

## ОСНОВНЫЕ ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ

*Гамза Н.А.*, канд. мед. наук, профессор,

*Жукова Т.В.*, канд. мед. наук, доцент,

*Соловей С.П.*, канд. мед. наук, доцент,

Белорусский государственный университет физической культуры,

Республика Беларусь

О неблагоприятном влиянии на организм очаговой инфекции известно давно. Еще в глубокой древности упоминалось о существовании связи между заболеваниями миндалин и патологией со стороны других органов.

Очаги хронической гнойной инфекции могут возникнуть во всех органах человека, если для этого имеются благоприятные условия. Считают, что чаще всего такой латентный (скрытый) очаг инфекции возникает в небных миндалинах вследствие особенностей их строения и анатомо-топографического расположения, реже – в придаточных пазухах носа, кариозных зубах, желчном пузыре и т. д.

Очаги хронической гнойной инфекции до поры до времени могут себя ничем не проявлять. Однако организму они и в это время далеко не безвредны. Организм человека, имеющего хронический очаг инфекции, вынужден все время нейтрализовать исходящую из очага интоксикацию, используя при этом свои защитные силы. Пока это удается – интоксикация себя ничем не проявляет. Когда же под влиянием того или иного внешнего воздействия защитные силы организма ослабевают, начинает проявляться патологическое влияние очага хронической гнойной инфекции.

Выделяют четыре пути патологического воздействия хронического инфекционного очага на организм в целом: рефлекторный, токсемический, бактериальный и контактный.

Все же основным путем патологического воздействия очага хронической инфекции на организм следует считать токсемический. Этим, разумеется, не отрицается возможность рефлекторного пути, который иногда играет ведущую роль в клинической картине.

Следует помнить, что очаги хронической инфекции нередко сочетаются, а иногда и связаны этиологически. Так, например, имеются данные о том, что одной из причин возникновения хронического холецистита является хронический тонзиллит [1; 5].

Для спортивной медицины особое значение представляет то, что очаги хронической инфекции, не проявляющие себя в покое и при обычной физической нагрузке, оказывают отрицательное влияние на организм при интенсивных физических нагрузках.

Большинство авторов отмечают ведущую роль очагов хронической инфекции в возникновении различной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы у спортсменов, особенно интенсивно тренирующихся [1–6].

В настоящее время роль очаговой инфекции в патологии достаточно обоснована и подтверждается многочисленными экспериментальными и клиническими данными, однако практического разрешения многие вопросы этой важной проблемы еще не получили в силу ряда обстоятельств.

Лица, занимающиеся спортом, зачастую не обращают внимания на слабо ощутимые проявления хронических очагов инфекции, продолжают интенсивно тренироваться и участвовать в соревнованиях.

Наличие этих очагов недооценивается не только спортсменами, но и врачами. Многие из врачей полагают невозможным, чтобы почти не проявляющая себя инфекция могла оказаться причиной различных, нередко тяжелых заболеваний, неустойчивого функционального состояния либо его снижения даже при отсутствии обострений. Между тем в литературе по спортивной медицине имеются указания о том, что очаговая инфекция нарушает нормальный ход развития тренированности, создает чрезмерное напряжение адаптационных механизмов организма, значительно ухудшает работоспособность и сокращает спортивное долголетие.

Хронический тонзиллит. Среди различных очагов хронической инфекции по частоте встречаемости и глубине патологического процесса на первое место выступают очаги инфекции в небных миндалинах – тонзиллит, который может быть острым и хроническим. По данным литературы, хронический тонзиллит встречается у 5–10 % взрослого населения и у 12–15 % детей, у спортсменов –

от 10 до 50 % [1; 4; 5]. Причиной его развития является зеленающий и В-гемолитический стрептококк группы А.В миндалинах происходит синтез и дифференцировка Т-лимфоцитов и синтез антител, который резко возрастает под влиянием стрептококка. При этом миндалины теряют способность к самоочищению, происходит постепенное замещение лимфоидной ткани на соединительную с утратой естественной защитной функции. Кроме того, тропность стрептококка к кардиомиоцитам определяет возможность синтеза аутоантител с поражением в дальнейшем клапанного аппарата и мышцы сердца, развитием ревматизма (сердечной и суставной формы). С органами малого таза небные миндалины связаны через грудной лимфатический проток, попадая в который, антитела быстро всасываются в кровь и достигают паренхимы почек, вызывая тонзиллогенный нефрит.

Хронический тонзиллит клинически разделяют на компенсированную и декомпенсированную формы. При компенсированной форме имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин без выраженной общей реакции организма: неприятный запах изо рта, боль, покалывание, сухость, ощущение инородного тела в горле, иногда – боль в ухе. Для декомпенсированной формы характерны жалобы на быструю утомляемость, вялость, головную боль, понижение трудоспособности, субфебрильную температуру тела, сердцебиение [1; 4; 6]. Наблюдаются рецидивы ангин, паратонзиллярных абсцессов, а также различные патологические реакции со стороны других органов и систем, поражение которых происходит в период неполной ремиссии, когда человек начинает активно двигаться. Поэтому одним из главных правил ведения больных с хроническим тонзиллитом является соблюдение постельного режима в течение 7–10 дней во время обострений (ангин).

Серотип стрептококка определяет локализацию поражения. При обнаружении патогенных серотипов, а также поражений миокарда, ядер блуждающего нерва (атропиновая проба) и снижении эффективного почечного кровотока показана тонзилэктомия. Компенсированный хронический тонзиллит лечится консервативно (без операции). Для восстановления защитных сил организма назначается общеукрепляющее лечение (рациональное питание, витамины, закаливание и т. д.), средства, корректирующие иммунитет. Обязательна санация других источников инфекции, например, кариозных зубов. Местное противорецидивное лечение проводится весной и осенью: полоскание, орошение, промывание лакун, смазывание миндалин в сочетании с физиопроцедурами. Выявление серотипа позволяет предвидеть отдаленную патологию и своевременно провести санирующие мероприятия.

**Кариес зубов.** Кариес (костоеда, разрушение зубов) называют болезнью миллионов. Начало и течение его зависит от многих особенностей (климата, почвы, состава воды, качества питания), которые воздействуют не только на сам организм человека, но и непосредственно на микроорганизмы полости рта, способствующие развитию кариозного процесса.

Важную роль в распространенности кариеса играет содержание многих микроэлементов в почве и воде. Так, отсутствие в них фтора особенно сказывается на частоте возникновения данного заболевания, увеличивая ее в значительной степени.

Резко ослабляет физиологическую резистентность твердых тканей зубов к кариесу избыток углеводов в пище.

Кариес развивается медленно, начинаясь с поверхностных слоев зуба и переходя затем на более лежащие ткани, вызывает образование полости, постепенно увеличивающейся в размере. Самопроизвольные боли при этом отсутствуют. Болевые ощущения возникают лишь при действии ряда физических и химических раздражителей (холод, сладкое, кислое, соленое); другие субъективные симптомы не отмечаются.

Резкое ухудшение общего состояния наблюдается только в тех случаях, когда острый патологический процесс перемещается на пульпу и альвеолярные отростки челюстей. Кариес, разрушая зубной аппарат, нарушает акт жевания, а это, в свою очередь, приводит в дальнейшем к расстройству пищеварения.

По мнению многих специалистов, основную роль в развитии стоматологических заболеваний у спортсменов играют переутомление и резкие колебания температуры воздуха.

Кроме того, причинами развития кариеса у спортсменов ряд авторов считают нарушение режима питания, в частности, злоупотребление углеводами, приводящее к образованию зубного камня,

росту микрофлоры, бродильным процессам в полости рта и т. д. [1; 2; 5]. У пловцов существенную отрицательную роль играет хлорированная вода, поскольку хлор плохо влияет на твердые ткани зубов и способствует рассасыванию цементных пломб. Все это требует внимания. Вместе с тем профилактикой кариеса зубов занимаются недостаточно.

Помимо систематических посещений стоматолога, представляется важным при разработке диетического режима спортсмена включать в рацион определенное количество фтора, солей кальция и фосфора, которые предотвращают развитие кариеса. Рекомендуется постоянно фторировать питьевую воду, давать внутрь таблетки, содержащие фтор, и т. п. Следует обращать самое серьезное внимание на тщательный уход за полостью рта, гигиеническое содержание зубов и слизистой оболочки полости рта, чистка зубов, полоскание полости рта после интенсивных тренировок и т. п. Обязательна консультация стоматолога 2–3 раза в год.

**Хронические синуситы.** В спортивной медицинской практике наибольшее значение придается воспалениям придаточных пазух, которые носят общее название синусит (от лат. «синус» – пазуха). К ним относятся: воспаление слизистой оболочки и подслизистого слоя гайморовой пазухи (гайморит) и лобной пазухи (фронтит). Причиной гайморита нередко являются пораженные зубы, фронтита – хронический насморк.

Синуситы чаще встречаются у спортсменов водных видов спорта, а также у представителей других видов спорта при переохлаждении. При переходе от острого течения к хроническому они становятся постоянным очагом инфекции.

Несмотря на то, что мнения в отношении частоты поражений отдельных параназальных синусов расходятся, тем не менее, все авторы ставят на первое место гаймориту (верхнечелюстную) пазуху, затем все остальные – лобную, решетчатую, основную [1]. Иногда встречаются поли- и пансинуситы, т. е. воспаления нескольких или всех придаточных пазух носовой полости.

Разумеется, нельзя все процессы в пазухах считать стойкими, ибо только часть острых синуситов приобретает хроническое течение. Предрасполагающими факторами в этих случаях являются ослабленное общее состояние и изменения в полости носа (искривление перегородки, гипертрофия раковин), затрудняющие отток воспалительного секрета из пазух.

Субъективные симптомы при хронических синуситах нередко отсутствуют или проявляются в незначительной степени, они могут иметь неопределенный характер (сухость в горле, наличие выделений из носа, понижение трудоспособности, нарушение обоняния). Лишь при обострении воспалительного процесса возникают головные боли невралгического характера, общая слабость, недомогание, повышение температуры до 38–38,5°. Синуситы, как правило, возникают при частых простудных заболеваниях, сопровождающихся насморком.

Объективные признаки хронического воспаления придаточных пазух носа выявляются только при специальном врачебном обследовании с применением ряда диагностических приемов (анемизация носовых ходов, пробный прокол гайморовой пазухи, трепанопункция лобной пазухи и др.).

В профилактике синуситов большое значение имеет закаливание, своевременное и полноценное лечение заболеваний, которые могут быть причиной синуситов.

**Хронический холецистит.** Заболеваемость спортсменов хроническим воспалением желчного пузыря значительно выше, чем населения в целом. По данным ряда авторов, данная патология у спортсменов составляет около 8 % всех внутренних болезней и около 30 % патологии органов пищеварения, причем за последние годы она продолжает расти [1; 2; 5]. По мнению большинства авторов, в основе этого лежит, прежде всего, возросшая частота дискинезии желчных путей, т. е. нарушение их моторной функции, обуславливающее застой желчи [1; 4; 5].

К расстройствам нормальной деятельности желчевыводящих путей могут привести длительное переутомление, переохлаждение, нерегулярное питание, перегрузка центральной нервной системы. Препятствием свободному оттоку желчи служат и чисто механические факторы, например, длительное вынужденное положение у конькобежцев, велосипедистов, лыжников. Следует отметить, что у представителей этих видов спорта хронический холецистит встречается наиболее часто. Не менее важной причиной является проникновение в желчные пути микробов из двенадцатиперстной кишки, миндалин, аппендикса и других очагов инфекции.

Нередко у спортсменов воспалительный процесс желчного пузыря может протекать без жалоб, латентно, вызывая минимальные отклонения, например, только в картине крови (увеличение скорости оседания эритроцитов). Лишь обострения, возникающие обычно на фоне большой тренировочной или соревновательной нагрузки, сопровождаются появлением приступообразных болей в правом подреберье, тошноты, рвоты, резким повышением температуры, напряжением мышц брюшной стенки, ухудшением общего состояния.

Вопрос о наличии у спортсменов хронического холецистита изучался Ю.М. Шапкайцем, который показал, что процент таких спортсменов в 4–6 раз превышает процент больных холециститом среди населения и четко отличается в различных видах спорта (от 0,4 % у гимнастов до 8,5 % у конькобежцев) [1]. А по данным И.М. Мануйловой, из 190 обследованных ею спортсменов клинические данные, свидетельствующие о наличии холецистита, обнаружены у 50, причем только у 6 из них имелся рост спортивных результатов, 2 прекратили тренировки, а остальные только подтвердили результат [1].

#### **Выводы**

Изложенное выше не оставляет сомнений в том значении, которое следует придавать очагам хронической инфекции у спортсменов, а также в необходимости их своевременной диагностики и лечения.

При врачебном обследовании спортсмена необходимо активно выявлять очаги хронической инфекции, в первую очередь хронические тонзиллиты, кариозные зубы и хронические холециститы. Следует шире использовать рентгенологическое исследование кариозных зубов (для выявления гранулем), специальные исследования желчного пузыря, консультации отоларингологов, стоматологов, гастроэнтерологов и других специалистов.

Возможность отрицательного влияния очагов хронической инфекции следует учитывать не только при различных поражениях миокарда, нарушениях ритма сердца, изменениях в моче и т. п., но и при частых переутомлениях, а также при отсутствии роста спортивных результатов. Поэтому раннее выявление очагов хронической инфекции является одной из основных задач спортивного врача.

Хронический тонзиллит, независимо от состояния компенсации, должен быть излечен. Хронический холецистит желательнее начинать лечить в условиях стационара, шире использовать санаторно-курортное лечение. Спортсмены с хроническим холециститом после излечения должны находиться под тщательным наблюдением терапевта, так как возможны рецидивы заболевания.

Очевидно, что очаги хронической инфекции у спортсменов следует рассматривать как заболевания, чреватые осложнениями, и борьба с ними является одной из актуальных задач современной спортивной медицины.

1. Дембо, А. Г. Заболевания и повреждения при занятиях спортом / А. Г. Дембо. – Л.: Медицина, 1991. – 335 с.
2. Гамза, Н. А. Здоровье студентов физкультурного вуза / Н. А. Гамза, Т. Г. Тернова, С. А. Куницкая // Вопросы спортивной медицины: материалы докладов Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 28–29 марта 2002. – Минск, 2002. – С. 23–24.
3. Гамза, Н. А. Некоторые аспекты врачебной оценки состояния ЛОР-органов спортсменов / Н. А. Гамза, А. И. Разживи: тезисы докладов XXII Всесоюз. конф. по спортивной медицине, Москва, 23–25 декабря 1987 г. – М., 1987. – 27 с.
4. Левин, М. Я. Изменения неспецифической защиты у спортсменов / М. Я. Левин, В. М. Шубин // Теор. и практ. физкульт. – 1988. – № 5. – С. 49–51.
5. Пальчун, В. Т. Современная оценка очаговой инфекции в оториноларингологии / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров // Вестник оториноларингологии. Приложение. – 2010. – № 5. – С. 5–15.
6. Park, R. C. Heart of the Athlete / R. C. Park, M. H. Crawford // Current problem in cardiology, Year Book Medical Publishers Inc. – 1985. – 72 p.