

«Мир спорта»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

_____ А.С. Малинина

« _____ » _____ 2019 г.

Медицинская памятка для тренера с рекомендациями по корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта) с учетом вида спорта

ПО ТЕМЕ:

**«Разработка методических рекомендаций по критериям допуска лиц к занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в соответствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом, полом при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта)»
(шифр: «Тракт-19»)**

Государственный контракт № 139.001.19.14 от 5 апреля 2019 года

Москва, 2019

РЕФЕРАТ

Отчет 27 с., 1 таб.

«РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОЙ ПАМЯТКИ ДЛЯ ТРЕНЕРА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У СПОРТСМЕНОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА) С УЧЕТОМ ВИДА СПОРТА»

Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме допуска лиц к занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта) в зависимости от вида спорта, спортивной дисциплины, возраста и пола изучения. Исследованы механизмы развития болезней и патологических состояний желудочно-кишечного тракта и методик их диагностики и лечения у спортсменов при занятиях спортом по данным литературных источников. Оценена распространенность различных нозологий, показана специфика их клинического течения, нередко затрудняющая своевременную диагностику, что создает предпосылки для развития осложнений.

Оценены риски здоровью спортсмена, которые возникают при патологии пищеварительной системы, в том числе при развитии осложнений, в процессе тренировочной и соревновательной деятельности тренировок у представителей различных видов спорта.

Подготовлена медицинская памятка для тренера с рекомендациями по корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта) с учетом вида спорта.

Оглавление

Введение.....	4
1. Медицинская памятка для тренера с рекомендациями по корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно- кишечного тракта) с учетом вида спорта	11

Введение

Основанием для допуска лица, занимающегося спортом, к спортивным мероприятиям является наличие у него медицинского заключения о допуске к тренировочным мероприятиям и к участию в спортивных соревнованиях.

Медицинские противопоказания к участию в спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях) определяются в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, с учетом состояния здоровья спортсмена, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния), а также вида физической активности, предполагаемой нагрузки, вида спорта и спортивной дисциплины с учетом возрастных особенностей и пола лица.

Активные и последовательные преобразования в сфере физической культуры и спорта последних лет, масштабная модернизация системы подготовки спортсменов высокой квалификации, потребовали дальнейшего усиления системы медико-биологического обеспечения спортсменов. В соответствии с поручениями Президента РФ Министерством здравоохранения РФ был издан приказ от 30.05.2018 № 288н "Об утверждении Порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации".

Данным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан разработана организационная модель медицинского и медико-биологического обеспечения лиц, проходящих спортивную подготовку, а также предусмотрены механизмы проведения периодических медицинских осмотров, лечения и реабилитации, включая в том числе:

- механизмы прикрепления организаций, осуществляющих подготовку спортивного резерва, к медицинским организациям;

- обязанность медицинских организаций, осуществляющих подготовку спортивного резерва, своевременно передавать медицинскую документацию в организации, обеспечивающие текущее медицинское сопровождение лиц, проходящих спортивную подготовку.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у спортсменов широко распространены и по частоте занимают одно из первых мест среди патологии внутренних органов у спортсменов.

Так, если оценивать распространенность патологии по обращаемости к медицинскому персоналу во время крупнейших международных соревнований, то заболевания органов пищеварения занимают четвертое место (см. таблицу №1)

Таблица №1

% общего числа зарегистрированных медицинских консультаций на
Олимпийских играх

Заболевания или расстройства, %	Олимпийские игры в Сиднее 2000 г.	Олимпийские игры в Афинах 2004 г.
Ухо, горло, нос	18	13
Легочные (респираторные)	16	8
Неврологические	16	4
Желудочно-кишечные	6	6
Дерматологические	2,5	16
Урологические	2,5	0
Психологические/ Психиатрические	2	3
Кардиологические	1	3
Офтальмологические	0,5	0,5
Другие	4,5	6

По частоте первичных обращений спортсмены в полтора раза уступают лицам, не занимающимся спортом; при этом на каждый случай обращений приходится в 2 раза меньшее количество дней нетрудоспособности.

В целом же в структуре болезней спортсменов высокого класса патология органов пищеварения, скорее всего, не превышает 10,3%; при этом функциональные нарушения билиарного тракта статистически значимо преобладают над органической патологией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Полученные данные необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий и диспансеризации спортсменов.

Однако последняя позиция может быть подвергнута сомнению, т.к. гастроэнтерологической патологии у спортсменов свойственна низкая выявляемость, обусловленная «нетипичностью», смазанностью клинической картины, отсутствием характерных симптомов, что затрудняет выявление болезней органов пищеварения при медицинских осмотрах. Кроме того, свойственная спортсменам диссимуляция могут затушевывать истинную картину заболеваемости.

В противоположность этому, некоторые исследователи сообщают об очень высоких показателях распространенности – от 30 до 70% всех расстройств у спортсменов.

Столь противоречивые данные, возможно связаны с тем, что до настоящего времени не было проведено широких эпидемиологических исследований интенсивных показателей заболеваемости органов пищеварения у спортсменов.

Большая часть заболеваний органов пищеварения спортсменов приходится на виды спорта, характеризующиеся проявлением выносливости.

Это серьезное основание для включения в программы обследования патологии данной системы. Для спортсменов, особенно тех из них, кто регулярно страдает желудочно-кишечными расстройствами при выполнении физических нагрузок, важно исключить возможность наличия или развития у

них серьезного заболевания пищеварительного тракта, которое проявляется во время ответственных соревнований.

Как известно, некоторые формы физической активности могут оказывать существенное негативное влияние на состояние желудочно-кишечного тракта, в то время как другие обладают известным защитным эффектом против конкретных заболеваний и расстройств.

Интенсивные физические нагрузки могут оказывать временное негативное влияние на желудочно-кишечный тракт, включая возникновение тошноты, изжоги, диареи и желудочно-кишечных кровотечений. Показано, что особенно восприимчивы к этим негативным эффектам легкоатлеты, но и они могут минимизировать свои риски при соответствующем потреблении жидкости и ограничении использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). И если у спортсмена выявлено воспалительное заболевание кишечника, ему не рекомендуется использовать НПВП.

Заболевания системы пищеварения занимают существенное место не только в структуре манифестной, но и недиагностированной патологии у спортсменов различной квалификации, включая членов сборных команд страны. Это связано как с неуклонным ростом распространенности болезней органов пищеварения в популяции в целом, так и с наличием в условиях спортивной деятельности дополнительных факторов риска, к которым могут быть отнесены:

- выраженная ишемия органов пищеварения в период напряженной мышечной деятельности;
- стрессорное воздействие околопредельных физических и психоэмоциональных нагрузок, вызывающее выраженные колебания секреторной функции желудка, поджелудочной железы, а также дисбиоз тонкого и толстого кишечника;
- повышенная вероятность травматизации органов брюшной

полости [40];

- высокая вероятность нарушения взаиморасположения органов брюшной полости в связи с биомеханикой отдельных упражнений, а также гипертрофией отдельных мышц и мышечных групп;

- необходимость (при лечении спортивных травм и хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата) приема нестероидных противовоспалительных препаратов;

- отбор в отдельные виды спорта лиц с выраженными проявлениями дисплазии соединительной ткани, включая, естественно, и дисплазию внутренних органов;

- особенности общественного питания (когда речь идет о длительном пребывании спортсменов высокой и высшей квалификации на тренировочных сборах) ;

- необходимость в отдельных видах спорта резкого ограничения питания, а также использования нефизиологичных способов сгонки веса;

- злоупотребление биологически активными добавками и фармакологическими препаратами определенной направленности и др.

При этом необходимо учитывать, что у лиц молодого возраста и, в первую очередь, у спортсменов, патология системы пищеварения может протекать абсолютно бессимптомно.

Улучшение качества диагностики расстройств ЖКТ (широкое внедрение в практику эндоскопических методов исследования, создание специализированных гастроэнтерологических отделений, развитие различных форм диспансеризации населения) привело к росту числа зарегистрированных случаев заболеваний .

Одним из наиболее ответственных решений является определение сроков возвращения к полноценной тренировочной и соревновательной деятельности. Так, лица с язвенной болезнью желудка или

двенадцатиперстной кишки, находящиеся в течение 6 лет в состоянии ремиссии (без нарушений функции пищеварения), могут быть допущены к занятиям спортом; при этом им не рекомендуются виды спорта, направленные на развитие выносливости.

В целом же при оценке допуска спортсменов после рецидивов язвенной болезни к занятиям спортом следует опираться на общие положения об оценке трудоспособности при этой патологии, а именно: учитывать особенности течения заболевания, тяжесть функционального нарушения гастродуоденальной системы и организма в целом как в период обострения, так и в фазе ремиссии, наличие осложнений, характер и объем проведенной терапии, сопутствующие заболевания. Кроме медицинского фактора, при оценке трудоспособности и определении показаний к рациональному трудовому устройству больных язвенной болезнью следует учитывать характер выполняемой работы и конкретные условия труда, т.е., применительно к разрабатываемой тематике, вид спорта и спортивную квалификацию.

Не менее сложным представляется определение сроков допуска и при других болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки, включая гастрит аутоиммунной природы и его особые формы (гранулематозный, эозинофильный, гипертрофический, лимфоцитарный), болезни желчного пузыря и желчных путей, поджелудочной железы, тонкого и толстого кишечника, со значительными и умеренными нарушениями функций и частыми обострениями.

Лица с геликобактерным гастритом могут быть допущены к занятиям спортом после соответствующего лечения. При хронических гастритах и гастродуоденитах с незначительными нарушениями функции и редкими обострениями, а также при дискинезиях желчевыводящих путей с редкими обострениями также возможен допуск.

Таким образом, приведенные сведения объясняют повышенное внимание исследователей к изучению влияния максимальных физических нагрузок на функциональное состояние печени и делают особенно актуальной проблему понимания механизмов развития патологии ЖКТ у спортсменов.

1. Медицинская памятка для тренера с рекомендациями по корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях и патологических состояниях пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта) с учетом вида спорта

Желудочно-кишечный тракт (органы пищеварения; ЖКТ) – это тонко организованная система, которые последовательно обеспечивают измельчение поступающей в организм пищи, ее переработку, всасывание питательных веществ и выведение шлаков. ЖКТ – это:

- ротовая полость (с расположенными в челюстях зубами, а также язык и слюнные железы), в которой еда пережевывается, увлажняется слюной и превращается в достаточно мягкую массу (пищевой комок)
- глотка, обеспечивающая координированное взаимодействие пищеварительной и дыхательной систем во время глотания
- пищевод, два сфинктера (клапана) которого позволяют пищевому комку перемещаться только в одном направлении
- желудок, основные функции которого – гомогенизация, расщепление поступивших в него белков жиров и углеводов выделяющейся им соляной кислотой и поступающими ферментами, а затем дальнейшее перемещение его содержимого
- тонкая кишка, состоящая из 3 частей – двенадцатиперстной, тощей и подвздошной, достигает длины в 4,5м, что позволяет ей завершить процесс расщепления питательных веществ за счет выделяемого железами слизистой секрета и обеспечить всасывание в кровь высвободившихся коротких пептидов и аминокислот, простых сахаров и жирных кислот, а также иных ингредиентов (витаминов), с последующей освобождением от оставшейся жидкой массы

- толстая кишка, также включающая 3 части – слепую, ободочную и прямую, имеет значительно меньшую длину, нежели тонкая – около 1,5м. В ней всасывается вода и растворенные в ней электролиты, в результате чего формируются каловые массы, которые эвакуируются из организма.

В процесс пищеварения участвуют и другие органы:

- поджелудочная железа, которая выделяет пищеварительные ферменты, поступающие в 12-перстную кишку, а также гормоны, регулирующие интенсивность метаболических процессов, прежде всего, углеводного обмена

- печень, продуцирующая желчь, а также обеспечивающая эффективный метаболизм углеводов и белка, в частности пластическую функцию - синтез белка из всосавшихся в кишечнике аминокислот

- желчный пузырь аккумулирует желчь и обеспечивает ее дискретный (по необходимости) выброс в 12-перстную кишку.

В каждом из отделов этого тракта, в каждом органе системы пищеварения, могут возникать функциональные и структурные изменения, препятствующие адекватному обеспечению потребностей организма человека в энергии и питательных веществах. Поскольку тренировочная и соревновательная деятельность сопровождается несоизмеримо большими затратами энергии, которые требует максимально быстрого восполнения потерь, то в случае возникновения нарушений в системе пищеварения и проблемы у спортсменов могут быть более существенными.

Распространенность патологии ЖКТ среди спортсменов составляет около 11% от всех выявленных у них заболеваний. И это при том, что проявления болезней органов пищеварения в спортивных контингентах чаще бывают стертыми, нетипичными, что наряду со стремлением многих спортсменов скрыть беспокоящие их симптомы существенно затрудняет диагностику и приводит к несвоевременному началу лечения; в связи с этим

истинная распространенность заболеваний ЖКТ среди спортсменов существенно выше: по приведенным в последние годы сведениям, ими может страдать до 30-70% атлетов (прежде всего, несовершеннолетних).

Развитию нарушений функционирования ЖКТ, а затем и его заболеваний способствуют факторы риска, которые свойственны спорту:

- выраженная ишемия органов пищеварения в период напряженной мышечной деятельности
- стрессорное воздействие околопредельных физических и психоэмоциональных нагрузок, вызывающее выраженные колебания секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также дисбиоз (нарушение микрофлоры) тонкого и толстого кишечника
- необходимость приема нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения спортивных травм и хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата
- особенности организованного питания при длительном пребывании на тренировочных сборах и соревнованиях
- неконтролируемое потребление биологически активных добавок и фармакологических препаратов определенной направленности
- повышенная риск травматизации органов брюшной полости
- отбор в отдельные виды спорта лиц с проявлениями дисплазии соединительной ткани, включая, естественно, и соответствующие изменения внутренних органов
- необходимость резкого ограничения питания в отдельных видах спорта, а также использование нефизиологичных способов сгонки веса.

Отсюда следует, что органы пищеварения могут страдать практически во всех видах спорта, но все-таки большая часть заболеваний приходится на виды, характеризующиеся проявлением выносливости; при этом мужчины болеют значительно чаще.

Возникающая при интенсивной мышечной деятельности ишемия ЖКТ

наиболее выражено проявляется в желудке, что делает этот орган у спортсменов чрезвычайно проблемным, т.е. подверженным развитию патологии не только в течение спортивной карьеры, но и после ее завершения.

Помимо такого фактора риска, как противовоспалительные препараты, одним из побочных эффектов которых является негативное влияние на ЖКТ (вплоть до изъязвления слизистой оболочки желудка и даже кровотечения из образовавшегося дефекта), некоторые категории спортсменов используют лекарственные средства, улучшающие реологические свойства крови (снижение вязкости, уменьшение склонности эритроцитов к агрегации – соединению в конгломераты) и, соответственно, во многом определяющие количество доставляемого в сокращающиеся мышцы кислорода. Если эти препараты без должного контроля начинает принимать спортсмен, у которого уже существует недиагностированная патология ЖКТ (например, эзофагит и/или гастрит – воспаление стенки пищевода и/или желудка, язвенная болезнь со скудными проявлениями, синдром раздраженной кишки), то возникает риск развития тяжелого кровотечения с летальным исходом – смертность может достигать 64% (во многом ее уровень определяется доступностью учреждений, оказывающих специализированную помощь, что может оказаться проблематичным при пребывании на сборах).

Двумя чрезвычайно сложными проблемами в сфере медико-биологического обеспечения спортсменов с подтвержденным диагнозом заболевания ЖКТ являются:

- принятие решение о возможности допуска к занятиям спортом
- определение сроков возобновления тренировочной и соревновательной деятельности после лечения острого процесса или его обострения в случае хронического течения.

В большинстве случаев вопросы решаются в индивидуальном порядке, на основе учета тяжести заболевания, выраженности достигнутого при лечении эффекта (факт исчезновения или сохранения нарушений функции),

прогноза (в том числе, риски для здоровья спортсмена и возможность выхода на целевой уровень спортивных результатов); учету подлежат также такие факторы как спортивная квалификация, возраст и гендерная принадлежность спортсменов (т.е. их пол).

Наиболее частым функциональным проявлением неблагополучия органов пищеварения, особенно, у спортсменов, развивающих качество выносливости, является хронический печеночный болевой синдром (острые боли в правом подреберье, чаще сопутствующие перенапряжению); данному синдрому может сопутствовать дискинезия желчевыводящих путей (дискоординация между сокращением желчного пузыря и расслаблением сфинктеров желчных протоков, обусловленную нарушением нервной регуляции и проявляющуюся преходящей обструкцией, т.е. затруднением прохождения через просвет протоков желчи), а также другие менее часто встречающиеся изменения гепатобилиарной системы т.е. системы продукции и выведения из печени желчи, которые лимитируют физическую работоспособность. Чаще все функциональные нарушения этой системы проявляются болями в животе, связанными с физическими нагрузками (примерно в трети случаев), более редкие проявления – тошнота и рвота.

Если подобные боли (а чаще их называют билиарными) сопровождаются повышением температуры тела (иногда с ознобами) и желтизной кожных покровов, то необходим безотлагательный поиск органических изменений в этой зоне брюшной полости. Для купирования (снятия) билиарной боли можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения более быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально (т.е. путем внутримышечных инъекций).

В период усиления болей необходимо сокращать объем тренировочной нагрузки на 30–50%, а интенсивность – на 50-70%; кроме того, показано исключение беговых и прыжковых упражнений, бросков, а также ударов в область живота.

Что касается тактики ведения спортсменов с дискинезией желчных путей как таковой, то в большинстве случаев она имеет доброкачественное течение, хотя и может служить фоном для развития желчекаменной болезни.

Лечение дискинезии желчных путей должно быть комплексным и включать в себя, помимо назначения адекватных медикаментозных средств и отказа от приема препаратов, изменяющих перистальтическую активность и желчеотделение (в частности, эстрогенов), еще и упомянутые изменения режима тренировок, а также обеспечение полноценного восстановления после нагрузок.

Наиболее высокая частота развития холециститов зафиксирована в таких видах спорта, как бег на средние и длинные дистанции, плавание, а также в велоспорте и скоростном беге на коньках (фактор риска – вынужденное положение тела), в женской спортивной гимнастике (фактор риска – частые удары животом о брусья). Несомненную роль в обострении холецистита играет перенапряжение и перетренированность.

Проявления холециститов у спортсменов имеют определенные особенности: боли чаще возникают во время нагрузок, особенно, при беге с высокой скоростью, могут проходить при равномерной нагрузке; более свойственны указанные симптомы периоду вработывания. Классические приступы печеночной колики, а именно: сильные спастические боли в правом подреберье в связи с наличием сладжа (густой, вязкой желчи) и/или конкрементов (камней) в желчном пузыре и/или с дискинезией желчевыводящих протоков, наблюдаются редко.

Высокий риск возникновения кровотечения существует и при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), хроническом рецидивирующем заболевании, обусловленном нарушением моторно-эвакуаторной функции органов пищеводно-желудочного перехода и характеризующимся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и 12-перстной кишки, что приводит к

повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит) и, соответственно, сопровождается снижением качества жизни пациентов. Главным фактором риска развития ГЭРБ является наличие несостоятельности запирающего механизма области пищеводно-желудочного перехода, а именно грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которая в 90% случаев создаёт условия для рефлюкса желудочного содержимого в пищевод и развития дистального эзофагита различной степени выраженности. Дополнительными, специфическими для спорта факторами риска возникновения этого состояния являются механические воздействия, частое принятие нефизиологичных положений тела и связанное с этим изменение кровотока, а также упражнения, обуславливающие частое и длительное повышение внутрибрюшного давления.

Клинические проявления рефлюкс-эзофагита зависят от выраженности воспалительных изменений слизистой дистального отдела пищевода. Пациенты могут предъявлять жалобы на изжогу (чувство жжения за грудиной), отрыжку воздухом, появление кислого содержимого в ротоглотке во время сна или при нахождении в горизонтальном положении. При подозрении на данную патологию пациентам рекомендуют выполнение специальной диагностической процедуры – эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), которая дает возможность объективно диагностировать воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, свойственные рефлюкс-эзофагиту, определить форму и осложнения данного патологического состояния. Выявление при исследовании признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы диктует необходимость выполнения контрастной рентгенографии пищевода и желудка для определения типа грыжи.

Пациентам с симптомами ГЭРБ необходима консультация врача-гастроэнтеролога, который составит план обследования и назначит

соответствующее лечение. В качестве срочной помощи спортсмену, у которого появились признаки рефлюкс-эзофагита, показано соблюдение индивидуальной диеты. Нужно избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, жирной пищи, шоколада, кофе. Необходимо максимально ограничить употребление алкоголя, очень горячей и холодной пищи, газированных напитков. После приема пищи нельзя 1-1,5 часа ложиться, нагибаться и выполнять тяжелые физические упражнения, связанные с напряжением мышц передней брюшной стенки. Лекарственная терапия первой помощи включает в себя назначение препаратов ингибиторов протонной помпы, альгинатов до исчезновения симптомов заболевания, а затем – по необходимости. Прием раствора пищевой соды может быть использован однократно (в случае отсутствия необходимых препаратов), так как многократное использование соды может иметь неблагоприятные последствия.

Более, чем у 50% пациентов, длительно принимающих НПВП для лечения повреждений костно-мышечного и связочного аппарата, возникают эрозивные поражения слизистой желудка и 12-перстной кишки, а у 20-25% – острые гастродуоденальные язвы. Механизм ulcerогенного (вызывающего изъязвления) действия этого класса лекарственных препаратов достаточно разнообразен: наиболее часто используемые ацетилсалициловая кислота, индометацин, бутадиион, напроксен, ибупрофен, диклофенак и др. повреждают защитный барьер слизистой оболочки, изменяя количественный и качественный состав защитной слизи, подавляя при этом синтез эндогенных простагландинов. Самое выраженное ulcerогенное действие оказывает ацетилсалициловая кислота (аспирин); вероятность образования лекарственных язв увеличивается при назначении высоких доз препаратов и их комбинаций.

Данные об ulcerогенном действии препаратов на основе глюкокортикостероидных гормонов достаточно противоречивы; с одной

стороны, они усиливают продукцию соляной кислоты, качественно изменяют состав защитного барьера слизистой оболочки – слизи, снижают скорость обновления поверхностного эпителия, что способствует повышению склонности к образованию язвенных дефектов; с другой стороны - благоприятно влияют на слизистую желудка и 12-перстной кишки за счет лизосомального стабилизирующего эффекта и улучшением трофических процессов. В любом случае, назначение глюкокортикоидов требует процедуры оформления терапевтического исключения!

Некоторые жалобы (изжога, тошнота, дискомфорт и боли в эпигастральной области, т.е. в верхней части живота), возникающие на фоне длительного применения ацетилсалициловой кислоты, иных НПВС или кортикостероидных гормонов, позволяет заподозрить развитие острых симптоматических язв гастродуоденальной слизистой.

Лекарственным изъявлениям в отличие от поражений при язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки более свойственно острое течение, преимущественная локализация в желудке, множественный характер и крупные размеры; кроме того, для острых язв более характерна стертая клиническая картина, более частое развитие кровотечений различной интенсивности, которые, в ряде случаев, являются единственным проявлением заболевания. При этом симптоматические язвы относительно редко осложняются перфорацией.

Нередко уже имеющимся лекарственным повреждениям, особенно у спортсменов, могут сопутствовать и острые стрессовые язвы, которые при попадании в экстремальные условия могут также возникнуть и у пациентов с язвенной болезнью; это делает еще более сложной дифференциальную диагностику (различение) язвенных дефектов.

Если имеются признаки желудочно-кишечного кровотечения, то необходима экстренная ЭГДС для выявления источника и определения интенсивности.

Лечение и профилактика симптоматических язв гастродуоденальной слизистой во многом зависят от их вида и наличия осложнений, в связи с чем эти вопросы находятся в компетенции гастроэнтеролога. У больных с неосложненными острыми язвами, в первую очередь, следует активно лечить основное заболевание и его осложнения, а также устранять причины, вызвавшие изъязвление; одновременно должно проводиться адекватное противоязвенное лечение. Лечебная тактика при кровотечениях из острых язв мало отличается от таковой при кровоточащих язвах у больных язвенной болезнью.

При лекарственных язвах следует отменить ульцерогенные препараты, а при невозможности их отмены – заменить их на лекарства, действие которых на слизистую минимизировано (селективные НПВС), или максимально снизить суточную дозу.

При острых язвах основные лечебные мероприятия направлены на борьбу с факторами, способствующими язвообразованию и возникновению кровотечений, на снижение кислотности желудочного сока и борьбу с застойными явлениями в желудке. С этой целью больным назначают ингибиторы протонной помпы, антацидные (снижающие кислотность сожерждимого желудка) и невсасывающиеся обволакивающие препараты до исчезновения клинических проявлений, но не менее 5 дней от начала лечения.

Из заболеваний органической природы (с наличием патоморфологического субстрата в органе) чаще всего встречается хронический гастрит, прежде, всего гиперацидный (с высокой кислотностью желудочного сока), более подверженный стрессорным влияниям интенсивных нагрузок. Выраженность негативных эффектов последних значительно усиливается у тех спортсменов, из желудочного содержимого которых удается выделить бактерии *Helicobacter pylori*.

Очень важным представляется тот факт, что чрезмерные нагрузки, свойственные современному спорту, не только обуславливают более тяжелое,

склонное к осложнениям течение хронических гастритов, но и снижают эффективность даже самых современных лечебных программ.

В период обострения гиперацидного гастрита рекомендуется прекращение тренировок, по крайней мере, на 2 недели; затем следует постепенно расширять двигательный режим: физические нагрузки следует повышать с учетом текущих функциональных возможностей спортсмена и при условии широкого использования средств восстановления.

О синдроме боли в эпигастрии (т.е. в проекции желудка), как одном из проявлений функциональных нарушений ЖКТ, принято говорить в тех случаях, когда у пациента, по меньшей мере, 1 раз в неделю, отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения; при этом боли не носят постоянного характера, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не локализируются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации (испражнения) и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря и/или желчных протоков. В свою очередь, наличие дискинетического варианта функциональной диспепсии (постпрандиальный дистресс-синдром) можно предполагать в тех ситуациях, когда у больного, по меньшей мере, несколько раз в неделю, после еды, при приеме обычного объема пищи возникают чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение; данный вариант нарушения может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии.

Значимость проблемы язвенной болезни в спорте определяется ее распространенностью, склонностью к хроническому течению с частыми обострениями (чаще сезонными – весной и осенью), нередко устойчивыми к проводимому лечению, а также тенденцией к развитию осложнений – кровотечениям и прободению стенки желудка или 12-перстной кишки с неизбежным перитонитом и неблагоприятным прогнозом.

Это предопределяет высокую ответственность при определении сроков возвращения к полноценной тренировочной и соревновательной

деятельности. И именно на примере язвенной болезни можно проследить тенденцию к изменению подходов. В течение достаточно долгого времени спортсменов с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки допускали лишь в тех случаях, когда ремиссия (состояние без обострений) продолжалась в течение 6 лет и при условии отсутствия нарушений функции пищеварения; при этом рекомендовались виды спорта, направленные на развитие выносливости. Начиная с 2014 года столь жесткие требования к длительности ремиссии были смягчены, что связано, в первую очередь, с появлением эффективных лекарственных препаратов для лечения и профилактики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Язвенной болезнью в течение жизни могут заболеть 11–14% мужчин и 8–11% женщин; среди пациентов с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как при язвах желудка распределение по полу примерно равномерное. При этом локализация язв в 12-перстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем в желудке.

Количество осложнений язвенной болезни в виде кровотечения и перфорации органа имеет отчетливый повсеместный рост, т.е. это – общемировая тенденция.

Ведущим симптомом язвенной болезни в стадии обострения являются боли в эпигастральной области: при расположении язвы в проксимальном (входном) отделе желудка боли, как правило, возникают сразу после приема пищи, а при язвах тела желудка – через 30-60 минут после еды; при поражениях пилорического канала и луковицы 12-перстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Характерным признаком является купирование болевого синдрома после приема средств, подавляющих желудочную секрецию, и антацидных препаратов.

Кроме того, при обострении язвенной болезни достаточно часто отмечаются отрыжка кислым и тошнота. Рвота кислым желудочным содержимым, которая приносит облегчение, и потому часто вызывается пациентами искусственно, считается признаком запущенного течения язвенной болезни с нарушением проходимости пилоробульбарной зоны из-за воспалительной и рубцово-язвенной деформации просвета органа.

Основное значение в диагностике язвенной болезни имеют рентгенологический (используемый, однако все более редко) и эндоскопический методы исследования – ЭГДС, который позволяет достаточно точно локализацию, глубину, форму и размеры язвенных дефектов, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки и нарушения моторики органа; при локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.

При обнаружении во время эндоскопического исследования признаков активного язвенного кровотечения (струйного или капиллярного, а также остановившегося, но с высокой угрозой развития рецидива) выполняются эндоскопические мероприятия по его остановке. С этой целью осуществляют местные гемостатические манипуляции, такие как подслизистая инъекция кровоостанавливающих сосудосуживающих и склерозирующих препаратов, моно- или биполярная электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирования кровоточащего сосуда, как отдельно, так и в комбинации. Данные мероприятия по эффективности не уступают хирургическому методу остановки кровотечения, но значительно менее травматичные и легче переносятся пациентами. Только при неэффективности местного эндоскопического гемостаза показано выполнение экстренного хирургического вмешательства.

Лечение язвенной болезни проводит гастроэнтеролог! Оно включает соблюдение общепринятых «режимных» мероприятий и диеты – частое (5–6 раз в сутки), дробное питание, с соблюдением механического, термического и химического оберегания слизистой оболочки желудка; из пищевого рациона исключаются продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты, такие как: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареная и пряная пища, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчица), соления и маринады, газированные напитки, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. Назначается прием невсасывающихся антацидов и адсорбентов; при отсутствии эффекта назначаются H_2 -блокаторы, а в случае их недостаточной эффективности и при развитии осложнений допустимо применение ингибиторов протонной помпы. При выраженных болях, обусловленных нарушениями моторики, возможно назначение спазмолитиков и прокинетики.

Основной медикаментозного лечения *Helicobacter pylori* является стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая ингибиторы протонной помпы, антибактериальные средства; в случаях недостаточной эффективности указанной схемы лечения в настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность указанной терапии: назначение удвоенной по сравнению со стандартной дозы ингибиторов протонной помпы, увеличение продолжительности лечения и присоединение пробиотика *Saccharomyces boulardii*.

Новая тенденция - использование препаратов, обладающих одновременно как гастропротекторным, так и энтеропротекторным эффектом, т.е. защищает слизистую оболочку и желудка, и кишечника, что позволяет повысить темпы заживления язв и улучшить качество образующегося рубца.

Важное место в реабилитации больных язвенной болезнью занимает санаторно-курортное лечение. Оно проводится не ранее чем через 2–3 месяца после стихания обострения.

Для предупреждения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки необходимо устранение факторов риска: борьба с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем), нормализация режима тренировок и отдыха, а также характера питания (искоренение склонности к неконтролируемому применению специализированных продуктов питания и биологически активных добавок).

При необходимости приема НПВС и антикоагулянтов, особенно пациентам с язвенной болезнью в анамнезе, необходимо с профилактической целью назначать ингибиторы протонной помпы.

Синдром раздраженной кишки можно заподозрить, если рецидивирующая боль или дискомфорт в животе отмечается в течение не менее чем 3 дней в месяц за последние 3 месяца при общей продолжительности симптомов не менее 6 месяцев, при этом абдоминальная боль (т.е. боль в животе) уменьшается после акта дефекации, сочетается с изменением частоты и консистенции стула. В зависимости от этого выделяют четыре возможных варианта синдрома – с запорами, с диареей (поносом), смешанная форма и неклассифицируемая формы.

При всех формах боль обычно усиливается после приема пищи, уменьшается не только после дефекации, но и отхождения газов, применения спазмолитических препаратов; у женщин она усиливается во время менструаций. Важной отличительной особенностью считается отсутствие при синдроме раздраженной кишки боли в ночные часы.

При запорах возможно выделение «овечьего» кала, а также наличие пробкообразного стула (выделение плотных, оформленных масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Достаточно часто в кале отмечается примесь слизи.

Диарея возникает, как правило, после завтрака, частота стула колеблется от 2 до 4 и более раз за короткий промежуток времени, нередко

сопровождается императивными (непреодолимыми) позывами и чувством неполного опорожнения кишечника; в ночные часы отсутствует.

Поскольку все перечисленные проявления нельзя считать специфичными для синдрома раздраженной кишки, т.е. они могут встречаться и при других заболеваниях кишечника, то данный диагноз рассматривается как диагноз исключения; для его постановки необходимо выполнение широкого комплекса лабораторных и инструментальных исследований.

В настоящее время, с позиций доказательной медицины, в лечении пациентов, страдающих синдромом раздраженной кишки, подтверждена эффективность препаратов, нормализующих моторику кишечника, влияющих на висцеральную чувствительность или воздействующих на оба механизма.

Данные о прогнозе синдрома неоднозначны: установлено, что у большинства пациентов симптомы несмотря на проводимое лечение сохраняются, но не усугубляются; вероятность купирования (устранения) при наблюдении в течение 12-20 месяцев составляет 38%. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз, относятся: наличие клинического варианта синдрома с преобладанием диареи; низкая приверженность больных лечению; тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием; длительный анамнез болезни; хронический стресс, а также наличие сопутствующих психических заболеваний.

С другой стороны, некоторые виды спорта определяют более высокую вероятность поражения не какого-либо конкретного органа пищеварения («органа-мишени»), а практически любого из них. Так, возможность, развития патологии верхних (пищевод, желудок, часть тонкой кишки) или нижних (часть тонкой и толстая кишка) отделов ЖКТ в наибольшей степени свойственна гребному спорту, что, в определенной мере, опять-таки обусловлено спецификой вида спортивной деятельности. Это и нагрузки высокой интенсивности, в реализации которых участвуют крупные мышечные массивы – чрезвычайно развитые мышцы спины, верхнего плечевого пояса,

брюшного пресса и нижних конечностей, и выполнение работы преимущественно в анаэробном режиме; кроме того, движения гребцов сложны по координации, что связано с подвижностью сидений и малой устойчивостью используемых судов (лодок); это вынуждает спортсменов постоянно поддерживать равновесие.

Таким образом, индивидуальный подход к формированию программ эффективной диагностики и лечения патологии ЖКТ, с последующим мониторингом состояния спортсменов и определением оптимальных сроков допуска, а также с максимально возможной минимизацией влияния специфических факторов риска – все это позволяет сохранить достаточный уровень здоровья атлетов, что создает весомые предпосылки для роста спортивного мастерства.