

Клинические рекомендации
по допуску лиц к занятиям спортом
(тренировочным мероприятиям и спортивным
соревнованиям) при заболеваниях
и патологиях ЛОР-органов

Москва 2017

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:

Председатель: д.м.н. профессор Б.А. Поляев

Секретарь: Н.К. Хохлина

к.м.н. И.Т. Выходец

И.В. Круглова

д.м.н. профессор В.А. Курашвили

Л.И. Мельникова

д.м.н. профессор С.А. Парастаев

к.м.н. Б.И. Санин

к.м.н. В.С. Фещенко

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	7
1.2. Методологические принципы формирования клинических рекомендаций	7
1.2. Определение основных понятий и терминов, их законодательное и нормативно-правовое обеспечение	10
2. ТАБЛИЦА СТАНДАРТОВ, ОБЪЕКТИВИЗИРУЮЩАЯ ПРОЦЕСС ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ДОПУСКЕ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ	14
ЛИТЕРАТУРА:.....	24
Приложение №1 Перечень видов спорта их градация, предполагающая разделение на две большие группы – водные и неводные виды.....	25

ВВЕДЕНИЕ

В существующей на сегодня системе допуска к занятиям спортом предполагается два альтернативных варианта коллегиального (мультидисциплинарного) врачебного решения – «допущен» или «не допущен», т.е. речь идет о констатации на момент осмотра факта наличия или отсутствия заболеваний или патологических состояний, которые рассматриваются как противопоказания к реализации потенциала в избранном виде спорта. Совершенно очевидно, что данное заключение не несет в себе столь необходимой (учитывая избранную область деятельности) прогностической значимости и не дает оснований для организации индивидуальных профилактических мероприятий при повышенном риске возникновения определенных заболеваний.

Согласно консолидированному мнению членов Рабочей группы по подготовке проекта Клинических рекомендаций, при первичном медицинском обследовании с целью определения возможности допуска к занятиям спортом необходимо иметь в виду, как минимум, следующие моменты:

- соответствие общепринятым критериям допуска к занятиям избранным видом спорта (с учетом его специфики);
- вероятность скрытой патологии (в данном случае должны приниматься во внимание пре- и перинатальные поражения, заболевания, перенесенные ранее, проводимое по поводу этих заболеваний лечение, конституциональные особенности организма);
- возможность возникновения патологии или усугубления ее симптоматики в процессе интенсификации тренировочных и соревновательных нагрузок (здесь следует учитывать наследственную предрасположенность, факторы риска, включая профессиональные, связанные со спецификой избранного вида спорта);
- квалификацию спортсмена.

Кроме того, при структуризации и определении контента Клинических рекомендаций члены Рабочей группы учитывали современные подходы к ранжированию доказательной базы в области медицинского обеспечения спорта: для признания рекомендаций по регламентации медицинских обследований спортсменов убедительными достаточным признается уровень С и, прежде всего, профессиональные консенсусы [1, 2]. Чрезвычайно важно, что подобный концептуальный подход не противоречит положениям ГОСТ Р 56034-2014 [3].

Мотивационная установка Рабочей группы – подготовка Проекта Клинических рекомендаций для врачей-оториноларингологов, работающих со спортсменами, а также врачей спортивной медицины с последующим обсуждением и утверждением профессиональным сообществом.

Для достижения вышеуказанной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Составить Перечень болезней ЛОР-органов, препятствующих, или ограничивающих занятия конкретным видом спорта;
2. Создать удобную для применения таблицу, регламентирующую допуск, условный допуск и недопуск к занятиям спортом у атлетов разной квалификации в случае наличия у них патологии ЛОР-органов;
3. Определить сроки недопуска по ЛОР-заболеваниям для различных видов спорта.

Актуальность проведенной работы обусловлена существенной распространенностью патологии ЛОР-органов в контингенте спортсменов высокого класса, а также нарастающей востребованностью методических разработок, соответствующих современному уровню развития диагностических и лечебных технологий в сфере оториноларингологии. Так, по данным сводной статистики Международного олимпийского комитета (2009), частота обращений спортсменов за медицинской помощью по поводу заболеваний ЛОР-органов во время проведения летних Олимпиад варьируется в диапазоне от 13 до 18% [3]. Распространенность

анализируемой патологии, по данным проведенных членами Рабочей группы ретроспективных исследований, были документирована в пределах 11-16%, что при соответствующем пересчете соответствует отечественным литературным сведениям [4].

Предлагаемая членами Рабочей группы таблица стандартов, вносит ясность в вопрос о допуске при различных заболеваниях ЛОР-органов, с учетом современных способов их лечения как в сфере контактных методов коррекции, так и хирургии.

Построение данной таблицы основано на базовых положениях и актуализированном перечне олимпийских видов спорта. Наряду с этим, выделены градации по медицинским показаниям (занятия данными видами спорта запрещены, влияние на спортивную результативность, ограничение по росту спортивной результативности) что является, важным с позиций индивидуального подхода к экспертному решению.

Разработанная таблица (Раздел 2) с применением современных достижений в оториноларингологии и методах лечения заболеваний ЛОР-органов не только облегчает работу врача-оториноларинголога, но и берегает здоровье спортсменов, а также решает актуальные вопросы, возникающие у спортсменов и тренерского состава.

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

1.2. Методологические принципы формирования клинических рекомендаций

Важнейшую роль в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации играют Клинические рекомендации.

Клинические рекомендации¹ (синонимы: клинический протокол, клиническое практическое руководство, clinical practice guideline – англ.) – документ, разрабатываемый с целью оптимизации медицинской помощи и поддержки принятия решений врачом, другим медицинским работником и пациентом в отношении медицинских вмешательств в определенных клинических ситуациях. Протокол определяет виды, объем и индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретных заболеваниях, синдроме или клинической ситуации.

Клинические рекомендации (КР) – это некий свод правил, регламентирующий процесс оказания медицинской помощи на использование в профилактике, диагностике и лечении заболеваний наиболее эффективных технологий.

КР в сфере спортивной медицины – это утверждения, разработанные по специальной методологии и призванные помочь врачам-специалистам по медицинскому и медико-биологическому сопровождению спорта принимать решения о рациональной помощи в различных клинических ситуациях, встречающихся именно в спортивных контингентах. КР разрабатываются экспертами и утверждаются профессиональными некоммерческими медицинскими организациями².

¹ "ГОСТ Р 56034-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения" (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 04.06.2014 N 503-ст)

² - ст.76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Настоящие рекомендации разработаны на основании анализа отечественного, включая собственный, и международного опыта в области спортивной медицины в рамках программ диагностики и определения параметров допуска спортсменов высокого класса к тренировочному и соревновательному процессу в случае возникновения у них патологии ЛОР-органов.

В целом, методология разработки КР основана на систематическом обобщении достоверной научной информации, полученной на основе принципов доказательной медицины. Такие рекомендации позволяют оптимизировать или существенно снизить влияние на решение врачей факторов, имеющих различную долю субъективности представленных суждений – интуиции, квалификации, мнения авторитетных коллег, сведений, почерпнутых из популярных руководств и справочников.

Особое значение придается стратификации значимости КР. Значимость и применимость имеющихся доказательств зависит от методологического качества научных исследований и характеристик групп пациентов, которые составляют исследуемые выборки.

Сегодня в клинической медицине существует согласие относительно иерархии уровней доказательств, положенных в основу рекомендаций. Чем ниже вероятность возникновения систематической ошибки в исследовании, тем более надежны его выводы, и тем больший вес оно имеет при рассмотрении всего спектра доказательств по эффективности конкретной технологии.

Уровень убедительности доказательств и сила рекомендаций для конкретных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при выполнении данной научно-исследовательской работы были взвешены и ранжированы в соответствии с предустановленными шкалами, согласно нормативным документам – ГОСТ Р 56034-2014 [3].

Однако данный стандарт предполагает, прежде всего, ранжирование доказательной базы по эффективности (включая безопасность) различных диагностических и лечебных технологий (профилактических, лечебных,

реабилитационных), а не на объективизацию процесса оформления разрешения (допуска) к профессиональной спортивной деятельности на основании данных углубленных медицинских осмотров. При этом члены Рабочей группы солидарны в необходимости использования унифицированной шкалы оценки убедительности доказательств медицинских назначений, включающей в себя различные градации:

- уровень А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения;

- уровень В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;

- уровень С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств;

- уровень D – достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств для того, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или методики в конкретной ситуации;

- уровень E – веские отрицательные доказательства: есть достаточно убедительные доказательства для того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

Также Рабочая группа отмечает, что ее члены в своей деятельности в большей степени опирались на транснациональные и наднациональные профессиональные консенсусы по актуальным проблемам, имеющим как непосредственное, так и косвенное отношение, к изучаемой проблематике. Иначе говоря, аналитический акцент был сделан на официальных согласительных заявлениях (Consensus Statement) в области смежных дисциплин, прежде всего, спортивной медицины и оториноларингологии, что не противоречит подходам, декларируемым вышеупомянутым ГОСТ. В существенно меньшей степени для медицины спорта актуальны мета-анализы. Это обусловлено, во-первых, спецификой организации

профессиональной спортивной деятельности с различиями по объему и интенсивности нагрузок, их направленности, плотности соревновательного графика, среды реализации и т.д., а во-вторых – особенностями медицинского обеспечения спортсменов: плановые обследования профильными специалистами чаще проводятся в ситуации отсутствия признаков заболевания, а оказание медицинской помощи в случае ее необходимости происходит, преимущественно, в полевых условиях учебно-тренировочных сборов непрофильными специалистами.

Однако следует отметить, что в электронных базах, доступных для публичного изучения, членам Рабочей группы удалось обнаружить лишь одну работу, полностью удовлетворяющую предъявляемым требованиям к ранжированию доказательной базы – это международный проект с участием специалистов Канады и США под руководством Mark H. Mirabelli (2015) [5]. Исследование было посвящено эффективности предварительной оценки здоровья – Preparticipation Physical Evaluation (PPE), которая проводится за 6 недель до начала сезона (это дает возможность спортсменам прибегнуть к необходимым коррекционным и восстановительным мероприятиям).

1.2. Определение основных понятий и терминов, их законодательное и нормативно-правовое обеспечение

Допуск к занятиям спортом³, к тренировочным мероприятиям и к участию в спортивных соревнованиях⁴ может быть оформлен при отсутствии противопоказаний к занятиям спортом. Различают абсолютные

³ Приказ Минздрава России от 14.01.2013 N 3н "О медицинском и медико-биологическом обеспечении спортивных сборных команд Российской Федерации" (вместе с "Порядком медицинского обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации", "Порядком медико-биологического обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации") (Зарег. в Минюсте России 05.04.2013 N 28000) Приложение 1, п.6.4.

⁴ Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н "О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (Зарег. в Минюсте России 21.06.2016 N 42578). Приложение 10 и 12.

противопоказания (занятия спортом запрещены вне зависимости от уровня функционального состояния), относительные (запрет на занятия определенными видами спорта или вследствие перенесенного заболевания), временные противопоказания (занятия спортом запрещаются на время заболевания вплоть до его полного излечения).

Оформление допуска – должностная обязанность (трудовая функция) врача по спортивной медицине спортивных сборных команд Российской Федерации (по видам спорта)⁵; **должностная обязанность (трудовая функция) врача по спортивной медицине**⁶!

Медицинские осмотры⁷, на основании которых выдается допуск, – являются неотъемлемой частью медицинского обеспечения спортсменов⁸ и реализуют положения Федерального закона о систематическом контроле состояния здоровья спортсменов и об оценке адекватности физических нагрузок состоянию их здоровья. Медицинские осмотры – включены в оказание первичной медико-санитарной помощи членам сборных команд и реализуются в следующих формах⁹:

«6.1. лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;

6.2. мониторинг и коррекция функционального состояния;

6.3 проведение углубленных медицинских обследований (далее – УМО) спортсменов сборных команд;

...

⁵ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.08.2011 N 916н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в области физической культуры и спорта" (Зарег. в Минюсте РФ 14.10.2011 N 22054)

⁶ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарег. в Минюсте РФ 25.08.2010 № 18247)

⁷ Статья 46 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

⁸ Статья 39 Федерального закона от 04.12.2007 N 329-ФЗ (в ред. Фед. закона от 05.10.2015 N 274-ФЗ)

⁹ Приложение 1 Приказа Минздрава России от 14.01.2013 N 3н "О медицинском и медико-биологическом обеспечении спортивных сборных команд Российской Федерации" (Рег. в Минюсте РФ 05.04.2013 N 28000)

6.6. профилактика заболеваний и неотложных состояний;

6.7. медицинская реабилитация после травм и заболеваний».

Регулярно проходить медицинские осмотры (обследования) в целях обеспечения безопасности занятий спортом для здоровья, соблюдать санитарно-гигиенические требования, медицинские требования – **обязанность спортсмена**¹⁰, закрепленная в Федеральном законодательстве.

Углубленные медицинские обследования соответствуют следующим видам медицинских осмотров, которые регулируются Федеральным законодательством в сфере здравоохранения:

«1) **профилактический медицинский осмотр**, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, ..., а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов; (в ред. Федерального закона от 03.07.2016 № 286-ФЗ)

...

3) **периодический медицинский осмотр**, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников¹¹, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ; (п. 3 в ред. Федерального закона от 03.07.2016 № 286-ФЗ)».

Статья 2 Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» дает следующие законодательные определения терминов, используемых в настоящих клинических рекомендациях:

¹⁰ Статья 24 Федерального закона от 04.12.2007 N 329-ФЗ

¹¹ Имеет прямое отношение к спортсменам профессионалам и членам сборных команд России в редакции статьи 2 Федерального закона от 04.12.2007 N 329-ФЗ

- **«спортивные сборные команды Российской Федерации** - формируемые общероссийскими спортивными федерациями (за исключением олимпийской команды России, паралимпийской команды России) коллективы спортсменов, относящихся к различным возрастным группам, тренеров, ученых, специалистов в области физической культуры и спорта для подготовки к международным спортивным соревнованиям и участия в них от имени Российской Федерации;

- **вид спорта** - часть спорта, которая признана в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона обособленной сферой общественных отношений, имеющей соответствующие правила, утвержденные в установленном настоящим Федеральным законом порядке, среду занятий, используемый спортивный инвентарь (без учета защитных средств) и оборудование;

- **спортсмен высокого класса** – спортсмен, имеющий спортивное звание и выступающий на спортивных соревнованиях в целях достижения высоких спортивных результатов.

2. ТАБЛИЦА СТАНДАРТОВ, ОБЪЕКТИВИЗИРУЮЩАЯ ПРОЦЕСС ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ДОПУСКЕ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ

С учетом актуализированного перечня видов спорта (Примечание №1), нами составлена таблица стандартов, в которой отражены противопоказания к допуску спортсменов к тренировочному процессу и соревновательной деятельности, а также представлены алгоритмы возобновления спортивной деятельности после перенесенных заболеваний ЛОР-органов.

Виды заболеваний	Олимпийские виды спорта занятия, которыми запрещены с данной патологией	
	ВОДНЫЕ	НЕВОДНЫЕ
	Сроки допуска к занятиям спортом	
I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ		
Деформация перегородки носа – после корригирующей операции.	<p>1. Через 3 недели легкие аэробные нагрузки вне воды, далее постепенный переход к аэробным нагрузкам в воде.</p> <p>2. Через 1 месяц – полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям, при условии полной эпителизации слизистой оболочки носа, с учетом отсутствия или развития аллергических реакций на компоненты воды (водные микроорганизмы, хлор, озон и др.) и</p>	<p>1. Через 2 недели легкие аэробные нагрузки.</p> <p>2. Через 1 месяц – полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям, при условии полной эпителизации слизистой оболочки носа.</p>

	квалификации спортсмена.	
<p>Воспалительные заболевания околоносовых пазух:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Острый верхнечелюстной синусит. - Острый фронтальный синусит. - Острый этмоидальный синусит. - Острый сфеноидальный синусит. - Острый пансинусит. - Хронический верхнечелюстной синусит. - Хронический фронтальный синусит. - Хронический этмоидальный синусит. - Хронический сфеноидальный синусит. - Хронический 	Консервативное лечение	
	<p>Острый и обострение хронического процесса: сразу после купирования воспалительных явлений в течение 2-х недель легкие аэробные нагрузки вне воды, далее постепенный переход к аэробным нагрузкам в воде и далее – индивидуальный подход, с учетом отсутствия или развития аллергических реакций на компоненты воды (водные микроорганизмы, хлор, озон и др.).</p>	<p>Острый и обострение хронического процесса: сразу после купирования воспалительных явлений можно приступить к тренировкам с постепенным вхождением в процесс.</p>
	Хирургическое лечение	
	<p>Через 1 месяц легкие аэробные нагрузки вне воды в течение 2-х недель, далее – постепенный переход к аэробным нагрузкам в воде, затем полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям, при условии полной эпителизации слизистой оболочки носа, с</p>	<p>Через 1 месяц легкие аэробные нагрузки с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям.</p>

пансинусит.	учетом отсутствия или развития аллергических реакций на компоненты воды (водные микроорганизмы, хлор, озон и др.) и квалификации спортсмена.	
<p>Хронический ринит (классификация Л.Б.Дайняк):</p> <p>1. Катаральный ринит.</p> <p>2. Гипертрофический ринит:</p> <p>а) ограниченный;</p> <p>б) диффузный.</p> <p>3. Атрофический ринит:</p> <p>а) простой - ограниченный, диффузный;</p> <p>б) зловонный насморк или озена.</p> <p>4. Вазомоторный ринит:</p> <p>а) аллергическая форма;</p> <p>б) нейровегетативная форма.</p>	Консервативное лечение	
	<p>Вне обострения допуск разрешен всем, кроме спортсменов с Озеной.</p> <p>При обострении ограничить нагрузки до 50% объема тренировок.</p>	<p>Вне обострения допуск разрешен всем, кроме спортсменов с Озеной.</p> <p>При обострении ограничить нагрузки до 50% объема тренировок.</p>
	Хирургическое лечение	
	<p>1. Через 3 недели легкие аэробные нагрузки вне воды, далее постепенный переход к аэробным нагрузкам в воде.</p> <p>2. Через 1 месяц – полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям, при условии полной эпителизации слизистой оболочки носа, с учетом отсутствия или развития аллергических реакций на компоненты воды (водные микроорганизмы,</p>	<p>1. Через 2 недели легкие аэробные нагрузки.</p> <p>2. Через 1 месяц – полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям при полной эпителизации слизистой оболочки носа.</p>

	хлор, озон и др.) и квалификации спортсмена.	
II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.		
Классификация	Консервативное лечение	
тонзиллитов по И.Б.Солдатову:		
I. Острые:		
1. Первичные (катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангина).	1. При остром процессе после ликвидации воспалительного процесса – катаральная и лакунарная ангина – отстранение от тренировочного процесса на 3 недели, фолликулярная ангина – на 4 недели.	1. При остром процессе после ликвидации воспалительного процесса – катаральная и лакунарная ангина – отстранение от тренировочного процесса на 2 недели, фолликулярная ангина – на 3 недели.
2. Вторичные:		
а) при острых инфекционных заболеваниях (дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе);	2. При хроническом процессе: - вне обострения – допуск всем; - после обострения – недопуск 4 недели, далее постепенный переход к тренировочному процессу под контролем ЭКГ (с нагрузкой).	2. При хроническом процессе: - вне обострения – допуск всем; - после обострения – недопуск 3 недели с постепенным переходом к тренировочному процессу под контролем ЭКГ (с нагрузкой).
б) при заболеваниях системы крови (инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкемии, лейкозах).	Все вторичные процессы – допуск и недопуск определяют совместно с инфекционистом и врачом по спортивной медицине!	Все вторичные процессы – допуск и недопуск определяют совместно с инфекционистом и врачом по спортивной медицине!
II. Хронические.		
1. Неспецифические:		
а) компенсированная		

<p>форма; б) декомпенсированная форма. 2. Специфические (при инфекционных гранулемах – туберкулезе, сифилисе, склероме).</p>		
Хирургическое лечение		
	<p>После удаления небных миндалин (тонзилэктомия):</p> <ul style="list-style-type: none"> - через 1 месяц минимальные нагрузки вне воды; - через 1,5 месяца постепенная интенсификация аэробных нагрузок вне воды с переходом к аэробным нагрузкам в воде, далее – полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям при полной эпителизации слизистой оболочки ротоглотки, при отсутствии аллергической реакции на компоненты воды (водные микроорганизмы, хлор, озон и др.) и квалификации спортсмена. 	<p>После удаления небных миндалин (тонзилэктомия):</p> <ul style="list-style-type: none"> - через 1 месяц легкие нагрузки; - через 1,5 месяца полный объем тренировочного процесса и допуск к соревнованиям при полной эпителизации слизистой оболочки ротоглотки и в зависимости от квалификации спортсмена.
III. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.		

<p>Ларингиты подразделяются на острые и хронические. Формы острого ларингита:</p> <ul style="list-style-type: none"> • катаральный; • отечный; • флегмонозный (инфильтративно-гнойный): инфильтративный, абсцедирующий. <p>Формы хронического ларингита:</p> <ul style="list-style-type: none"> • катаральный; • отечно-полипозный (болезнь Рейнке-Гайека); • атрофический; • гиперпластический: ограниченный и диффузный. 	<p>1. При катаральной форме ларингита недопуск к тренировочному процессу и соревнованиям в течение 2-х недель.</p> <p>2. При отечной, флегмонозной, инфильтративной и абсцедирующей формах ларингита недопуск к тренировочному процессу и соревнованиям в течение 1 месяца.</p> <p>Далее (через 1 месяц) постепенное вхождение в тренировочный процесс, начиная с аэробных нагрузок, допуск на воду – при отрицательных аллергопробах на хлор, водные микроорганизмы, озон и др.</p>	<p>1. При катаральной форме ларингита недопуск к тренировочному процессу и соревнованиям в течение 2-х недель.</p> <p>2. При отечной форме ларингита недопуск на 3-4 недели в зависимости от восстановления дыхательной и речевой функций.</p>
IV. ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА.		
<p>Наружный отит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.очаговый; 2.диффузный 	<p>В течение 1 недели легкие аэробные нагрузки, исключив тренировочный процесс в водных условиях, далее в полном объеме</p>	<p>Через 1 неделю допуск к тренировочному процессу.</p>

	тренировочный процесс (после контрольного осмотра ЛОР-врача).	
<p>Средний отит:</p> <p>1. Острый</p> <p>средний отит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - катаральный; - экссудативный; - гнойный. <p>2. Хронический</p> <p>гнойный средний отит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мезотимпанит; - эпитимпанит; - эпимезотимпанит. 	<p>После ликвидации воспалительного процесса:</p> <ul style="list-style-type: none"> - исключить нагрузки на 2 недели, затем легкие аэробные нагрузки вне воды; - через 1 месяц и далее при отсутствии дефектов барабанной перепонки перейти к аэробным нагрузкам в воде с постепенным переходом к полному тренировочному процессу и соревнованиям на воде (после контрольного осмотра ЛОР-врача!), при отсутствии аллергических реакции на компоненты воды (водные микроорганизмы, хлор, озон и др.); - при наличии дефектов барабанной перепонки возможны тренировки на воде с гидроплагами. 	<ul style="list-style-type: none"> - через 2 недели легкие аэробные нагрузки; - через 3 недели – можно приступить к тренировочному процессу в полном объеме.

<p>Внутренний отит:</p> <p>1.Отосклероз (классификация Н.А.Преображенского):</p> <ul style="list-style-type: none"> - тимпанальная форма; - кохлеарная форма; - смешанная форма. 	<ul style="list-style-type: none"> - Исключить на 1 месяц весь тренировочный процесс и соревнования; - далее аэробные нагрузки с постепенным вхождением в тренировочный процесс; - только тренировки на воде не ранее чем через 2 месяца после купирования лабиринтита! 	<p>Все тренировки и соревнования исключить на 1 месяц, далее аэробные нагрузки с постепенным вхождением в тренировочный процесс.</p>
<p>2. Нейросенсорная тугоухость (классификация ВОЗ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - I степень тугоухости - II степень тугоухости - III степень тугоухости - IV степень тугоухости - Глухота <p>Нейросенсорная</p>	<p>Отосклероз: после операции (стапедопластика, стапедэктомия) исключить весь тренировочный процесс на 1 месяц, далее в зависимости от результатов операции и результатов вестибулярных проб можно приступать или не приступать к тренировкам, в том числе в воде.</p> <p>Нейросенсорная тугоухость:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Исключить тренировки на 1 месяц, далее аэробные тренировки с постепенным вхождением в тренировочный процесс. - Допуск при 1 и 2 степени тугоухости с коррекцией слуха слуховыми аппаратами любого вида, кроме единоборств (коррекция слуха только внутриканальным слуховым аппаратом!). - 3 и 4 степень тугоухости – спорт глухих. <p>- При легкой степени – использование антифона.</p>	

<p>тугоухость у стрелков (стендовая стрельба):</p> <ul style="list-style-type: none"> - легкая степень; - умеренная степень; - тяжелая степень. 	<ul style="list-style-type: none"> - При умеренной степени – использование защитных наушников. - При тяжелой степени – недопуск и коррекция слуха.
--	--

ПРИМЕЧАНИЕ 1.

КЛАССИФИКАЦИЯ	
<u>Для профессионального понижения слуха:</u>	<u>Остапкович В.Е. и Пономарев Н.И.:</u>
Начальные признаки	I – II степень
Легкое снижение слуха I	II степень
Умеренное снижение слуха II	IV степень
Тяжелое (значительное) снижение слуха III	V степень

ПРИМЕЧАНИЕ 2.

Классификация профессиональной тугоухости у стрелков (классификация Измерова):

- I степень – 10 дБ на 500, 1000 и 2000 Гц и до 50 дБ на 4000 Гц.
- II степень – от 11 до 20 дБ на 500, 1000 и 2000 Гц и до 60 дБ на 4000 Гц.
- III степень – от 21 до 30 дБ на 500, 1000 и 2000 Гц и выше 65 дБ на 4000 Гц с приобретением нисходящей кривой на ТПА.

Для остальных видов спорта:

Классификация ВОЗ рассчитывается на 4-х частотах в отличие от профессиональной (на 500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц и 4000 Гц):

- I степень – от 26 дБ до 40 дБ;
- II степень – от 41 дБ до 55 дБ;
- III степень – от 56 дБ до 70 дБ;
- IV степень – от 71 дБ до 90 дБ;
- Глухота – выше 90 дБ.

ПРИМЕЧАНИЕ 3 – для единоборств.

Контактные единоборства: при повреждении ЛОР-органов сроки допуска к тренировкам и соревнованиям определяется консилиумом ЛОР-врача, невролога и врача по спортивной медицине.

ПРИМЕЧАНИЕ 4 (для зимних видов спорта).

Для спортсменов всех зимних видов спорта в зависимости от заболевания и характера лечения в течение, по крайней мере, одной дополнительной недели (по отношению к срокам возобновления тренировочной активности, указанным в таблице) полностью исключаются занятия при низких температурах!

ЛИТЕРАТУРА:

1. Mirabelli Mark H., Devine Mathew J., Singh Jaskaran, Mendoza Michael. The Preparticipation Sports Evaluation // Am Fam Physician. 2015; 92(5):371-376 (<http://www.aafp.org/afp/2015/0901/p371.html>)
2. Ljungqvist A., Jenoure P., Engebretsen Лю, Alonso J.M. et al. The International Olympic Committee (IOC) Consensus Statement on periodic health evaluation of elite athletes // Br J Sports Med – 2009 – Vol. 43 – P. 631-643 (<http://sport.doktora.by/docs/konsensus-mok-po-medosmotram-eng.pdf>)
3. ГОСТ Р 56034-2014 ГОСТ Р 56034-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения (утвержден и введен в действие Приказом Росстандарта от 04.06.2014 N 503-ст)
(<http://docs.cntd.ru/document/1200110991>)
4. Курникова М.В. Физическое развитие и заболеваемость высококвалифицированных спортсменов подросткового возраста. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2008. ТОМ XV. N04

Перечень видов спорта их градация, предполагающая деление на две большие группы – водные и неводные виды.

Виды спорта			
Олимпийские			
№№	Водные	№№	Неводные
1	Академическая гребля	1	Бадминтон
2	Водное поло	2	Баскетбол
3	Гребля на байдарках и каноэ	3	Биатлон
4	Гребной слалом	4	Бобслей
5	Марафонское плавание (открытая вода)	5	Бокс
6	Парусный спорт	6	Велоспорт-ВМХ
7	Плавание	7	Велоспорт-маунтинбайк
8	Прыжки в воду	8	Велоспорт-трек
9	Художественное (синхронное) плавание	9	Велоспорт-шоссе
10	Современное пятиборье	10	Волейбол
11	Троеборье (триатлон)	11	Вольная борьба
		12	Гандбол
		13	Гольф
		14	Горнолыжный спорт
		15	Греко-римская борьба
		16	Дзюдо
		17	Кёрлинг
		18	Конный спорт – выездка
		19	Конный спорт – прыжки
		20	Конное троеборье
		21	Конькобежный спорт
		22	Легкая атлетика
		23	Лыжное двоеборье
		24	Лыжные гонки
		25	Настольный теннис

		26	Пляжный волейбол
		27	Прыжки на батуте
		28	Прыжки на лыжах с трамплина
		29	Регби
		30	Санный спорт
		31	Скелетон
		32	Сноуборд
		33	Спортивная гимнастика
		34	Стрельба (пулевая/стендовая)
		35	Стрельба из лука
		36	Теннис
		37	Тхэквондо
		38	Тяжелая атлетика
		39	Фехтование
		40	Фигурное катание на коньках
		41	Фристайл
		42	Футбол
		43	Хоккей на льду
		44	Хоккей на траве
		45	Художественная гимнастика
		46	Шорт-трек
Неолимпийские			
		1	Самбо – национальный вид спорта России.
		2	Нетбол