

5. Дети, занимающиеся футболом, хоккеем, греблей, боксом и другими высокодинамичными и высокостатичными видами спорта, требуют тщательного динамического медицинского контроля. Юным спортсменам данной спортивной специализации необходимо проведение ХМ в качестве скрининга, так как эти дети являются наиболее угрожаемыми по развитию миокардиодистрофии физического перенапряжения и внезапной сердечной смерти.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, А. Е. Реанимация на поле / А. Е. Алексеев // Медицина и спорт. — 2004. — № 1.
2. *Беляева, Л. М.* Проблемы детской кардиологии (пролапсы сердечных клапанов, малые аномалии развития сердца и миокардиодистрофия): учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, Е. А. Колупаева. — Минск: БелМАПО, 2007. — 48 с.
3. Оценка электрокардиографических изменений при диспансеризации спортсменов / В. И. Павлов [и др.] // Вестник аритмологии. — 2009. — Прил. — С. 163–164.

УДК 611.1/.8+616-072.7]-053.2:796.071

### **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

**Скуратова Н. А., Беляева Л. М.**

**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

**Государственное учреждение образования**

**«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### ***Введение***

Одним из приоритетных направлений педиатрии является изучение возрастных особенностей реакций адаптации. Приоритетность этих исследований — в предупреждении дезадаптации сердечно-сосудистой системы, в профилактике инвалидизации детей и болезней взрослых, начинающих в детском возрасте [2, 3].

Альтернативы физическому воспитанию с целью повышения уровня здоровья детей и подростков не существует. Однако, большие физические нагрузки, свойственные современному спорту, предъявляют к детскому организму высокие требования, что угрожает развитием хронического физического перенапряжения сердца. В связи с привлечением все большего количества детей к занятиям спортом, проблема повышения спортивной работоспособности и профилактики патологических состояний, обусловленных, прежде всего, нерациональными нагрузками в спорте приобретает особую актуальность [1, 2]. Растущий детский организм в отличие от уже сформировавшегося взрослого, характеризуется рядом морфологических, функциональных и адаптационных особенностей, и недооценка этих особенностей не только тормозит рост спортивных результатов, но и угрожает серьезными нарушениями здоровья ребенка. Следует учитывать и тот факт, что все это происходит в условиях, когда каждое последующее поколение спортсменов имеет все более низкий исходный уровень здоровья и является носителем все большего количества эндогенных (внутренних) факторов риска. Как следствие, возрастает число случаев внезапной смерти в спорте (только в Испании за период с 1999 по 2002 гг. внезапно умерли 49 атлетов: велосипедисты — 21, футболисты — 13, гимнасты — 5, баскетболисты — 2, другие виды — 8) и катастрофически быстро расширяется палитра заболеваний у спортсменов. В сложившейся ситуации

особую значимость приобретает проблема совершенствования педиатрической помощи при отборе детей для занятий спортом с целью максимально снизить вероятность негативных последствий «пограничных» физических и психоэмоциональных нагрузок, а также сопутствующих факторов риска.

Особого внимания в плане прогнозирования состояния здоровья у юных спортсменов заслуживают патологическая наследственная предрасположенность, осложненные беременность и роды, перенесенные ранее заболевания и травмы, малые аномалии развития, хронические очаги инфекции.

#### **Цель исследования**

Оценить клинико-anamnestические особенности у юных спортсменов для прогнозирования состояния здоровья.

#### **Материалы и методы**

Проведено анкетирование и клинико-инструментальное обследование 98 юных спортсменов от 8 до 18 лет (средний возраст  $13,4 \pm 2,2$  лет), активно занимающихся спортом. Анализировались данные анамнеза жизни и спортивного анамнеза, проводилась оценка жалоб. Наряду с общеклиническими и инструментальными методами обследования детям проводилась эхокардиография.

#### **Результаты и обсуждение**

Анамnestическая характеристика (данные анамнеза жизни, жалобы) и их представленность у детей-спортсменов приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинико-anamnestическая характеристика детей-спортсменов

Признак	Абс. кол-во (n = 98)	%
Занятия 2 видами спорта	25	25,5
Чрезмерные психоэмоциональные нагрузки	43	43,9
Отягощенный ante-, peri- и постнатальный периоды	40	40,8
Частота ОРИ более 4 раз в год	16	16,3
Сопутствующие заболевания	45	45,9
Хронические очаги инфекции	36	36,7
Черепно-мозговые травмы в анамнезе	8	8,2
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии	39	39,8
Отягощенная наследственность по другим заболеваниям	16	16,3
Астено-вегетативные жалобы (быстрая утомляемость, усталость, бессонница, колебания настроения и др.)	58	59,2
Жалобы на головные боли, головокружения, предобмороки, обмороки	43	43,9
Жалобы на боли в сердце, сердцебиения	30	30,6
Нестабильное АД	14	14,3
Связь жалоб с тренировками	26	26,5
Отсутствие связи жалоб с тренировками	61	62,2

Из таблицы 1 видно, что 25,5 % обследованных детей занимаются несколькими видами спорта. У 43,9 % юных спортсменов отмечались чрезмерные психоэмоциональные нагрузки (частые конфликтные ситуации, увлечение компьютером и т. д.), а у 40,8 % юных спортсменов имел место отягощенный ante- и peri- или постнатальный периоды. Сопутствующие заболевания выявлены у 45,9 % детей, отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям имели 39,8 % юных атлетов. Большинство (59,2 %) детей предъявляли неспецифические жалобы астено-вегетативного характера, не связанные с тренировочными занятиями.

Обращал на себя внимание и тот факт, что более чем у 1/3 детей (36,7 %) имелись хронические очаги инфекции (хронический тонзиллит, аденоидит, кариес зубов); 43,9 % спортсменов предъявляли жалобы на головные боли, головокружения, обмороки, у 30,6 % человек регистрировались жалобы на боли в сердце, у 14,3 % детей установлена сосудистая дисфункция с преходящей гипер- или гипотензией.

Возникновение данных жалоб 26,5 % детей-спортсменов связывали с тренировками или соревнованиями. У 16,3 % юных спортсменов отмечено снижение иммунитета, которое проявляется частыми ОРВИ, черепно-мозговые травмы в анамнезе имели 8,2 % юных детей.

По данным эхокардиографии у обследованных детей был выявлен ряд особенностей (таблица 2).

Таблица 2 — Данные эхокардиографии у детей-спортсменов

Заключение эхокардиографии	Абс. кол-во (n = 98)	%
Малые аномалии развития сердца	52	53,1
Дилатация камер сердца	3	3,1
Гипертрофия левого желудочка	1	1,0
Врожденный порок сердца	1	1,0
Норма	41	41,8

Из приведенных данных видно, что у большинства детей регистрировались малые аномалии развития сердца (аномальные хорды и трабекулы, пролапсы клапанов, открытое овальное окно и др.). Среди юных спортсменов выявлены 4 (4,1 %) ребенка с признаками «патологического» спортивного сердца (дилатации камер, гипертрофия межжелудочковой перегородки). У одной высокоперспективной спортсменки выявлен открытый артериальный проток, в связи с этим девочка была отстранена от занятий спортом и направлена в детский кардиохирургический центр.

#### **Выводы**

1. Данные опроса и клинического обследования юных спортсменов выявили, что в спортивных секциях занимаются дети, имеющие риск развития неблагоприятных нарушений и состояний со стороны сердечно-сосудистой системы. Этим детям требуются индивидуальные рекомендации в отношении выбора спортивной секции и двигательной активности вплоть до запрета занятиями спортом.

2. При отборе детей в спортивные секции необходимо учитывать факторы риска развития патологического спортивного сердца и, следовательно, более низкие адаптационные возможности организма, что позволяет рекомендовать индивидуальный уровень физической активности каждому ребенку.

3. Дети-спортсмены, предъявляющие жалобы, требуют углубленного обследования с целью ранней диагностики предпатологических состояний сердечно-сосудистой системы.

4. При отборе детей для занятий спортом необходимо проведение эхокардиографии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Авдеева, Т. Г. Здоровье школьников и проблемы физической культуры и спорта / Т. Г. Авдеева, Л. В. Виноградова // Поликлиника. — 2006. — № 1. — С. 14–17.
2. Беляева, Л. М. Миокардиодистрофия и «ношоное спортивное сердце»: диагностика, тактика ведения детей / Л. М. Беляева, Е. А. Колупаева, Е. К. Хрусталева // Кардиология в Беларуси. — 2010. — № 1. — С. 35–46.
3. Воробушкова, М. В. Ранняя диагностика изменений сердечно-сосудистой системы у юных пловцов и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Воробушкова. — Иваново, 1992. — 27 с.

УДК 616-053.2-092.11:796.071

## **ЗНАЧЕНИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕД- И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

**Скуратова Н. А.**

**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Для оценки функционального состояния сердца и вегетативных механизмов регуляции сердечного ритма используются различные функциональные пробы [1, 3]. Одна