

значения в жизни большинства подростков до профессионального осмотра. Причём в семьях обследованных гипермобильность суставов встретилась в 33,4 % случаев. Максимальная гипермобильность суставов наблюдается в возрасте 13–14 лет (85 %).

Гипермобильность в области позвоночника ведет к формированию функционального болевого синдрома с характерной анамнестической и объективной клинической картиной [1, 10, 19]. Слабость связочных структур при повторных чрезмерных статико-кинетических нагрузках вызывает боль в различных отделах позвоночника: цервикалгии (17,9 %), торакалгии (10,4 %), люмбагии (16,7 %). Особенности вертеброгенной симптоматики при гипермобильном синдроме являются ночные и утренние боли в шейном и поясничном отделах позвоночника (59,5 %), усиление боли при ходьбе по асфальту (30,2 %), при длительном удержании позы в неудобном положении (57,9 %). Патология воспринимающего аппарата со снижением порога болевой чувствительности – наиболее вероятная причина усиления алгических симптомов [1, 10, 19].

Повышенная эластичность связок при ДСТ предрасполагает к повреждению позвонков и межпозвонковых дисков, что ведет к формированию ассоциированной патологии, возникновению грыж Шморля (3 %) за счет неполноценности межпозвонковых замыкательных пластинок [19]. Подростки с нормальной подвижностью суставов имеют подобные изменения только в 3 случаях ($\mu_p=1,75$, $p<0,04$).

Травматизация на участках повышенной подвижности приводит к дегенеративным изменениям позвоночника по типу остеохондроза (16,9 %). При рентгенографии обнаруживаются в различных сочетаниях склероз замыкательных пластинок ($n=18$), изменение высоты межпозвонкового диска ($n=12$), обызвествление диска ($n=7$), остеофиты ($n=3$), подвывих в межпозвонковом суставе ($n=4$), деформация унковертебральных суставных отростков ($n=5$). Рентгенологическими находками при ДСТ являлись ассоциированные врожденные аномалии: рудиментарные шейные ребра ($n=11$), неполное зарращение дужек позвонков ($n=19$), аномалия тропизма – один из межпозвонковых суставов расположен в саггитальной плоскости, другой – во фронтальной, дисконгруэнтность сустава ($n=20$).

Несомненно, наличие вертеброгенного синдрома влияет на выбор профессии, возможность физического совершенствования, социальную адаптацию подростков.

Патология стопы проявляется болями в подошве, в центре свода стопы, на тыле стопы в центральной части, под внутренней и наружной лодыжками, между головками предплюсневых костей. Обычно боли нарастают к вечеру после длительного пребывания на ногах и