

3. У большинства спортсменов с нарушениями в составе красной крови имелись признаки железодефицитной анемии (микроцитоз, гипохромия, анизоцитоз), которая, согласно многочисленным данным, встречается гораздо чаще других анемических состояний.

4. Наличие хронического очага инфекции (31,1% учащихся имели кариозные зубы) может благоприятствовать формированию анемии перераспределительного типа (анемии хронических заболеваний).

5. Несомненно важным является своевременное обследование, профилактика и коррекция данной патологии у атлетов, что будет способствовать спортивному совершенствованию и достижению максимальных результатов в спорте.

Литература:

1. Делягин В.М. и соавт. Лекции по клинической диагностике внутренних болезней. - Киев: МОРИОН, - 2007. - С. 84-112.
2. Дурманов Н.Д., Филимонов А.С. Диагностика и коррекция нарушений обмена железа в спорте высших достижений: Методические рекомендации для врачей клубов. - Москва, 2010. - 84 с.
3. Уилтимор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта и двигательной активности: Пер. с англ. - Киев: Олимпийская литература, 1997. - 503 с. WHO (1998)The World Health Report.
4. Dubnov G., Constantini N.W. Prevalence of iron depletion and anemia in toplevel basketball players. // Int. J. Sport. Nutr. Exerc. Metab., 2004, 14(1), 30-37.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

**Удот М.Г., Дмитриев А.Л., Гламбоцкий В.В., Халько О.Н.,
Гончарук И.М.**

УЗ «Городская клиническая больница №2»,
УО «Гродненский государственный медицинский
университет»

Важной особенностью спортивного травматизма является наличие так называемых уязвимых отделов опорно-двигательного аппарата, частота повреждений которых составляет абсолютное большинство в том или ином виде спорта, в результате чего развивается так называемый феномен «слабого звена» при специфической спортивной деятельности.

У спортсменов ряда специализаций происходят приспособительные изменения в опорно-двигательном аппарате, что диагностируется с помощью не только визуального, но и рентгенологического исследования, а также МРТ, ЯМР и других современных методов исследования.

Состояние позвоночника имеет огромное значение для спортсменов, поскольку изменения в его структурах под воздействием длительных и интенсивных нагрузок могут выйти за рамки приспособительных и приобретают предпатологический или патологический характер. Многолетняя интенсивная специфическая физическая деятельность может привести как к определенным визуальным нарушениям осанки так и структурным изменениям, определяемым рентгенологическими методами. Так у тяжелоатлетов более часто наблюдается выраженный поясничный лордоз. Это создает благоприятные биомеханические условия при тяге штанги вверх при отрыве ее от пола, усиливает рессорную функцию позвоночника в условиях резкого возрастания осевой нагрузки в положении штанги над головой. Однако развитие чрезмерно выраженного лордоза в поясничной области приводит к нарушению естественного распределения статических и динамических нагрузок на структуры позвоночника. Это может служить причиной блокады двигательных сегментов, болей и патологических изменений, определяемых на рентгенограмме.

Боковые деформации позвоночника - сколиозы могут развиваться у спортсменов вследствие асимметричного участия мышц и длительных физических напряжений. В таких видах спорта как гребля, бокс, метание асимметрия наблюдается постоянно, что в детском или подростковом возрасте при пренебрежении к рентгенологической диагностике и корригирующим упражнениям может привести к развитию сколиоза.

Таким образом, известный медицинский афоризм о том, что хорошо лечит тот, кто хорошо диагностирует, является очень актуальным и для спортивной медицины. Точный диагноз в данном случае важен не только для определения правильной тактики ведения больного, но и для прогноза дальнейших занятий спортивной деятельностью.

Приводим наблюдение за спортсменом, поступившим с тяжелой травмой позвоночника и обратившимся за помощью в нашу клинику.

Спортсмен во время игры в футбол почувствовал сильные боли в грудном отделе позвоночника, которые возникли после неудачного падения на спину вследствие толчка соперника.

Доставлен в травмпункт, где выполнена боковая рентгенограмма грудного отдела позвоночника, на которой выявлена клиновидная деформация тел грудных позвонков Th₇, Th₈, Th₉ и снижение их высоты в переднем отделе. На основании этого выявлен диагноз компрессионного перелома тел этих позвонков 1 степени.

Поступил в ГКБ № 2 для консультации и определения тактики дальнейшего лечения. Проведено обследование: выполнена рентгенограмма грудного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях. Выявлено:

- грудной кифоз усилен, больше в нижегрудном отделе;
- легкая клиновидность формы тел позвонков Th₇, Th₈, Th₉ со снижением их высоты в переднем отделе менее чем на 1/4;
- сохранение равномерной трабекулярности костной структуры тел этих позвонков;
- умеренно выраженная извитость и «рыхлость» замыкательных пластинок межпозвоночных дисков Th₆ - Th₇, Th₇ - Th₈, Th₈ - Th₉;
- не полностью консолидированный верхне-передний апофиз тела позвонка Th₈ в виде отдельно лежащего костного фрагмента без смещения треугольной формы с четким ровным, плотным внешним контуром.

Учитывая поставленный ранее диагноз больной был госпитализирован для прохождения лечения функциональным терапевтическим методом. Назначен строгий постельный режим с реклиацией пораженных тел позвонков. Однако, для

уточнения характера изменений в позвонках выполнено МРТ-исследование и получены следующие результаты:

- тела позвонков Th₇, Th₈, Th₉ клиновидной формы;
- высота тел позвонков Th₇, Th₈, Th₉, в передних отделах 20-21-21 мм и в задних отделах 24-25-25 мм соответственно;
- костный мозг тел позвонков Th₇, Th₈, Th₉ дает однородный изоинтенсивный сигнал в T₁- и T₂-режимах.

Заключение: МРТ-данных на наличие травматических повреждений (гематомы тел позвонков) не выявлено.

Сопоставление данные рентгенологического и МРТ - исследований с учетом клинических наблюдений позволили считать, что у пациента имеется болезнь Шермана-Мау и сильный ушиб грудного отдела позвоночника.

Полученные данные позволили уточнить диагноз и радикально изменить тактику лечения. Постельный режим был отменен, проводились реабилитационные мероприятия, включающие широкий арсенал немедикаментозных методов (физиотерапия, массаж и др.) Через неделю пациент был выписан и приступил к тренировкам.

Пациенту даны соответствующие рекомендации для профилактики болей в спине.

Таким образом, правильно поставленный диагноз имеет первостепенное значение для правильного лечения и благоприятного прогноза занятиями спортом.

ПРИНЦИПЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хованская Г.Н., Пирогова Л.А

**УО «Гродненский государственный медицинский
университет»**

Компрессионные (туннельные) невропатии составляют от 25 до 40% всех заболеваний периферической нервной системы. Туннельные синдромы возникают в результате компрессии