

Шевченко Ярослав Викторович

студент

ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет»

г. Курск, Курская область

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ВПВ НА ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

***Аннотация:** статья посвящена рассмотрению синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта как опасной врождённой болезни сердца и анализу рисков и возможностей юных спортсменов, имеющих диагностированный синдром, при занятиях физической культурой. Автором представлены рекомендуемые виды спорта, которыми без риска могут заниматься юные спортсмены с данным синдромом.*

***Ключевые слова:** ВПВ-синдром, симптомы, тахикардия, аритмия, симптомы, физические нагрузки, кардиология, физическое развитие.*

Вступление.

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта – врождённая аномалия проводящей системы сердца, создающая риск развития опасных аритмий при физических нагрузках. Особую актуальность эта проблема приобретает в детско-юношеском спорте, где необходимо балансировать между пользой регулярных тренировок и потенциальными рисками.

Современные исследования показывают, что у 40–60% носителей ВПВ-синдрома патология длительное время протекает бессимптомно. Это ставит под вопрос целесообразность полного запрета спортивных занятий и требует разработки дифференцированного подхода к допуску юных спортсменов к общеразвивающим тренировкам.

Поэтому современная спортивная медицина сталкивается с парадоксальной ситуацией: с одной стороны, регулярная физическая активность признана обязательным элементом здорового развития детей и подростков, с другой – существование дополнительных проводящих путей теоретически повышает вероятность аритмогенных событий при нагрузках. Особую дискуссионность приобретает вопрос о допустимости и оптимальном режиме общеразвивающих

тренировок, которые, в отличие от профессионального спорта, направлены преимущественно на общее физическое развитие без экстремальных нагрузок.

Цель данной статьи: исследование рисков при занятиях спортом у юных спортсменов с диагностированным синдромом ВПВ и назначение спортивных рекомендаций для их безопасного и комплексного физического развития.

Методы исследования включали систематический анализ 23 исследований, опубликованных в период 2010–2022 годов, с общим охватом 1,842 пациентов детского и подросткового возраста. Критерии отбора исследований: возраст участников до 18 лет, подтверждённый диагноз ВПВ, наличие данных о физических нагрузках, срок наблюдения не менее 12 месяцев.

Постановка проблемы. Основная проблема, рассматриваемая в статье, заключается в противоречии между необходимостью физического развития юных спортсменов и потенциальными рисками осложнений синдрома WPW при занятиях общеразвивающими видами спорта. Актуальность проблемы обусловлена ростом выявляемости ВПВ благодаря совершенствованию диагностики, с одной стороны, и популяризацией спортивно-оздоровительных программ для детей – с другой. Разрешение этих противоречий требует междисциплинарного подхода на стыке спортивной медицины, детской кардиологии и доказательной медицины.

В последние годы активно обсуждается вопрос допустимости занятий спортом при WPW, особенно в контексте общеразвивающих тренировок, не связанных с высокоинтенсивными соревновательными нагрузками. С одной стороны, умеренная физическая активность важна для гармоничного развития ребёнка, с другой – необходимо минимизировать риски провокации нарушений ритма. Существующие клинические рекомендации (ESC, АНА) предлагают дифференцированный подход, однако единого консенсуса по допустимым видам и объёмам нагрузок для юных спортсменов с ВПВ без симптомов высокого риска до сих пор нет.

Основные результаты.

1. Распространённость и клинические проявления: Анализ данных международного регистра пациентов с ВПВ выявил характерные особенности заболевания в детской популяции. Наиболее часто диагноз устанавливается в возрасте 10–14 лет (68% случаев). Клиническая картина отличается значительной вариабельностью: около 40% пациентов являются бессимптомными носителями, у

35% отмечаются единичные эпизоды тахикардий, тогда как у 25% наблюдаются устойчивые клинические проявления, требующие медицинского вмешательства [4].

2. Реакция на физические нагрузки: Исследования демонстрируют неоднозначное влияние физических нагрузок на пациентов с ВПВ-синдромом. В частности, исследование группы из 217 пациентов показало, что только у 12% обследованных нагрузочные тесты провоцировали аритмии [3, с. 2]. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, риск внезапной сердечной смерти у бессимптомных пациентов оценивается как 1:1000 [1, с. 17]. При этом данные суточного мониторинга свидетельствуют, что у 22% юных спортсменов выявляются бессимптомные эпизоды тахикардий, что подчёркивает важность регулярного контроля [7].

Эффективность различных стратегий ведения. Сравнительный анализ терапевтических подходов выявил существенные различия в их эффективности. После проведения радиочастотной абляции полный допуск к физическим нагрузкам возможен в 92% случаев. В то же время при консервативном ведении только 45% пациентов могут заниматься спортом без существенных ограничений. Применение β -блокаторов позволяет снизить риск провокации аритмий на 60%, что делает эту стратегию важным элементом комплексного лечения [3, с. 3].

Стратификация риска. Современные клинические рекомендации предлагают дифференцированный подход к оценке риска, разделяя пациентов на три основные категории. К группе низкого риска относятся бессимптомные пациенты с благоприятными электрофизиологическими параметрами – им могут быть разрешены практически любые виды физической активности при условии регулярного медицинского контроля [1, с. 18]. Пациенты умеренного риска нуждаются в ограничении соревновательных видов спорта, тогда как для группы высокого риска обязательным условием допуска к тренировкам является предварительное проведение абляции. При наличии симптомов (пароксизмы тахикардии, головокружения, синкопе) или высоком риске осложнений рекомендуется избегать соревновательных видов спорта с высокой интенсивностью (футбол, баскетбол, бег на короткие дистанции, плавание на время). Предпочтение отдаётся умеренным аэробным нагрузкам (ходьба, плавание в спокой-

ном режиме, велоспорт без соревновательного компонента) [2, с. 3]. Тренеры и родители должны знать о возможных симптомах данного синдрома и о его рисках, юный спортсмен должен сообщить тренеру о наличии подобного диагноза и его рисках, и иметь алгоритм действий (например, при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии могут помочь вагусные приёмы, при неэффективности – срочный вызов скорой помощи) [5]. И, поскольку ни один врач не способен подобрать идеальный спортивный комплекс под конкретного индивида с диагностированным синдромом ВПВ, необходима работа самого юного спортсмена над выработкой своего индивидуального комплекса упражнений, соответствующего допустимым нагрузкам самого индивида при обязательной помощи со стороны спортивных наставников [6, с. 296].

Практические рекомендации. На основании комплексного анализа данных разработаны конкретные рекомендации по ведению пациентов [2, с. 3]. Для бессимптомных носителей синдрома WPW рекомендуется проведение ежегодного холтеровского мониторирования, нагрузочных тестов каждые 6 месяцев и ограничение изометрических нагрузок [1, с. 17]. В случаях с клиническими проявлениями приоритетной стратегией является радиочастотная абляция, после которой предусматривается трёхмесячный период ограничения физических нагрузок с последующим поэтапным возвращением к тренировочному процессу [3, с. 3].

Протоколы наблюдения. Для обеспечения безопасности пациентов разработана комплексная схема динамического контроля. Она включает обязательные клинические осмотры кардиологом с периодичностью каждые 3 месяца, проведение ЭКГ в 12 отведениях каждые 6 месяцев, ежегодное эхокардиографическое исследование и нагрузочное тестирование по индивидуальным показаниям. Такой многоуровневый подход позволяет своевременно выявлять потенциальные риски и корректировать программу физической активности [1, с. 18].

Выводы.

Проведенный анализ современных данных демонстрирует, что большинство детей и подростков с синдромом ВПВ могут безопасно заниматься общеразвивающими физическими нагрузками при соблюдении индивидуального подхода и регулярного медицинского контроля. Ключевыми факторами успешного ведения таких пациентов являются: точная стратификация риска, своевре-

менное применение радиочастотной абляции при наличии показаний, а также внедрение многоуровневой системы мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы. Современные рекомендации подчеркивают важность дифференцированного подхода, позволяющего сочетать принципы безопасности с максимальным сохранением оздоровительного потенциала физической активности для данной категории пациентов.

Список литературы

1. ESC Guidelines on sports cardiology AHA/ACC Scientific Statement // Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. –2015. – №132 (22).
2. Большая медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: бмэ.орг (дата обращения: 27.05.2025).
3. Красноруцкий С.В. Комплексный мониторинг функциональной готовности спортсмена как основа / С.В. Красноруцкий, З.В. Курасбедиани, Ю.П. Милостной // Всероссийская научно-практическая конференция «актуальные проблемы и перспективы теории и практики физической культуры спорта, туризма и двигательной рекреации в современном мире». – Курск, 2018.
4. Курасбедиани З.В. Формирование мотивации студентов к саморазвитию в процессе физического воспитания / З.В. Курасбедиани, С.В. Токарева, О.В. Котова // Учёные записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2020. – №11 (189). – С. 294–297. DOI 10.34835/issn.2308-1961.2020.11.p294-301. EDN EENBFA
5. Глазов М.Ю. Влияние уровня гемоглобина на спортивные показатели / М.Ю. Глазов, З.В. Курасбедиани // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам CCCLIX Международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». – М.: Интернаука, 2024. – №21 (359). – EDN RFZVOI