

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Г.В. Усков, Д.Г. Усков*, О.Э. Возницкая**

**Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер,
г. Челябинск, Россия**

***Челябинский базовый медицинский колледж, г. Челябинск, Россия**

****Уральский государственный университет физической культуры,
г. Челябинск, Россия
walto70@yandex.ru**

Непрерывнорастущий организм, в отличие от уже сформировавшегося взрослого, отличается рядом морфологических, функциональных особенностей, и если недооценить этот фактор, можно не только затормозить рост спортивных результатов, но и привести к серьезным нарушениям здоровья [4]. Адаптация к физическим нагрузкам у подростков менее эффективна, чем у взрослого человека [2]. В связи с этим очевидна необходимость ранней диагностики и прогнозирования начальных функциональных изменений различных органов, которые предшествуют развитию заболевания и этиопатогенетически связаны с ним. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.11.2008 г. № 1013 в течение 2009 г. проводилась дополнительная диспансеризация детей, обучающихся в детско-юношеских спортивных школах Челябинской области, направленная на раннее выявление и профилактику заболеваний.

Цель: оценка уровня здоровья детей, занимающихся в детско-юношеских спортивных школах Челябинской области.

Задачи:

1. количественно-качественное распределение детей по группам здоровья для планирования дальнейших мероприятий по укреплению здоровья, профилактике и лечению;
2. определение частоты проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани со стороны опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы у детей-спортсменов;
3. оценка состояния сердечно-сосудистой системы юных спортсменов;
4. определение рекомендаций по сохранению здоровья и профилактике заболеваний юных спортсменов с учетом полученных результатов.

Организация исследования, материалы и методы. В ходе дополнительной диспансеризации в 2009 г. нами и специалистами лечебно-профилактических учреждений Челябинской области было обследовано 5 057 детей спортсменов, занимающихся в детско-юношеских спортивных школах легкой атлетикой, футболом, баскетболом, волейболом, плаванием, боксом, восточными единоборствами и другими видами спорта. Возраст детей от 13 до 16 лет, спортивный стаж от 2 до 5 лет, спортивный разряд – от 2-го взрослого до КМС, соотношение юношей и девушек примерно равноценно.

Дополнительная диспансеризация детей-спортсменов проводилась врачами-специалистами с использованием доврачебного этапа обследования, а также установленных лабораторных и функциональных исследований в следующем объеме, регламентированном Порядком проведения диспансеризации, утвержденном Приказом № 1013 Министерства здравоохранения Челябинской области. Порядок проведения дополнительной диспансеризации включал:

1. Осмотр врачами-специалистами: педиатром (врачом-педиатром участковым); акушером-гинекологом; неврологом; детским урологом-андрологом; детским хирургом; ортопедом-травматологом; офтальмологом; детским эндокринологом; оториноларингологом; детским стоматологом; психиатром; врачом спортивной медицины и ЛФК. Если давность исследования не превышала 3 месяцев, использовались результаты предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических исследований.

2. Проведение лабораторных и функциональных исследований: клинический анализ крови; клинический анализ мочи; электрокардиография (в 12 отведениях); УЗИ (сердца, почек, печени и желчного пузыря с использованием ультразвукового диагностического аппарата «Сономед-400»).

3. На доврачебном этапе проводилось анкетирование, исследование физического развития; определяли уровень физического развития: рост стоя, масса тела, окружность грудной клетки (вдох, выдох, пауза, размах), спирометрия, динамометрия (правой и левой кисти, станочная), функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой: 20 приседаний за 30 секунд, бег на месте в течение 2-х – 3-х минут.

По результатам дополнительной диспансеризации детей-спортсменов каждому осмотренному, с учётом заключений врачей-специалистов и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований, определялась группа здоровья с целью планирования дальнейших мероприятий по укреплению здоровья, профилактике и лечению.

В работе использовались: учётная форма «Карта учёта дополнительной диспансеризации» детей, обучающихся в детско-юношеских спортивных школах Челябинской области; отчётная форма № ДД «Дети-спортсмены». Финансирование диспансеризации детей, обучающихся в детско-юношеских спортивных школах Челябинской области осуществлялось Челябинским фондом обязательного медицинского страхования.

Результаты и обсуждение.

1. Выявлено следующее распределение детей-спортсменов по группам здоровья.

К первой группе здоровья отнесены 23,5 % (1180 человек), это практически здоровые дети, не нуждающиеся в диспансеризации. Таким детям могут быть даны рекомендации по здоровому образу жизни.

Вторая группа здоровья – это дети-спортсмены с риском развития заболевания, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (устранения) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых наступает выздоровление). Эта группа детей нуждалась в составлении индивидуальной программы профилактики и проведении профилактических мероприятий. Группа составляла 57,2 % (2885 человек) среди всех осмотренных.

В третью группу здоровья вошли дети, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях муниципального учреждения, состоящие на диспансерном учёте по хроническому заболеванию.

К третьей группе отнесены 18,7 % (937 человек) учащихся детских спортивных школ нашей области. Все дети-спортсмены третьей группы взяты на диспансерное наблюдение.

К четвёртой группе здоровья отнесены 0,3 % (10 человек) – это дети, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях федеральных специализированных медицинских учреждений, состоящие на диспансерном учёте по хроническому заболеванию.

Дообследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза или проведения соответствующего лечения не входило в объём дополнительной диспансеризации.

Пятая группа – это дети с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи. К пятой группе отнесены 0,3 % обследованных (11 человек). Все они в соответствии с административным регламентом направлены в ГЛПУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» или в федеральные специализированные медицинские учреждения.

Таким образом, не нуждаются в медицинском наблюдении, а, следовательно, являются здоровыми или практически здоровыми 80,7 % осмотренных учащихся детских спортивных школ и школ олимпийского резерва. Из числа прошедших диспансеризацию нуж-

дались в дополнительном обследовании в условиях муниципального учреждения – 41,01 % (2074 человека), в условиях федеральных специализированных медицинских учреждений 0,24 % (12 человек). Из числа нуждающихся в дополнительном обследовании (лечении) обследовано (пролечено) в условиях муниципального учреждения здравоохранения – 15,6 % (788 человек).

2. Фенотипические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) были выявлены у 27,9 % обследованных юных спортсменов, что соотносится с литературными данными. По данным Г.А. Макаровой [3] на современном этапе развития общества около половины детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет являются носителями критического количества антропометрических и фенотипических маркеров ДСТ, которые обнаруживают в определенные периоды онтогенеза и отставание костного возраста от паспортного. Наиболее часто встречались изменения со стороны опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

При оценке антропометрических данных обращали на себя внимание более высокий рост и снижение весо-ростовых показателей, сколиоз, деформация грудной клетки, плоскостопие, наличие синдрома гипермобильности суставов. Так, астенический тип телосложения встречался у 50,0 % спортсменов, синдром гипермобильности суставов выявлен у 19,7 % обследованных, сколиоз - у 10,8 %, деформация грудной клетки – у 3,1 %, плоскостопие – у 12,7 % подростков.

Следует отметить, что плоскостопие может стать одним из провоцирующих факторов усталостных переломов костей стопы, тендинита сухожилия задней большеберцовой мышцы и другой патологии конечности. Кроме того, лица с гипермобильностью суставов предрасположены к возникновению различных мышечно-скелетных изменений, в частности артралгий, вывихов суставов, повреждений связок, сухожилий и менисков, спондилёза, спондилолистеза, кроме того, у них чаще обнаруживаются пролапс митрального клапана, варикозное расширение вен нижних конечностей, грыжи, переломы костей и другие патологии [1].

В тоже время некоторые детские тренеры в погоне за гибкостью пытаются постоянно «растягивать» своих воспитанников, плодя «атлетов» с разболтанными суставами. Следует отметить, что повышенная гибкость хороша только при сбалансированном мышечно-сухожильном «корсете» суставов.

Учитывая это, с целью выявления и профилактики функциональных и ранних морфологических нарушений ОДА у юных атлетов необходимо совершенствование системы допуска их к занятиям спорта и ежегодного углублённого медицинского контроля (включение в общепринятый комплекс обследований специальных показателей и функциональных проб, позволяющих выявить среди обследуемых детей и подростков группы риска, нуждающихся в особом подходе к организации последовательных и особенно начальных этапов физической подготовки).

3. Исследование сердечно-сосудистой системы юных спортсменов.

Среди висцеральных проявлений синдрома ДСТ чаще всего встречались: пролабирование створок митрального клапана – у 13,8 % из числа всех обследованных, аномально расположенные хорды – у 4,5 % спортсменов.

Среди осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы преобладали: нарушения процессов реполяризации у 13,5 %, экстрасистолическая аритмия у 16,1 %, АВ – блокада I степени в 6,7 % случаев, АВ – блокада II степени 3,4 %. Феномен WPW был диагностирован у 5,7 % подростков при наличии пролапса митрального клапана. У одного спортсмена, занимающегося хоккеем, обнаруженный пролапс митрального клапана I степени с незначительной регургитацией сочетался с хроническим субкомпенсированным тонзиллитом.

У детей, отличающихся астеническим телосложением, чаще встречалось вертикальное расположение электрической оси сердца; у детей гиперстенической конституции, а также

при высоком стоянии диафрагмы – горизонтальное. Более значительные повороты электрической оси сердца вокруг переднезадней оси как вправо ($> + 90^\circ$), так и влево ($< 0^\circ$) как правило, были обусловлены патологическими изменениями в сердечной мышце.

При аускультации сердца почти у всех подростков определялась дыхательная аритмия, которая была особенно выраженной при медленном и глубоком дыхании, - на вдохе ритм учащался, а на выдохе урежался. Вероятно, это связано с повышением тормозящего влияния блуждающего нерва на ритм сердца в момент выдоха, что совпадает с данными Г.А. Макаровой [3].

Таким образом, результаты, полученные при проведении дополнительной диспансеризации детей-спортсменов, ставят перед врачами-педиатрами, главным образом перед спортивными врачами, задачи по контролю реализации индивидуальной программы реабилитации и профилактики для детей второй группы здоровья; динамическому наблюдению за пациентами с третьей группой здоровья, прежде всего теми, у кого впервые выявлены заболевания. Мониторинг основных индикативных показателей позволяет судить насколько эффективно проводится работа в «постдиспансерный период».

Полученные в результате диспансеризации результаты указывают на необходимость осуществлять комплексные обследования всех органов и систем с использованием дополнительных методов, в частности ультразвуковой диагностики, эхокардиографии и т.п. Юным спортсменам с различными проявлениями дисплазии соединительной ткани сердца необходим дифференцированный подбор тренировочных нагрузок. Спортсменам с проявлениями синдрома ДСТ необходимо проводить более частое ЭКГ-исследование с применением нагрузочных проб (1 раз в 4 месяца) для более раннего выявления дезадаптации.

Подготовка юных спортсменов должна сочетать решение оздоровительных, воспитательных и спортивных задач. Для обеспечения достаточного эффекта тренировки спортсменов следует учитывать следующие особенности их организма: возрастные особенности юного организма, динамику возрастного развития; динамику развития основных физических качеств; особенности периода полового созревания; индивидуальные особенности занимающихся спортом.

На этой основе должны строиться отбор, тренировка, режим и врачебно-педагогический контроль. В помощь практическим врачам по результатам исследования нами разработано методическое пособие по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина» «Медицинское обеспечение учащихся детских спортивных школ и школ олимпийского резерва».

Вывод. Проведенная дополнительная диспансеризация показала необходимость регулярных комплексных обследований детей, занимающихся спортом с целью профилактики заболеваемости, осложнений и усиления контроля за состоянием юных спортсменов; позволила оценить уровень здоровья детей-спортсменов. Определен уровень здоровья детей, занимающихся в детско-юношеских спортивных школах с распределением по группам здоровья; определена частота встречаемости у них проявлений дисплазии соединительной ткани, состояние опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Сформулированы рекомендации по сохранению здоровья обследованных детей, разработано методическое для врачей, работающих с юными спортсменами.

Литература

1. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина: Курс лекций и практические занятия. Учебное пособие / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – М.: Советский спорт, 2004. – 304 с.
2. Корнеева, И.Т. Патогенетические основы коррекции функциональных изменений сердца юных спортсменов: автореф. докт. мед. наук / И.Т. Корнеева. – М., 2003. – 47 с.
3. Макарова, Г.А. Справочник детского спортивного врача: клинические аспекты / Г.А. Макарова. – М.: Советский спорт, 2008. – 440 с.

4. Поляков, С.Д. Патогенетические основы изменений сердца при избыточной двигательной активности детей спортсменов: дисс. докт. мед. наук / С.Д. Поляков. – М., 1994. – 260 с.

5. Щепин, О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин и др.. – М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2007. – 360 с.