлении нарушений со стороны репродуктивной системы и отклонений психоэмоционального статуса (рис. 3);

- рекомендовано расширение объема врачебно-контрольной карты физкультурника (Об1у) и диспансерного наблюдения спортсмена (Об2у) с включением результатов углубленного анкетирования родителей и дневника спортсменок перед и после соревнования;

- в группу сопровождения спортсменок, едущих на уровневые соревнования (международные, Олимпийские игры) должен включаться психотерапевт.

Представлен и внедрен комплекс лечебных мероприятий для женщин-спортсменок после подготовительных тренировок и соревнований. Разработаны для спортивных врачей, врачей-гинекологов обслуживающих женщин-спортсменок, психотерапевтов практические рекомендации.

По третьему разделу системы разработана программа психологического обследования спортсменок во время соревнований. Разработаны и внедрены ряд основных видов деятельности психотерапевта в процессе подготовки к соревнованиям.

Психологические проблемы, возникающие при подготовке спортсменок к соревнованиям, требуют различных форм своего решения – от групповых обсуждений до конфиденциальных бесед.



Рис. 3. Алгоритм комплексного углубленного обследования женщин-спортсменок



Основные виды деятельности психотерапевта в процессе подготовки к соревнованиям:

1) оценка текущего уровня психологической подготовленности (базовая психодиагностика проводится психотерапевтом во врачебно-физкультурном диспансере). На этом этапе (обычно в начале соревновательного цикла) проводится изучение потенциальных возможностей спортсменки, доминирующих психических состояний и устойчивых предпочтений, как в соревновательной деятельности, так и в поведении в целом. Оцениваются индивидуальные особенности нервной системы, когнитивных процессов – восприятия, памяти, мышления, внимания, психомоторной сферы, уровень владения средствами психорегуляции, оценка свойств характера, в частности мотивации и волевой сферы;

2) разработка индивидуальной программы психологической подготовки. Психотерапевт разрабатывает конкретные задания и упражнения спортсменкам для развития нужных психических качеств. При необходимости предусматривается индивидуальная работа со спортсменками и групповые мероприятия для сплочения команды;

3) обеспечивается организация обратной связи: «спортсменка – тренер»;

4) при необходимости осуществляется применение дополнительных мероприятий по коррекции психоэмоционального статуса спортсменок, в ситуациях перетренированности, межличностных и внутриличностных конфликтов, сводящихся к изменению программы подготовки, введению дополнительных упражнений, проведению внеочередного сеанса релаксации или изменению статуса поведения;

5) осуществляется создание адекватного психического состояния (настройки), индивидуального предсоревновательного поведения, т. е. регламентированной последовательности действий накануне и в начале соревнований;

6) обеспечивается управление психическим состоянием спортсменки в соревнованиях (секундирование). Сама спортсменка, особенно в напряженные моменты борьбы, находится в измененном состоянии сознания, когда смысл слов может не осознаваться. Тренер оказывает невербальные приемы воздействия, например техники «якорения» или создание психологических

«ключей»);7) проводится компенсация негативных последствий (восстановление) после соревнований. На этом этапе обеспечивается освобождение от отрицательной информации и негативных воспоминаний, связанных с неудачной спортивной деятельностью; восстановление нервно-психической свежести и желания продолжать тренировки и выступления. Наиболее эффективным способом восстановления является переключение на другую деятельность и проведение физиотерапевтических процедур.

Применение разработанной научно-обоснованной системы профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих экспериментально-психологические методы исследования, применения способа прогнозирования степени тяжести психо-вегетативных расстройств, использование в комплексном лечении немедикаментозных методов (психотерапия, водолечение, фитотерапия, иглорефлексотерапия, электросон) позволило достичь компенсацию тяжелых и средней тяжести тревожно-депрессивных нарушений в период повышенных тренировочных нагрузок и соревнований в 78,0% (78,0) наблюдений и таким образом оптимизировать оказание медицинской помощи женщинам-спортсменкам и улучшить качество их жизни.

## **ВЫВОДЫ**

1. Проведенная медико-социальная оценка женщин-спортсменок установила, что наибольшее число (67,3%) из них находились в возрасте до 20 лет, воспитывались в благополучных семьях, имели высокую сексуальную активность, полигамность, отрицательно относились к наступившей беременности, прервали ее медицинским абортom.

2. При комплексном обследовании женщин спортсменок установлено, что ведущими из соматических заболеваний, имеющими зависимость от вида спорта, являются болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (17,0%, 32,0%, 24,0%), дыхательной системы (27,0%, 14,0%, 17,0%) соответственно в первой, второй и третьей группах.

3. Среди диагностированных гинекологических заболеваний у женщин-спортсменок ведущее место занимают вагиниты (30,7%), фоновые заболевания шейки матки (14,3%), сальпингоофориты (14,7%) не имеющие непосредственной связи с видом спорта. Установлено, что с большей частотой, чем в популяции встречаются следующие проявления репродуктивных нарушений: задержка полового развития (19,3%), нарушение менструальной функции – вторичная аменорея (12,0%, 24,0%, 14,0% соответственно в первой, второй и третьей группах).

У женщин-спортсменок выявлен феномен «Триада женщины-спортсменки» проявляющийся в расстройстве пищевого поведения, аменорее и остеопорозе в 8,8%, 12,7% и 9,2% в первой, второй и третьей группе соответственно.

4. Изучение всех предполагаемых медико-социальных факторов риска и особенностей личностного реагирования женщин, занимающихся различными видами спорта, позволило разработать критерии риска развития психоэмоциональных нарушений у женщин спортсменок. При комплексном обследовании женщин-спортсменок после повышенных нагрузок были выявлены легкие тревожно-депрессивные нарушения у 48,0%, средней тяжести – 44,0% и тяжелой степени – 8,0%. Спортсменкам статистически достоверно чаще, чем лицам, не занимающимся спортом свойственно невротическое состояние (23,0% против 10,0% в контрольной группе).

5. Разработана и внедрена научно-обоснованная система профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин-спортсменок, включающая экспериментально-психологические методы исследования, применение способа прогнозирования степени тяжести психовегетативных расстройств, с использованием в комплексном лечении немедикаментозных средств (психотерапии, водолечения, фитотерапии, электросна), что позволило улучшить оказание медицинской помощи спортсменкам.

Применение разработанной системы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволило компенсировать аффективные и личностные нарушения в 78,0% наблюдений и улучшить качество жизни женщин-спортсменок.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В медицинскую комиссию по комплексному обследованию будущих женщин-спортсменок включаются следующие специалисты: терапевт, педиатр, окулист, оториноларинголог, невролог, психотерапевт, эндокринолог, дерматовенеролог.

2. Женщины-спортсменки проходят ежегодную диспансеризацию с углубленным обследованием гениталий, с использованием бактериологических, бактериоскопических, цитологических (на атипию), эндоскопических (кольпоскопия) методов.

3. По показаниям («триада женщины-спортсменки», аменорея) проводится внеочередное комплексное медицинское обследование с назначением дополнительных методов исследования и лечения.

4. При медицинском обследовании женщин-спортсменок должен участвовать психотерапевт.

5. На спортивные соревнования группу спортсменок должен сопровождать кроме спортивного врача-психотерапевт.

6. В каждой группе спортсменок должен быть составлен план совместной работы тренера, спортивного врача и психотерапевта с проведением семинарских занятий.

7. С женщинами-спортсменками в разных возрастных группах должны проводиться занятия по половому воспитанию (по разработанной программе).

8. Врач-гинеколог знакомит сексуально активных женщин-спортсменок с применением контрацептивных средств (с индивидуальным подходом).

9. После тренировок (плановых, предсоревновательных), рекомендуется применять немедикаментозные средства (фитотерапия, водные процедуры, иглорефлексотерапия).

10. При гинекологических заболеваниях у женщины спортсменки проводится углубленное комплексное обследование, обеспечивающее раннюю диагностику имеющейся патологии и применение соответствующего этиотропного

лечения. После проведенного лечения решается вопрос о возможности продолжения занятий спортом.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Фазлетдинова, И.Р. Мотивации активного образа жизни женщин занимающихся в спортивно-оздоровительном клубе Республиканского врачебно-физкультурного диспансера РБ / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // Материалы IV Российской научной конференции «Роль природных факторов и туризма в формировании здоровья населения», Уфа, 2006. – С. 12–13.

2. Фазлетдинова, И.Р. Применение физических упражнений (фитбол) с целью восстановления функциональных и антропометрических показателей родильниц / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // Материалы IV Российской научной конференции «Роль природных факторов и туризма в формировании здоровья населения», Уфа, 2006. – С. 11–12.

3. Фазлетдинова, И.Р. Использование сероводородных ванн в терапии гинекологических больных в Башкирском Республиканском врачебно-физкультурном диспансере / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // Материалы IV Российской научной конференции «Роль природных факторов и туризма в формировании здоровья населения», Уфа, 2006. – С. 11.

4. Фазлетдинова, И.Р. Влияние биологического цикла на работоспособность женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // Материалы IV Российской научной конференции «Роль природных факторов и туризма в формировании здоровья населения», Уфа, 2006. – С. 13–14.

5. Фазлетдинова, И.Р. Репродуктивное поведение и личностные особенности юных женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 350–351.

6. Фазлетдинова, И.Р. Состояние репродуктивного здоровья юных женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов, В.Б. Трубин // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 351.

7. Фазлетдинова, И.Р. Оценка репродуктивного здоровья женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // *Материалы Второго Международного конгресса по репродуктивной медицине, Москва, 2008*». – Москва, 2008. – С. 25–26.

8. Фазлетдинова, И.Р. Оценка репродуктивного и психического здоровья женщин-спортсменок/ И.Р. Фазлетдинова, Р.З. Фазлетдинов // *Материалы Третьего Международного конгресса по репродуктивной медицине, Москва, 2009*. – Москва, 2009. – С. 24–25.

**9. Фазлетдинова, И.Р. Прерывание первой беременности ранних сроков медикаментозным абортom у юных женщин-спортсменок / И.Р. Фазлетдинова, В.Б. Трубин // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, Акушерство и гинекология. 2009*. – № 7. – С. 160–164.**

**Фазлетдинова Илюся Рафатовна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО  
И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.

ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»  
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293, тел.: (347) 250-81-20; тел./факс: (347) 250-13-82.

Подписано в печать 22.07.2010 г.

Формат 60x84/16. Гарнитура. Times New Roman.

Бумага офсетная. Сано на ризографе.

Усл. печ. л. 1.-изд. л. 1,0.

Тираж 100. Заказ № 544.