

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ КОНТРАКТА

Э.Н. БЕЗУГЛОВ,

научно-медицинский департамент ЗАО ФК «Локомотив», г. Москва;

С.А. РОССИЙСКИЙ,

научно-методический отдел Российского футбольного союза

Аннотация

В статье рассмотрена одна из актуальных проблем медицины спорта высших достижений – медицинские осмотры спортсменов высокой квалификации перед подписанием контракта. Подробно излагаются особенности данных осмотров, очередность обследований. Описана патология, препятствующая занятиям профессиональным спортом. Особенно подчеркивается важность интерпретации полученных данных врачами, имеющими опыт работы со спортсменами топ-уровня. Рассмотрен алгоритм действий при выявлении изменений в организме, требующих дообследования.

Ключевые слова: медицинские осмотры, спортсмены высокой квалификации, спортивное сердце.

Abstract

The article considers one of the most topical problems of the athletic feats medicine – medical examination of sportsmen before signing a contract. The peculiarities of the examination results and the sequence of the check-ups are detailed. The article describes the pathology, which impedes professional sport activity. It is highlighted that the interpretation of the examination results is within the sphere of responsibility of experienced physicians who work only in the field of sport. It also reflects the measures to be taken if there are some involutions demanding additional research.

Key words: medical examinations, highly skilled sportsmen, heart of a sportsman.

Долгие годы у врачей, работающих в различных видах спорта, не было единого подхода в осуществлении важнейших диагностических мероприятий – медицинских осмотров спортсменов перед подписанием контрактов. Между тем требования руководства клубов постоянно ужесточаются, и цена возможной ошибки врачей многократно увеличивается.

В этой статье авторы разделяют два вида освидетельствования: перед подписанием контракта и перед сезоном – так как требования к ним, а также условия, в которых они проходят, зачастую принципиально различаются.

Особенности трансферной политики клубов ведут к тому, что о необходимости проведения медицинского освидетельствования врач узнает за сутки, а то и меньше, до осмотра. Исходя из этого, врачи команды заранее должны подготовить программу освидетельствования, причем согласованную с руководством клиник во избежание различных форс-мажорных обстоятельств.

Другой особенностью таких осмотров является их максимально возможная быстротечность, так как часто спортсмены с агентами приезжают уже для подписания контракта, и, как правило, осмотр протекает в авральном режиме.

Очень редко спортсмены приезжают из больших клубов со своими аналогами амбулаторных карт. Агенты тем более не предоставляют их, поэтому часто мы имеем дело с «котами в мешке», что, несомненно, усложняет и без того непростую задачу. При этом нельзя упускать из виду ни одной мелочи: страну, из которой приехал спортсмен, наличие у него аллергии на пищевые продукты, на каких площадках он играл (натуральные или искусственные), какие болезни в детстве перенес.

Для тщательного сбора анамнеза врачу всегда нужен переводчик, который в состоянии разъяснить все нюансы слов спортсмена.

Итак, медицинские осмотры перед подписанием контрактов характеризуются следующими особенностями:

- высокая цена ошибки;
- жесткий временной лимит;
- отсутствие данных о перенесенных заболеваниях и травмах;
- затруднения при сборе анамнеза в связи с языковым барьером у иностранных спортсменов.

Исходя из всего вышесказанного, программа должна быть построена таким образом, чтобы наиболее важные с точки зрения будущей карьеры спортсмена обследования шли на первом месте, а уже затем, при наличии времени и целесообразности, все остальные.

На наш взгляд, самым важным при первичном обследовании является изучение сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и крови на различные инфекции. Выявленная со стороны других органов и систем патология не может дать оснований для отрицательного заключения, а лишь позволяет сформулировать определенные рекомендации (например, ношение стелек, контактных линз).

Обследование должно начинаться утром, после того, как накануне вечером спортсмен поужинал, общался с представителями клуба. Иногда спортсмена прямо из аэропорта после длительного перелета везут на освидетельствование, и тогда возможна не совсем верная интерпретация (гипердиагностика) анализов и данных ЭКГ с нагрузкой в связи со сгущением крови и выраженным утомлением. В таких ситуациях исследо-

вания лучше начинать с опорно-двигательного аппарата, остальные же диагностические процедуры перенести на следующий день.

Разработанные авторами программа и план ее реализации позволяют провести все инструментальные исследования и оценить их в течение 7–8 часов, естественно, при отсутствии серьезной патологии, требующей дообследования.

В идеале все обследования должны проходить в одном заведении, однако даже в Москве клиник, отвечающих требованиям клубов премьер-лиги, единицы, поэтому приходится проводить осмотры в двух-трех заведениях.

Некоторые клубы проводят осмотры перед подписанием контракта в зарубежных клиниках, в том числе и по этой причине, однако главным мотивом является недоверие клубного руководства к заключениям российских специалистов, что является принципиально ошибочным мнением. При этом высокая цена осмотров никого не останавливает. Например, в Германии они стоят около 8000, в Италии – 7000 евро. Подобный объем исследований в России обходится максимум в 2000 евро.

Функциональная готовность в полном объеме обычно нигде не анализируется, так как она тесно связана с тренировочным процессом и на момент осмотров редко бывает оптимальной.

С целью экономии времени сотрудники лаборатории приезжают по указанному адресу (обычно это бывает гостиница) и производят забор крови и мочи в специальные мини-контейнеры. Большая часть анализов бывает готова уже во второй половине дня, другие – максимум через сутки.

В программу обследования в обязательном порядке входят следующие виды анализов:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови;
- коагулограмма;
- гормоны щитовидной железы, тестостерон и кортизол;
- сокращенный иммунный статус;
- маркеры резорбции костной ткани;
- исследование крови на гепатит, ВИЧ-инфекцию, сифилис, паразитологическое носительство (для представителей Африки, Азии и Америки).

Исследование крови дополняется общим анализом мочи и анализом мочи на содержание наркотических веществ (амфетамины, марихуана, кокаин, героин).

Подобный объем исследований позволяет исключить скрытую патологию свертывающей системы, различные виды системных заболеваний и инфекции (в том числе паразитарные).

При выявлении какой-либо патологии уже на следующий день профильный специалист дает свое заключение, и врачи принимают окончательное решение.

К патологии кроветворной системы, препятствующей подписанию контракта, относятся:

- ВИЧ-инфекция, гепатит С в активной фазе;
- системные заболевания крови в фазе неполной ремиссии;

– заболевания системы крови, сопровождающиеся геморрагическим синдромом;

– паразитологические заболевания с высокой активностью процесса или в фазе неполной ремиссии (например, малярия, лейшманиоз);

– тяжелая и среднетяжелая анемия неясной этиологии до исключения онкологической и аутоиммунной природы процессов;

– употребление спортсменом наркотиков;

– нефротический синдром;

– выраженные формы тиреотоксикоза и гипотиреоза.

В отличие от плановых осмотров перед сезоном не исследуется кровь на пищевую аллергию, не берется мазок из уретры, не анализируется расширенный гормональный спектр.

На следующем этапе футболист доставляется в ЛПУ для обследования сердечно-сосудистой системы. Находясь в дороге, врач может собрать подробный анамнез и уже иметь общее представление о здоровье спортсмена.

Обследование сердечно-сосудистой системы начинается с ЭКГ в состоянии покоя. При выполнении данного вида исследований можно обнаружить следующие изменения, относящиеся к физиологическому спортивному сердцу:

- синусовая аритмия, предсердный или узловой ритм;
- синдром ранней реполяризации желудочков, замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса;
- миграция водителя ритма в пределах синусового узла;

- атриовентрикулярная диссоциация функционального характера, неполная блокада правой ножки пучка Гиса;
- редкие и частые наджелудочковые экстрасистолы;
- паузы в желудочковых сокращениях менее 3-х с.

Однако существует патология сердечной мышцы, делающая занятия профессиональным спортом невозможными. К ней относятся:

- частые желудочковые экстрасистолы;
- трепетание и мерцание предсердий;
- полная блокада одной из ножек пучка Гиса;
- пароксизмальные и хронические рецидивирующие наджелудочковые и желудочковые тахикардии;
- синдром удлиненного QT, CLC- и WPW-феномены, провоцирующие нарушение ритма;
- органическая АВ-блокада III степени или АВ-блокада II степени типа Мобит 2;
- значительные неспецифические изменения реполяризации, свойственные миокардиодистрофии III степени.

Следующим пунктом обследования является выполнение Эхо-КГ, при котором можно обнаружить следующие особенности сердечной мышцы, не мешающие занятиям спортом, например:

- атипично расположенные хорды левого желудочка;
- незаращение овального окна;
- аневризма межпредсердной перегородки;
- пролапс клапанов II степени.

При выполнении Эхо-КГ можно заподозрить наличие у спортсмена гипертрофической кардиомиопатии, для которой свойственно сочетание следующих признаков:

- утолщение стенок более 13 мм;

- небольшой размер полости левого желудочка;
- нарушение диастолической функции левого желудочка.

Оба вышеперечисленных обследования выполняются в состоянии покоя и способны выявить явную кардиальную патологию, что обычно несвойственно спортсменам, ранее выступавшим в профессиональных командах. Для выявления скрытой, но потенциально опасной для жизни патологии необходимо проводить тестирование сердечно-сосудистой системы в условиях, максимально приближенных к тренировочному процессу: тредмил-тест и стресс-Эхо-КГ. В своей работе в таких ситуациях авторы используют тредмил-тест по протоколу Брюса, который позволяет выявить возможные нарушения ритма и ишемию миокарда на фоне субмаксимальных нагрузок.

Если при выполнении тредмил-теста регистрируются значимые нарушения ритма, то следующим этапом обследования становится суточное холтеровское мониторирование АД и ЭКГ. При выявлении же ишемии миокарда (депрессия сегмента ST) врачи сразу дают рекомендации о нежелательности приобретения данного спортсмена.

После расшифровки показаний холтеровского датчика совместно со спортивными кардиологами выносятся заключение. Справедливости ради стоит отметить, что подобные ситуации встречаются очень редко.

В подавляющем большинстве случаев авторы обходятся без холтеровского мониторирования, и при положительных результатах ЭКГ, Эхо-КГ и тредмил-теста начинается исследование опорно-двигательного аппарата.

Этот блок исследований начинается с МРТ коленных и голеностопных суставов, а также поясничного отдела позвоночника, после которого можно оценить как состояние связочного аппарата, так и состояние хрящевых поверхностей крупных суставов и выявить позвоночные грыжи.

Как известно, около 60% стабильности коленного сустава обеспечивает четырехглавая мышца бедра, поэтому сильная мышца может скрыть уже имеющуюся несостоятельность передней крестообразной связки и соответственно высокий риск ее разрыва, что особенно актуально для футболистов, играющих в России на искусственных и натуральных газонах низкого качества.

Следует особо отметить, что наличие признаков несостоятельности передней крестообразной связки не может в изолированном виде служить показанием к отрицательному заключению, а лишь намечает пути коррекции и профилактики усугубления патологии (закачивание четырехглавой мышцы, кинезиотейпирование, ношение корректирующих стелек).

К патологии суставов и позвоночника, препятствующей подписанию контракта, относятся:

- хондромалиция хрящей III–IV степени;
- свободные хондромные тела в полости суставов;
- «язвы» хрящевых поверхностей;
- разрыв передней или задней крестообразной связок;
- киста Бейкера больших размеров;

- остеоартроз суставов III степени;
- рассекающий остеохондрит коленного и голеностопного суставов;
- позвоночные грыжи больших размеров.

В то же время дегенеративные изменения менисков второй и даже третьей степени не являются в таких случаях противопоказанием, так же, как и артроз I–II степени, небольшие эндостозы, малые серозные выпоты.

Указанные изменения диктуют необходимость более пристального контроля за состоянием суставов и проведения превентивных мероприятий (прием хондропротекторов, интраартикулярное введение протезов синовиальной жидкости, физиотерапия, ограничение игровой практики на искусственных газонах, кинезиотейпирование).

Очень важным пунктом осмотра является выполнение УЗИ мышц бедра и икроножных мышц, при котором можно выявить застарелые ригидные рубцы, впоследствии способные обуславливать повышенную травматизацию этих областей.

После реализации вышеуказанного диагностического комплекса врачи клуба могут с большой долей уверенности вынести свое заключение. Однако при условии благоприятного исхода освидетельствования и наличии времени необходимо дополнить осмотр следующими исследованиями:

- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, щитовидной железы;
- компьютерная томография головного мозга (для выявления аневризма сосудов головного мозга);
- дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей (для выявления несостоятельных вен и исключения наличия в венах тромбов);
- плантография (выявление и профилактика плоскостопия);
- рентгенография легких (исключение скрытых форм туберкулеза и т.д.);
- осмотр офтальмологом, оториноларингологом, стоматологом, мануальным терапевтом.

Несмотря на факультативный характер указанных осмотров и обследований, их выполнение весьма желательно, так как позволяет выявить наличие клинически не манифестирующей патологии. К ней относятся хронические очаги инфекции (кариес, хронический тонзиллит), конкременты в почках и желчном пузыре, изменения в ткани щитовидной железы, клапанная несостоятельность вен нижних конечностей, доброкачественные новообразования почек и печени, нарушение зрения, плоскостопие, нарушения осанки.

Выявление перечисленной патологии не влияет на выносимое медицинское заключение, но позволяет наметить пути ее коррекции и определить меры по профилактике возможного травматизма.

Самым «тонким» местом всех инструментальных исследований (особенно МРТ суставов и Эхо-КГ) является их правильная интерпретация. Именно они должны проводиться не только на современном оборудовании, но и оцениваться специалистами, имеющим опыт работы со спортсменами высокой квалификации.

Среди перечисленных методов обследования и осмотров особое место занимает осмотр и пальпаторное исследование традиционно слабых мест мануальным терапевтом. При этом можно определить степень укорочения одной из конечностей, целостность апоневроза наружной косой мышцы живота, наличие спазма подлежащей к апоневрозу мышцы, что очень часто является причиной болевого синдрома в паховой области, оценить осанку спортсмена и, самое главное, уже с первых дней начать проведение превентивных мероприятий.

В заключение хочется напомнить, что принятие решения о профессиональной пригодности спортсмена должно выноситься клубными врачами совместно со специалистами, работающими со спортсменами высокого класса на постоянной основе. В противном случае 90% спортсменов никогда не получают одобрения на занятия спортом, поскольку организм спортсмена сильно отличается от организма «обычного» человека.