

ООО «ВебСпорт»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ М.А. Калашникова

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Медицинская памятка для тренера с рекомендациями  
по корректировке тренировочного процесса у спортсменов  
с заболеванием или патологией ЛОР-органов с учетом  
вида спорта

**шифр темы: «ЛОР-17»**

государственный контракт № 135.002.17.14 от 06 июля 2017 года

Москва 2017

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПАМЯТКА ДЛЯ ТРЕНЕРА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У СПОРТСМЕНОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОРГАНОВ С УЧЕТОМ ВИДА СПОРТА.**

В процессе реализации мероприятий Единого Календарного Плана необходимо учитывать 2 взаимосвязанных аспекта. С одной стороны, даже незначительные проявления любого заболевания могут привести к снижению ожидаемого спортивного результата. С другой стороны, воздействие физических нагрузок, даже малой интенсивности и продолжительности, на пораженные патологическим процессом органы и системы может привести к развитию тяжелых форм заболевания и, следовательно, нанести непоправимый вред здоровью спортсмена.

Что касается патологии ЛОР-органов (ухо, горло, нос), то многие болезни вызываются инфекционными агентами, прежде всего, это острые респираторные вирусные инфекции (риниты и их осложнения – синуситы, фарингиты и т.д.). Эти болезни представляют опасность для всей команды, особенно в условиях проведения учебно-тренировочных сборов и соревнований: болезнь одного спортсмена в условиях совместного проживания и проведения тренировок может вывести из строя всех его товарищей по команде (на языке медиков это обозначается как эпидемиологическая опасность инфицированного спортсмена для окружающих). Ответственность за развитие ситуации по такому сценарию несет тренер (естественно, в случае обладания им информации хотя бы об одном заболевшем).

Наибольшее число заболеваний ЛОР-органов регистрируется у занимающихся стрельбой (71,5%), водными (40-45%) и зимними видами спорта (40%). При этом у стрелков доминирует патология слуха

(нейросенсорная тугоухость), а у пловцов и лыжников – заболевания глотки, полости носа и околоносовых пазух.

Заболевания ЛОР-органов в клинической практике спортивной медицины можно разделить на:

I. Болезни носа и околоносовых пазух (острые и хронические):

- деформации носовой перегородки;
- хронический ринит;
- воспаление околоносовых пазух нос;
- травмы носа и околоносовых пазух;

II. Заболевания глотки (острые и хронические):

- - гипертрофия и воспаление лимфаденоидной ткани глотки;

III. Болезни гортани:

- острые и хронические воспалительные заболевания гортани;

IV. Заболевания уха:

- воспаление наружного, среднего и внутреннего уха;
- нейросенсорная тугоухость;
- отосклероз.

Каждое из заболеваний ЛОР-органов имеет свои сроки ДОПУСКА к тренировочным и соревновательным сессиям.

**Деформация (искривление) носовой перегородки.**

Деформации перегородки носа могут быть обусловлены различными причинами, прежде всего, травматическими. Характерно нарушение носового дыхания, появление головной боли, выделения из носа слизистого характера, заложенность в ушах, сухость в горле и др.

Лица с выраженной деформацией носовой перегородки нуждаются в хирургическом лечении в условиях специализированного стационара. ДОПУСК к тренировочному процессу после операции по поводу деформации перегородки носа разрешен через 2 недели (для водных – через 3 недели) в объеме щадящих аэробных нагрузок, при этом в единоборствах исключается работа в паре; через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме, при условии полной консолидации.

### **Хронический ринит.**

Это неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Выделяют следующие виды:

- катаральный ринит;
- гипертрофический ринит: ограниченный и диффузный;
- атрофический ринит: простая форма и озена (сопровождается неприятным запахом);
- вазомоторный ринит: аллергическая форма и нейровегетативная форма.

Характерными жалобами являются нарушение носового дыхания, заложенность в носу, выделения из носа или сухость в носу, ухудшение обоняния.

При лечении устраняют экзогенные и эндогенные факторы. Местно используют сосудосуживающие капли, глюкокортикостероиды (их локальное применение не пресекается WADA).

При отсутствии положительной динамики на фоне консервативной динамики прибегают к хирургическому лечению, которое, в свою очередь, подразделяется на малотравматичные и более радикальные методы.

После проведенного хирургического лечения допуск к тренировочному процессу и соревновательной деятельности возможен не ранее, чем через 1 месяц.

### **Воспалительные заболевания околоносовых пазух (синуситы).**

Чаще всего поражается верхнечелюстная пазуха (гайморит); возможно также воспаление в ячейках решетчатого лабиринта (этмоидит) и в лобной пазухе (фронтит). Причинами острого воспаления околоносовых пазух чаще всего являются вирусные респираторные заболевания и грипп, переохлаждение, травмы. Хронические синуситы обычно возникают в результате затяжного течения или частых рецидивов процесса под влиянием неблагоприятных общих и местных факторов (снижение реактивности вследствие изнуряющих тренировок, нарушение оттока из пазух при разрастании (гипертрофии) слизистой или ее полипозе, искривление носовой перегородки, а также заболевания зубов).

*Гайморит* может протекать как с выраженными проявлениями, так и бессимптомно. Субъективные и объективные признаки острого гайморита могут быть местными и общими. К местным относится боль в проекции пораженной пазухи или в прилегающих областях (например, лба, носа), иногда возникает разлитая головная боль; обычно она усиливается при наклоне головы вперед и в положении лежа. Наблюдается нарушение носового дыхания как на стороне пораженной пазухи, так и с обеих сторон. Выделения из носа вначале бывают жидкими, серозными, затем становятся мутными и вязкими – гнойными. Нарушается обоняние. Общие симптомы – повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных (выше 38°C) значений, плохое общее самочувствие.

Отсутствие выделений из носа не исключает наличия гайморита.

В период ремиссии общее самочувствие больных остается удовлетворительными, в связи с чем они редко обращаются за помощью.

У совершеннолетних спортсменов с симптомами гайморита необходимо исключить заболевания зубов, в особенности при наличии гнойного процесса в корнях 4, 5, 6-го верхних зубов, верхушки которых прилегают к дну верхнечелюстной пазухи.

**ДОПУСК** к тренировочному процессу после консервативного лечения по поводу воспалительного процесса в околоносовых пазухах разрешен через 2 недели и не предполагает каких-либо исключений. После хирургического лечения нагрузки возможны не ранее, чем через 1 месяц – аэробной направленности (незначительные по объему и интенсивности) с постепенным вхождением в полноценный тренировочный режим, спарринги и соревнования.

### **Травмы носа и околоносовых пазух.**

Спортивные травмы относят к производственным и выделяют:

- открытые (с повреждением кожного покрова);
- закрытые (без повреждения кожного покрова).

Наиболее часто возникают травмы наружного носа. В клинической практике используют классификацию А.Е. Кицера и А.А. Борисова:

- боковое смещение носа (риносколиоз);
- деформация с образованием горба (ринокифоз);
- западение спинки носа (седловидный нос или ринолордоз);
- приплюснутый нос (платириния);
- широкий нос (брахирина);
- узкий тонкий нос (лепториния);
- мягкий, податливый (лишенный опоры) нос (моллериния).

Среди травм околоносовых пазух выделяют:

- травмы передней стенки лобной пазухи (с возникновением косметического дефекта);
- травмы решетчатой кости (проявляется подкожной эмфиземой, параорбитальными гематомами);
- травмы передней стенки верхне-челюстной пазухи (сопровождаются западением и деформацией в ее проекции, сочетается с повреждением глазничной стенки, глазного яблока, скуловой кости и решетчатого лабиринта);
- - травмы клиновидной кости (относятся к переломам основания черепа, сопровождается повреждением зрительного нерва и стенки внутренней сонной артерии).

Тактика лечения зависит от характера и глубины повреждения. При необходимости проводят переднюю и заднюю тампонаду носа. При наличии переломов выполняют репозицию костей носа и стенок околоносовых пазух с внутренней или внешней фиксацией отломков.

Сроки допуска также определяются особенностями травмы и определяются в индивидуальном порядке.

### **Гипертрофия и воспаление лимфаденоидной ткани глотки.**

*Гипертрофия носоглоточной миндалины – аденоиды.*

Чаще встречается до 15 лет, но бывает и у взрослых. Чаще аденоидные разрастания локализуются в области заднего отдела свода носоглотки, но могут заполнять весь ее купол. Характерны: нарушение носового дыхания, постоянные серозные выделения из носа, частые воспалительные процессы, как в носоглотке, так и в полости носа. Аденоиды могут отрицательно влиять и на некоторые механизмы дыхательной функции и мозгового кровообращения.

Спортсмены, страдающие аденоидами (выше I степени), нуждаются в оперативном лечении, которое должно проводиться как можно раньше. ДОПУСК к занятиям спортом (в объеме тренировочного процесса) разрешен только после удаления аденоидов, не менее чем через 2 недели, без каких-либо исключений!

*Острое воспаление миндалин глотки (ангины).*

Предрасполагающими факторами к развитию ангин являются пониженная реактивность организма, хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и околоносовых пазухах. Болезнь начинается обычно с повышения температуры тела до 38-39°C, однако она может быть и субфебрильной. Сразу появляется сильная боль в горле при глотании, часто отдающая в ухо. В связи с интоксикацией организма возникают головная боль, иногда боль в пояснице, сердце, общая слабость. Как правило, увеличены регионарные лимфоузлы, пальпация которых болезненна.

ДОПУСК к занятиям спортом – не раньше, чем через 3-4 недели (в зависимости от формы ангины), а для водных видов спорта – не раньше 4 недель после выздоровления при нормальных показателях клинических и лабораторных методов исследования.

*Хроническое воспаление небных миндалин (хронический тонзиллит).*

Выделяют следующие формы хронического тонзиллита:

- простая форма (или начальная стадия) – характеризуется частыми ангинами в прошлом и местными признаками;
- токсико-аллергическая форма I – ангины в прошлом, локальные признаки воспаления на фоне общих явлений (периодически: субфебрильная температура, слабость, недомогание, быстрая утомляемость, боль в суставах и области сердца – без нарушений на ЭКГ);



- токсико-аллергическая форма II – характеризуется более выраженными признаками формы I (нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, системы мочевого выделения, опорно-двигательного аппарата), а также сопряженными заболеваниями местного и общего характера, имеющими с хроническим тонзиллитом общие причины (местные процессы – паратонзиллярный абсцесс, воспаление глотки – фарингит и другие; общие заболевания – ревматизм, пиелонефрит, инфекционный артрит и др.).

В ряде случаев эти формы могут обозначаться как компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

К основным осложнениям хронического тонзиллита относят:

- тонзиллогенную интоксикацию;
- тонзиллогенный миокардит;
- нефротический синдром;
- суставной синдром;
- повторные бронхиты;
- воспаление среднего уха;
- частые острые респираторные вирусные инфекции;
- нейроциркуляторную дистонию (синдром минимальной мозговой дисфункции, психо-вегетативный синдром);
- нарушение полового развития и репродуктивной (воспроизведение потомства) функции у женщин и др.

Все спортсмены с хроническим тонзиллитом нуждаются в консервативном, а при его неэффективности – оперативном лечении (последнее крайне нежелательно проводить в пубертатном периоде). При оперативном лечении хронического тонзиллита у спортсменов до и после операции целесообразна 7-дневная противовоспалительная, антиаллергическая и метаболическая терапия.

Простая форма тонзиллита допускает проведение консервативного лечения не чаще 2-х раз в год со стойкой ремиссией в течение 6 месяцев и позволяет приступить к тренировочному процессу сразу по окончании курса лечения.

Вопрос о ДОПУСКЕ к тренировочным занятиям после операции должен решаться индивидуально, в зависимости от состояния здоровья, нормализации биохимических и ЭКГ показателей. Не ранее, чем через 1 месяц после тонзилэктомии возможны легкие аэробные нагрузки, через 1,5 месяца – полноценный тренировочный процесс.

### **Воспалительные заболевания ушей.**

*Острые наружные отиты и обострения хронических наружных отитов.*

После консервативного лечения острого наружного отита ДОПУСК к тренировкам для всех видов спорта, кроме водных, разрешен в полном объеме через 1 неделю. Все водные виды спорта: в течение 1 недели после лечения – только аэробные нагрузки вне бассейна, еще через 1 неделю возможен полноценный тренировочный процесс – после контрольного осмотра ЛОР-врача.

*Острый катаральный средний отит.*

После проведенного лечения для всех видов спорта разрешен ДОПУСК к тренировочному процессу через 2 недели в полном объеме без каких-либо ограничений, кроме водных видов спорта – после контрольного осмотра ЛОР-врача.

*Острый средний перфоративный (с разрывом барабанной перепонки) отит и обострение хронического гнойного среднего отита.*

После купирования воспалительного процесса на фоне консервативного лечения для всех видов спорта, кроме водных, ДОПУСК к занятиям разрешен

через 2 недели. В водных видах спорта через 2 недели разрешены легкие аэробные нагрузки с исключением занятий в бассейне, через 1 месяц после окончания лечения – в полном объеме, после контрольного осмотра ЛОР-врача.

После проведенного хирургического лечения на среднем ухе – СТРОГО в течение 1 месяца – исключать все нагрузки; через 1 месяц в течение 2-х недель разрешены только легкие аэробные нагрузки, далее через 1,5 месяца после лечения можно приступить к полноценному тренировочному процессу, в водных видах спорта – под контролем ЛОР-врача (1 раз в месяц).

Следовательно, при адекватном лечении и соблюдении сроков возобновления тренировок и участия в соревнованиях у спортсменов возможно поддержание приемлемого уровня здоровья и функциональных резервов, что создает предпосылки для достижения высоких спортивных результатов.