

**Федеральное медико-биологическое агентство
(ФМБА России)**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ ЛИЦ,
ВКЛЮЧАЯ СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ
(ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В
СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ
ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ**

Методические рекомендации

МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0015-2025/РАСМИРБИ

Москва

2025

Предисловие

1. Разработаны:

1.1. В Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России):

Директор – канд. мед. наук Жолинский А.В.

Куратор разработки – начальник организационно-исследовательского отдела, кандидат медицинских наук Фещенко В.С.

1.2. В Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов»:

Президент – главный внештатный специалист Минздрава России по спортивной медицине, докт. мед. наук, профессор Поляев Б.А.

1.3. Индивидуальным предпринимателем Вагановой Натальей Валерьевной.

2. Исполнители:

Поляев Борис Александрович – президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по спортивной медицине, заведующий кафедрой реабилитации, спортивной медицины и физической культуры педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор;

Жолинский Андрей Владимирович – директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», кандидат медицинских наук;

Парастаев Сергей Андреевич – заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», доктор медицинских наук, профессор;

Выходец Игорь Трифанович – член Комиссии по спортивному праву Ассоциации юристов России, доцент кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент, почетный спортивный судья;

Шогенова Людмила Владимировна – врач-пульмонолог Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства», доцент кафедры госпитальной терапии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, член Респираторного общества России, член Европейского респираторного общества, кандидат медицинских наук;

Альцева Елена Николаевна – врач-терапевт отделения спортивной медицины с дневным стационаром Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр

спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Фещенко Владимир Сергеевич – начальник организационно-исследовательского отдела Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», кандидат медицинских наук;

Додонов Сергей Владимирович – заведующий отделением спортивной медицины с дневным стационаром Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Завьялов Владимир Владимирович – врач по спортивной медицине отдела медицинского обеспечения спортивных сборных команд и соревнований Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Павлова Анна Александровна – врач по спортивной медицине отдела медицинского обеспечения спортивных сборных команд и соревнований Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Федоров Александр Николаевич – врач по спортивной медицине отдела медицинского обеспечения спортивных сборных команд и соревнований Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Хохлина Наталья Константиновна – научный сотрудник отдела научно-исследовательских услуг Федерального государственного бюджетного

учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Ваганова Наталья Валерьевна – врач по спортивной медицине, кандидат медицинских наук.

3. В настоящих методических рекомендациях реализованы требования Федеральных законов Российской Федерации:

- от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- от 4 декабря 2007 года № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

4. Утверждены Ученым советом ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (протокол от 13 февраля 2025 года № 55)

5. Введены впервые.

Оглавление

Предисловие.....	2
Введение.....	7
Область применения.....	8
Нормативные ссылки.....	8
Критерии допуска.....	11
Библиографические данные	63

Введение

Приведенная таблица предлагается к использованию профильными специалистами, работающими в медицинских организациях, реализующих функцию медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд. Использование предлагаемых подходов, сформированных с учетом современных способов диагностики и лечения, позволяет повысить эффективность охраны здоровья спортсменов.

В соответствии с действующими нормативными актами решение о допуске или недопуске по медицинским показаниям спортсмена к занятиям спортом принимается в индивидуальном порядке и основывается на результатах диагностики, оценки степени декомпенсации заболевания и наличии осложнений с участием профильного врача-специалиста, врача по спортивной медицине и других профильных специалистов, входящих в состав врачебных комиссий по проведению и утверждению результатов углубленных медицинских обследований.

Настоящие методические рекомендации являются вспомогательным документом, который могут учитывать специалисты, входящие в состав врачебных комиссий.



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ ЛИЦ,
ВКЛЮЧАЯ СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ
(ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В
СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ
ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ**

Методические рекомендации
МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0015-2025/РАСМИРБИ

1. Область применения

Методические рекомендации предназначены для специалистов, участвующих в мероприятиях медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд.

2. Нормативные ссылки

Настоящий документ разработан на основании рекомендаций и требований, следующих нормативных правовых актов и нормативных документов.

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 4 декабря 2007 года № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
3. Приказ ФМБА России от 08.09.2023 года № 178 «Об утверждении порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации».
4. Приказ ФМБА России от 05.04.2016 года № 49 «О противодействии применению допинга в спорте и борьбе с ним».
5. Приказ ФМБА России от 25 сентября 2020 года № 262 «Об утверждении Порядка оформления медицинских документов для запроса на терапевтическое использование запрещенной субстанции и (или) метода».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2020 г. № 1144н «Об утверждении порядка 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" (ГТО)" и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях».
7. Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 24 июня 2021 г. № 464 «Об утверждении Общероссийских антидопинговых правил».
8. Приказ Минздрава России от 19 февраля 2021 г. N 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».
9. Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью

четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

10. Рекомендации «Р» ФМБА России от 28 июня 2023 г. 1-2023 «Порядок разработки, изложения, представления на согласование и утверждение нормативных и методических документов, разрабатываемых научными организациями по заказу ФМБА России, в Комиссию Федерального медико-биологического агентства по рассмотрению нормативных и методических документов, разработанных при выполнении научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, осуществлении научно-технической и инновационной деятельности».

**КРИТЕРИИ ДОПУСКА ЛИЦ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ (ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В
СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ
ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Составленная с учетом актуализированного перечня видов спорта таблица отражает противопоказания к допуску спортсменов к тренировочному процессу и соревновательной деятельности, а также содержит алгоритмы возобновления спортивной деятельности при болезнях органов дыхания.

При лечении следует назначать и использовать препараты и методы, не входящие в Запрещённый список WADA, либо использовать процедуру запроса на терапевтическое использование (ТИ)!

Код МКБ-10 (при наличии)	Клинический диагноз	Учитываемые формы поражения с кодом МКБ-10 и МКБ-11	Рекомендации по допуску/недопуску к тренировочным мероприятиям и спортивным соревнованиям (с указанием сроков недопуска), а также с учетом вида спорта (спортивной дисциплины), возраста и пола	Дополнительные рекомендации по ограничению нагрузок, срокам возобновления тренировочной и соревновательной деятельности и др.	Дополнительные факторы, подлежащие учету, в том числе рекомендации по дальнейшей тактике лечения и профилактике	Код МКБ-11* (при наличии)
-----------------------------	---------------------	---	---	---	---	---------------------------

ГРИПП И ПНЕВМОНИЯ

J09	Грипп, вызванный выявленным вирусом зоонозного или пандемического гриппа		Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий, направленных на снижение выраженности констриктивного компонента (2–3 недели)	Ежедневно в течение всего периода реконвалесценции проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Возобновление тренировочного процесса	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и	1E31
-----	---	--	---	---	--	------

				возможно после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все симптомы, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, сроки которой определяются рекомендациями Роспотребнадзора, должна быть рассмотрена до зимнего сезона,	далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических нарушений, коррекции признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота,	
--	--	--	--	--	--	--

					молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом сезонного гриппа	- J10.0 Грипп с пневмонией, сезонный вирус гриппа идентифицирован Гриппозная (бронхо)пневмония, сезонный вирус гриппа идентифицирован - J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, сезонный вирус гриппа идентифицирован Грипп, сезонный вирус гриппа идентифицирован Гриппозная(ый): - острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей, сезонный вирус гриппа идентифицирован; - ларингит, сезонный вирус гриппа идентифицирован; - фарингит, сезонный вирус гриппа идентифицирован; - плевральный выпот, сезонный вирус гриппа идентифицирован. - J10.8 Грипп с другими проявлениями, сезонный вирус гриппа идентифицирован Гриппозный: - гастроэнтерит, сезонный вирус гриппа идентифицирован; После желудочно-кишечных инфекций спортсменов может вернуться к тренировкам, когда исчезли	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 недели. При наличии осложнений продолжительность недопуска определяется их локацией	В период реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения, направленные на снижение выраженности констриктивного компонента (2–3 недели), – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена разрешились все симптомы, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): - оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); - спирометрия; - определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); - определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); - определение уровня оксидативного стресса.	1E30 1E30\XN 5SG

		симптомы; показатели воспалительных маркеров крови, гематокрита, электролитов и ферментов печени являются нормальными (или явно уменьшаются) и масса тела в норме или приближается к норме после адекватной • миокардит (острый), сезонный вирус гриппа идентифицирован		должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, возможность которой должна быть рассмотрена до начала зимнего сезона, в соответствии со сроками, рекомендованными Роспотребнадзором. После желудочно-кишечных инфекций спортсмен может вернуться к тренировкам после исчезновения симптомов, нормализации (или выраженной тенденции к нормализации) гематологических маркеров воспаления, гематокрита, содержания электролитов и ферментов печени, а также массы тела. Спортсмены с диагностированным миокардитом могут вернуться к тренировкам, когда симптомы болезни полностью разрешились; ЭКГ в 12 отведениях нормализовалась, а при холтеровском мониторинге отсутствуют аритмии; лабораторные маркеры воспаления, повреждения (деструкции)	Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
--	--	--	--	--	--	--

				кардиомиоцитов и сердечной недостаточности в норме; оцененная при ЭхоКГ сердечная функция, движения стенок и размеры сердца в норме, как в покое, так и во время нагрузки. Спортсмены с изолированным перикардитом могут вернуться к тренировкам и соревнованиям, когда симптомы болезни исчезли; ЭКГ в 12 отведениях нормализовалась, аритмии при холтеровском мониторировании отсутствуют; сывороточные маркеры воспаления, повреждения кардиомиоцитов и сердечной недостаточности в норменет отклонений со стороны сердца и нет признаков выпота при эхокардиографии. Затем относительный ДОПУСК (ограничение интенсивности, продолжительности и кратности тренировок) на 3 месяца. Если миокардит прогрессирует в дилатационную кардиомиопатию или хроническое заболевание перикарда приводит к сужению его полости, спортсмены должны быть		
--	--	--	--	---	--	--

				отстранены от спортивной деятельности, т. е. НЕДОПУСК		
J11	Грипп, вирус не идентифицирован Включены: • грипп, упоминание об идентификации вируса отсутствует • вирусный грипп, упоминание об идентификации вируса отсутствует Исключены: вызванная(ый) Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева — Пфейффера]: • инфекция БДУ (A49.2) • менингит (G00.0) • пневмония (J14)	• J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован Гриппозная (бронхо)пневмония неуточненная или без упоминания об идентификации вируса • J11.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован Грипп БДУ. Гриппозная(ый): острая респираторная инфекция неуточненная верхних дыхательных путей, фарингит, ларингит, плевральный выпот, или вирус не идентифицирован • J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован Энцефалопатия, вызванная гриппом Гриппозный: неуточненный гастроэнтерит, миокардит (острый), или вирус не идентифицирован	Временный НЕДОПУСК на период лечения. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 нед.	В период реконвалесценции показаны ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все клинические симптомы, отмечена нормализация лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение	1E32

				течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, возможность которой должна быть рассмотрена до начала зимнего сезона, в соответствии со сроками, рекомендованными Роспотребнадзором	полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J12	Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках Включена: бронхопневмония, вызванная другими вирусами, отличными от вируса гриппа	• J12.0 Аденовирусная пневмония • J12.1 Пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом • J12.2 Пневмония, вызванная вирусом парагриппа • J12.3 Пневмония, вызванная человеческим метапневмовирусом • J12.8 Другая вирусная пневмония	Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления и окончания восстановительных мероприятий. Спортсмены, перенесшие пневмонию, должны быть проинформированы об увеличенном времени восстановления	В острый период (7–10 дней) проводятся ежедневные процедуры, направленные на снижение выраженности рестриктивного компонента: упражнения для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции вдоха. Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц):	CA40.1Z CA40.10 CA40.11 CA40.12 CA40.13 CA40.1Z CA40.1Z

		• J12.9 Вирусная пневмония неуточненная		изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения эластичности дыхательной мускулатуры (прежде всего межреберных мышц) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. В период реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения, направленные на снижение констриктивного компонента, – укрепление мышц верхних и нижних конечностей, мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. При возвращении к тренировочному процессу следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно	• оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями	
--	--	---	--	--	---	--

				увеличивать интенсивность тренировок. Перед возобновлением тренировок и при выходе на целевой уровень нагрузок рекомендовано этапное обследование (рентгенологическое исследование органов дыхания, компьютерная спирометрия – поток/объем), при отсутствии бронхоконстрикции и осложнений – ДОПУСК	(термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J13	Пневмония, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i>		Временный НЕДОПУСК до полного клиничко-лабораторного выздоровления и окончания восстановительных мероприятий. Спортсмены, перенесшие пневмонию, должны быть проинформированы об увеличенном времени восстановления	В острый период (7–10 дней) проводятся ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности рестриктивного компонента, – для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции вдоха). Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия;	CA40.07

				оптимизацией дыхательного цикла. Также показано использование дыхательных тренажеров, поскольку они способствуют увеличению эластичности дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшению функциональных показателей внешнего дыхания. Ежедневно в течение всего периода реконвалесценции проводятся упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно увеличивать интенсивность тренировок.	• определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней.	
--	--	--	--	---	--	--

				Перед возобновлением тренировок и при выходе на целевой уровень нагрузок рекомендовано этапное обследование (рентгенологическое исследование органов дыхания, компьютерная томография, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, спирометрия – поток/объем), при отсутствии бронхоконстрикции и осложнений – решение о ДОПУСКЕ		
J14	Пневмония, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> [палочкой Афанасьева – Пфейффера] Бронхопневмония, вызванная <i>H. influenzae</i>		Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления и окончания восстановительных мероприятий. Спортсмены, перенесшие пневмонию, должны быть проинформированы об увеличенном времени восстановления	В острый период (7–10 дней) проводятся ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции вдоха). Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия;	CA40.02

				оптимизацией дыхательного цикла. Также показано использование дыхательных тренажеров, поскольку они способствуют увеличению эластичности дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшению функциональных показателей внешнего дыхания. Ежедневно в течение всего периода реконвалесценции проводятся упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно увеличивать интенсивность тренировок.	• определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
--	--	--	--	---	---	--

				Перед возобновлением тренировок и при выходе на целевой уровень нагрузок рекомендовано этапное обследование (рентгенологическое исследование органов дыхания, компьютерная томография органов дыхания, ЭКГ, ЭХОкг, УЗИ почек, спирометрия – поток/объем), при отсутствии бронхоконстрикции и осложнений – решение о ДОПУСКЕ		
J15	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках Включена: бронхопневмония, вызванная другими, отличными от <i>S. pneumoniae</i> и <i>H. influenzae</i> , бактериями	• J15.0 Пневмония, вызванная <i>Klebsiella pneumoniae</i> • J15.1 Пневмония, вызванная <i>Pseudomonas</i> (синегнойной палочкой) • J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком • J15.3 Пневмония, вызванная стрептококком группы В • J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 нед. При наличии осложнений определяется их локацией. Спортсмены, перенесшие пневмонию, должны быть проинформированы об увеличенном времени восстановления	В период реконвалесценции показаны ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все клинические симптомы,	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия;	CA40.0Z CA40.03 CA40.05 CA40.06 CA40.08 CA40.0Z

				достигнута нормализация лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно увеличивать интенсивность тренировок	• определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней.	
--	--	--	--	--	---	--

J16	Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках Исключены: • орнитоз (<u>A70</u>) • пневмоцистоз B59 • пневмония: ○ БДУ (<u>J18.9</u>) ○ врожденная (<u>P23.-</u>)	• J16 Пневмония, вызванная хламидиями • J16.8 Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными возбудителями	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 нед. При наличии осложнений продолжительность недопуска определяется их локацией. Спортсмены, перенесшие пневмонию, должны быть проинформированы об увеличенном времени восстановления	В период реконвалесценции показаны ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все клинические симптомы, достигнута нормализация лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц.	CA40.Z CA40.Z
-----	---	---	---	---	--	-----------------------------

				увеличивать интенсивность тренировок	В дополнение к вышеозначенному перечню методов динамического контроля – определение содержания в крови общего IgE в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J17	Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках	• J17.0* Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках Пневмония при: • актиномикозе (A42.0†) • сибирской язве (A22.1†)	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 нед.	В период реконвалесценции показаны ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно	CA40.Z CA40.OZ

		• гонорее (A54.8†) • нокардиозе (A43.0†) • сальмонеллезе (A02.2†) • туляремии (A21.2†) • брюшном тифе (A01.0†) • коклюше (A37.-†) • J17.2* Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках Пневмония при: • цитомегаловирусной болезни (B25.0†) • кори (B05.2†) • краснухе (B06.8†) • ветряной оспе (B01.2†) • J17.2* Пневмония при микозах Пневмония при: • аспергиллезе (B44.0-B44.1†) • кандидозе (B37.1†) • кокцидиоидомикозе (B38.0-B38.2†) • гистоплазмозе (B39.-†) • J17.3* Пневмония при паразитарных болезнях Пневмония при: • аскаридозе (B77.8†) • шистосомозе (B65.-†) • токсоплазмозе (B58.3†) • J17.8* Пневмония при других болезнях, классифицированных в других рубриках Пневмония при: • орнитозе (A70†) • лихорадке Ку (A78†) • ревматической лихорадке (I00†)	При наличии осложнений продолжительность недопуска определяется их локацией	укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все клинические симптомы, достигнута нормализация лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно увеличивать интенсивность тренировок	проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. В дополнение к вышеозначенному перечню методов динамического контроля – определение содержания в крови общего IgE в течение	CA40.Z CA40.2Z CA40.Z CA40.Z
--	--	---	--	--	---	--

		спирохетозе, не классифицированная в других рубриках (A69.8†)			полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J18	Пневмония без уточнения возбудителя	- J18.0 Бронхопневмония неуточненная - J18.1 Долевая пневмония неуточненная - J18.2 Гипостатическая пневмония неуточненная - J18.8 Другая пневмония, возбудитель не уточнен - J18.9 Пневмония неуточненная	Временный НЕДОПУСК на период лечения. В случае неосложненного гриппа продолжительность восстановления – 1–2 нед. При наличии осложнений продолжительность недопуска определяется их локацией	В период реконвалесценции показаны ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц):	CA40.Z

				на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно только после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все клинические симптомы, достигнута нормализация лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. При возобновлении тренировочного процесса следует в первые 2 недели постепенно увеличить объем тренировок за счет их продолжительности, а в следующие 2 недели – за счет кратности; затем в течение 2 недель можно увеличивать интенсивность тренировок	• оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями	
--	--	--	--	---	--	--

					(термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ						
J20	Острый бронхит Включены: • бронхит: • БДУ у лиц моложе 15 лет • острый и подострый (с): • бронхоспазм • фибринозный • пленчатый • гнойный • септический • трахеитом • трахеобронхит - острый		Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий, направленных на снижение выраженности констриктивного компонента (1–2 недели)	Ежедневно в течение всего периода реконвалесценции проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для укрепления мышц верхних конечностей проводятся упражнения с гантелями (весом до 1,5 кг) и спортивными палками (весом до 500 г). Для укрепления мышц нижних конечностей используются упражнения с мячом, ходьба на тредмиле и балансировочные упражнения на стабильной и нестабильной опорных платформах. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения силы	Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней. Возможно также продолжение ингаляционной терапии и при возобновлении тренировок	CA42.Z

				дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Для возобновления тренировочного процесса у спортсмена должны отсутствовать все клинические проявления, должна быть достигнута нормализация лабораторных маркеров воспаления, восстановлен газообмен и показатели кардиоваскулярной и респираторной систем. При восстановлении бронхиальной проходимости тренировки должны начинаться с проведения в течение 2–3 дней упражнений легкой интенсивности и затем постепенно увеличиваться в последующие несколько дней с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуском к соревнованиям		
J21	Острый бронхит Включен: с бронхоспазмом	• J21.0 Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом • J21.1 Острый бронхит, вызванный человеческим метапневмовирусом (human metapneumovirus)	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий с последующим обследованием	В течение острого периода заболевания проводятся ежедневные процедуры, направленные на снижение выраженности рестриктивного компонента: упражнения для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных	CA41.Z CA41.0 CA41.Z

		• J21.8 Острый бронхолит, вызванный другими уточненными агентами • J21.9 Острый бронхолит неуточненный Бронхолит (острый)		совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции вдоха. Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения эластичности дыхательной мускулатуры (прежде всего межреберных мышц) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. В период реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения, направленные на снижение констриктивного компонента, – укрепление мышц верхних и нижних конечностей, мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для решения вопроса о возможности возобновления тренировочного процесса необходимо проведение	обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных	CA41.Z CA41.Z
--	--	--	--	---	--	-----------------------------

				компьютерной спирометрии (поток/объем) и в случае бронхоспазма (гиперреактивности бронхов) – динамическое наблюдение с последующим допуском или направлением на фармакологические пробы. При отсутствии бронхоспазма тренировки должны начинаться с упражнений легкой интенсивности в течение 2–3 дней с постепенным увеличением их в течение 1–2 недель	мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней. Возможно также продолжение ингаляционной терапии и при возобновлении тренировок	
J22	Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная Острая респираторная инфекция (нижних дыхательных путей) БДУ		Временный НЕДОПУСК на период лечения	Для решения вопроса о возможности возобновления тренировочного процесса необходимо проведение компьютерной спирометрии (поток/объем) и в случае бронхоспазма (гиперреактивности бронхов) – динамическое наблюдение с последующим допуском или направлением на фармакологические пробы. При отсутствии бронхоспазма тренировки должны начинаться с упражнений легкой интенсивности в течение 2–3 дней с постепенным увеличением их в течение 1–2 недель	Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов –	CA4Z

					персонализированный, в течение 10–14 дней. Возможно также продолжение ингаляционной терапии и при возобновлении тренировок	
ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ						
J40	Бронхит, не уточненный как острый или хронический Примечание: бронхит, не уточненный как острый или хронический, у лиц моложе 15 лет может рассматриваться как острый по своему характеру и его следует относить к рубрике J20.-. Включены: - Бронхит: - о БДУ - о катаральный - о с трахеитом БДУ - Трахеобронхит БДУ	- J41.0 Простой хронический бронхит - J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит - J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит - J42 Хронический бронхит неуточненный Включено: Хронический: - о бронхит БДУ - о трахеит - о трахеобронхит	Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	Проводимые в период реконвалесценции восстановительные мероприятия направлены на снижение выраженности констриктивного компонента (1–2 недели): ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для укрепления мышц верхних конечностей проводятся упражнения с гантелями (весом до 1,5 кг) и спортивными палками (весом до 500 г). Для укрепления мышц нижних конечностей используются упражнения с мячом, ходьба на тредмиле и балансировочные упражнения на стабильной и нестабильной опорных платформах. Все упражнения выполняются в	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей ежедневно, муколитическая терапия, физиопроцедуры для улучшения дренажной функции легких. Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов,	CA20.Z CA20.10 CA20.11 CA20.12 CA20.1Z

				индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения силы дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Для возобновления тренировочного процесса спортсмен не должен иметь клинических проявлений заболевания; при проведении оценки ФВД – отсутствие бронхоконстрикции (спазма), нормализация лабораторных маркеров воспаления (WBC) или выраженная тенденция к нормализации со значительным уменьшением их в течение последних дней наблюдения. При восстановлении бронхиальной проходимости тренировки должны начинаться с проведения в течение 2–3 дней упражнений легкой интенсивности и затем постепенно увеличиваться в последующие несколько дней с постепенным вхождением в полный объем	капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим	
--	--	--	--	--	---	--

				тренировочного процесса и допуском к соревнованиям	дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J41	Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит	• J41.0 Простой хронический бронхит • J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит • J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит	Вне обострения – ДОПУСК. При обострении – временный НЕДОПУСК до полного исчезновения клинических и лабораторных признаков заболевания	Проводимые в период реконвалесценции восстановительные мероприятия направлены на снижение выраженности констриктивного компонента (1–2 недели): ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для укрепления мышц верхних конечностей проводятся упражнения с гантелями (весом до 1,5 кг) и спортивными палками (весом до 500 г). Для укрепления мышц нижних конечностей используются упражнения с мячом, ходьба на тредмиле и балансировочные упражнения на стабильной и нестабильной опорных платформах. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей ежедневно, муколитическая терапия, физиопроцедуры для улучшения дренажной функции легких. Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия;	CA20.Z CA20.10 CA20.11 CA20.12

				для увеличения силы дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Для возобновления тренировочного процесса спортсмен не должен иметь клинических проявлений заболевания; при проведении оценки ФВД – отсутствие бронхоконстрикции (спазма), нормализация лабораторных маркеров воспаления (WBC) или выраженная тенденция к нормализации со значительным уменьшением их в течение последних дней наблюдения. При восстановлении бронхиальной проходимости тренировки должны начинаться с проведения в течение 2–3 дней упражнений легкой интенсивности и затем постепенно увеличиваться в последующие несколько дней с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуском к соревнованиям	• определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
--	--	--	--	---	---	--

J42	Хронический бронхит неуточненный Включены: Хронический: • бронхит БДУ • трахеит • трахеобронхит Исключены: Хронический(ая): • астматический бронхит (J44.-) • бронхит: ○ простой и слизисто-гнойный (J41.-) ○ с закупоркой дыхательных путей (J44.-) • эмфизематозный бронхит (J44.-) • обструктивная легочная болезнь БДУ (J44.9)		Вне обострения – ДОПУСК. При обострении – временный НЕДОПУСК до полного исчезновения клинико-лабораторных симптомов	Проводимые в период реконвалесценции восстановительные мероприятия направлены на снижение выраженности констриктивного компонента (1–2 недели): ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для укрепления мышц верхних конечностей проводятся упражнения с гантелями (весом до 1,5 кг) и спортивными палками (весом до 500 г). Для укрепления мышц нижних конечностей используются упражнения с мячом, ходьба на тредмиле и балансировочные упражнения на стабильной и нестабильной опорных платформах. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Для возобновления тренировочного процесса спортсмен не должен иметь клинических проявлений; при проведении оценки ФВД – отсутствие	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей ежедневно, муколитическая терапия. Физиопроцедуры для улучшения дренажной функции легких. Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂);	CA20.1Z
-----	---	--	---	---	--	---------

				бронхоконстрикции (спазма), нормализация лабораторных маркеров воспаления (WBC) или выраженная тенденция к нормализации со значительным уменьшением в течение последних дней наблюдения. При восстановлении бронхиальной проходимости тренировки должны начинаться с проведения в течение 2–3 дней упражнений легкой интенсивности и затем постепенно увеличиваться в последующие несколько дней с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуском к соревнованиям	- определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H^+); - определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
J43	Эмфизема	- J43.0 Синдром Мак – Леода - J43.1 Панлобулярная эмфизема - J43.2 Центрилобулярная	Решение вопроса о ДОПУСКЕ – с учетом клинической симптоматики, течения, специфики вида спорта, спортивной	В течение 2–3 недель поводятся ежедневные процедуры, направленные на снижение выраженности		CA21.Z CA21.0 CA21.1

		эмфизема • J43.8 Другая эмфизема • J43.9 Эмфизема (легкого) (легочная): БДУ Буллезная Везикулярная Эмфизематозный пузырек	квалификации (врачебная комиссия)	рестриктивного компонента: упражнения для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции вдоха. Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения эластичности дыхательной мускулатуры (прежде всего межреберных мышц) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Рекомендованы также упражнения, направленные на снижение констриктивного компонента, – укрепление мышц верхних и нижних конечностей, мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха	CA21.Z CA21.Z
--	--	---	--	--	-----------------------------

J44	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь Включены: хронический(ая): • бронхит: • астматический (обструктивный) • эмфизематозный • с: • закупоркой дыхательных путей • эмфиземой • обструктивная(ый) • астма • бронхит • трахеобронхит Исключены: • астма (J45.-) • астматический бронхит БДУ (J45.9) • бронхоэктазия (J47) • хронический: • трахеит (J42) • трахеобронхит (J42) • эмфизема (J43.-) • болезни легкого, вызванные внешними агентами (J60–J70)	• J44.0 Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей • J44.1 Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная • J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь Хронический бронхит: • астматический (обструктивный) БДУ • эмфизематозный БДУ • обструктивный БДУ • J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная Хроническая обструктивная: • болезнь дыхательных путей БДУ • болезнь легкого БДУ	Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановительных мероприятий, направленных на снижение выраженности констриктивного компонента (1–2 недели)	В течение всего периода реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха. Для укрепления мышц верхних конечностей проводятся упражнения с гантелями (весом до 1,5 кг) и спортивными палками (весом до 500 г). Для укрепления мышц нижних конечностей используются упражнения с мячом, ходьба на тредмиле и балансировочные упражнения на стабильной и нестабильной опорных платформах. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Показано использование дыхательных тренажеров для увеличения силы дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Возобновление тренировочного процесса	Наличие ХОБЛ – это фактор риска досрочного окончания спортивной карьеры	CA22.Z CA22.1 CA22.0 CA22.Z CA22.Z
-----	---	--	---	--	---	--

				дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. При отсутствии тяжелых приступов в течение 2 лет и более, но сохраняющейся измененной реактивности бронхов возможен допуск к занятиям отдельными видами спорта; не рекомендуются виды спорта, направленные на развитие выносливости: плавание (открытая вода), зимние виды спорта, а также виды спорта, занятия которыми проходят в залах и которые связаны с использованием талька, канифоли и т. д. Медикаментозное лечение БА у спортсменов должно соответствовать стандартным рекомендациям с индивидуализированным подходом. Ключевыми вопросами у элитных спортсменов являются профилактика и лечение бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой. Любые лекарства, прописанные спортсмену, должны соответствовать правилам ВАДА.	спазма дыхательных путей, возникающий через несколько минут после значительной физической нагрузки	
--	--	--	--	---	---	--

				Спортсмены должны декларировать прием противоастматических препаратов и иметь медицинское заключение. Спортсменов следует ориентировать на регулярный и неопределенно длительный прием препаратов. Они должны знать, что лекарственные препараты не излечивают БА и в случае их отмены в течение недель или месяцев происходит ухудшение состояния. Программа лечения и профилактики БА у элитных спортсменов должна быть индивидуализирована. Выявление факторов, провоцирующих БА и по возможности уменьшение их воздействия, а также дифференцированное лечение позволяют достигать наилучших результатов		
J46	Астматический статус [status asthmaticus] Острая тяжелая астма		НЕДОПУСК			CA23
J47	Бронхоэктазия Бронхиолэктазы		Индивидуальное решение. Допуск после достижения клинико-лабораторной ремиссии	Пациентам с бронхоэктазами рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой с целью улучшения эвакуации мокроты, укрепления дыхательной	Необходимо стимулировать пациентов заниматься динамическими видами спорта, связанными с нагрузками средней	CA24

				мускулатуры	интенсивности, особенно сопряжёнными с пребыванием на свежем воздухе. Физические упражнения облегчают очищение поражённых участков от мокроты и развивают дыхательную и общую мускулатуру	
ДРУГИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ БОЛЕЗНИ, ПОРАЖАЮЩИЕ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНУЮ ТКАНЬ						
J80	Синдром респираторного расстройства [дистресса] у взрослого Болезнь гиалиновых мембран у взрослого		НЕДОПУСК			CB00
J81	Легочный отек Острый отек легкого Легочный застой (пассивный)		НЕДОПУСК			CB01
J82	Легочная эозинофилия, не классифицированная в других рубриках Эозинофильная астма Пневмония Леффлера Тропическая (легочная) эозинофилия БДУ		НЕДОПУСК			CB02.Z
J84	Другие интерстициальные легочные болезни	• J84.0 Альвеолярные и парието-альвеолярные нарушения • J84.1 Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе	НЕДОПУСК			CB0Z CB03.2 CB03.3 CB04.4

		Диффузный легочный фиброз • Фиброзирующий альвеолит (криптогенный) • Синдром Хаммена – Рича • Идиопатический легочный фиброз • Обычная интерстициальная пневмония				CB0Z
ГНОЙНЫЕ И НЕКРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ						
J85	Абсцесс легкого и средостения	• J85.0 Гангрена и некроз легкого • J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией • J85.2 Абсцесс легкого без пневмонии • J85.3 Абсцесс средостения	Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	В острый период (7–10 дней) проводятся ежедневные упражнения, направленные на уменьшение выраженности рестриктивного компонента, – для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции вдоха). Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Также показано использование дыхательных тренажеров, поскольку они способствуют увеличению	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺);	CA43.Z CA43.0 CA41.1 CA43.2 CA43.3

				эластичности дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшению функциональных показателей внешнего дыхания. В течение всего периода реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения, направленные на уменьшение выраженности констриктивного компонента, – для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц – совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно после полного разрешения клинических и нормализации гематологических, кардиологических и респираторных показателей. Следует начинать с тренировок от легкой до умеренной интенсивности в течение первых 2–3 дней занятий, затем постепенно вернуться к уровню нагрузок до заболевания	определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических нарушений, коррекции признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
--	--	--	--	--	---	--

J86	Пиоторакс	• J86.0 Пиоторакс с фистулой • J86.9 Пиоторакс без фистулы	Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	В острый период (7–10 дней) проводятся ежедневные упражнения для увеличения эластичности мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции вдоха). Активно применяются дренажные положения с включением упражнений в изометрическом и медленном динамическом режимах для верхних и нижних конечностей. Все упражнения выполняются в индивидуальном режиме с оптимизацией дыхательного цикла. Также показано использование дыхательных тренажеров, поскольку они способствуют увеличению эластичности дыхательной мускулатуры (межреберных мышц и диафрагмы) и улучшению функциональных показателей внешнего дыхания. Ежедневно в течение всего периода реконвалесценции проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и		CA44
------------	------------------	---	---	--	--	------

				межреберных мышц совместно с дыхательной гимнастикой (упражнения, направленные прежде всего на улучшение функции выдоха). Возобновление тренировочного процесса возможно после полного разрешения клинических и нормализации гематологических, кардиологических и респираторных показателей. Начинать следует с тренировок от легкой до умеренной интенсивности в течение первых 2–3 дней занятий, затем постепенно вернуться к уровню нагрузок до заболевания		
ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ПЛЕВРЫ						
J90	Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках Плеврит с выпотом		Решение вопроса о ДОПУСКЕ – с учетом клинической симптоматики, течения, специфики вида спорта, спортивной квалификации (врачебная комиссия)	В течение всего периода реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных мышц совместно с дыхательными упражнениями для улучшения функции выдоха		CB27
J91*	Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках		Решение вопроса о ДОПУСКЕ – с учетом клинической симптоматики, течения, специфики вида спорта, спортивной квалификации (врачебная комиссия)	В течение всего периода реконвалесценции ежедневно проводятся упражнения для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, а также мышц живота и межреберных		CB27

				мышц совместно с дыхательными упражнениями, для улучшения функции выдоха		
J92	Плевральная бляшка Включено: плевральное утолщение		Решение вопроса о ДОПУСКЕ – с учетом клинической симптоматики, течения, специфики вида спорта, спортивной квалификации (врачебная комиссия)			CB20
J93	Пневмоторакс	• J93.0 Спонтанный пневмоторакс напряжения • J93.1 Другой спонтанный пневмоторакс • J93.8 Другой пневмоторакс • J93.9 Пневмоторакс неуточненный	Временный НЕДОПУСК на время лечения	После установления этиологии пневмоторакса – проведение инструментальных методов исследования. После ликвидации пневмоторакса проведение исследования ФВД с последующим решением о ДОПУСКЕ к тренировочному процессу (врачебная комиссия). Возобновление тренировочного процесса возможно после полного разрешения клинических и нормализации гематологических, кардиологических и респираторных показателей. Начинать следует с тренировок от легкой до умеренной интенсивности в течение первых 2–3 дней занятий, затем постепенно вернуться к уровню нагрузок до заболевания	После хирургического лечения тренировочный процесс следует начинать через 1 месяц – легкие аэробные нагрузки с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуском к соревнованиям. Спортсмены определенных спортивных специализаций (подводный, парашютный спорт), которые подвергаются воздействию повышенного барометрического давления: в таких случаях целесообразно выполнение профилактической операции – торакоскопической плеврэктомии	CB21.Z CB21.0 CB21.1 CB21.Z CB21.Z

J94	Другие поражения плевры	• J94.0 Хилусный выпот Хилоподобный выпот • J94.1 Фиброторакс • J94.2 Гемоторакс • Гемопневмоторакс • J94.8 Другие уточненные плевральные состояния Гидроторакс	Временный НЕДОПУСК на время лечения	После установления этиологии пневмоторакса – проведение инструментальных методов исследования. После ликвидации пневмоторакса – проведение исследования ФВД с последующим решением о допуске к тренировочному процессу. Возобновление тренировочного процесса возможно после полного разрешения клинических и нормализации гематологических, кардиологических и респираторных показателей. Начинать следует с тренировок от легкой до умеренной интенсивности в течение первых 2–3 дней занятий, затем постепенно вернуться к уровню нагрузок до заболевания	После хирургического лечения тренировочный процесс следует начинать через 1 месяц – легкие аэробные нагрузки с постепенным вхождением в полный объем тренировочного процесса и допуском к соревнованиям. Водные виды спорта (где требуется изменение внешнего давления) – в этих случаях целесообразно выполнение профилактической операции – торакоскопической плеврэктомии	CB2Z CB24 CB25 CB26 CB2Z
ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ						
J95	Респираторные нарушения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках Исключены: • эмфизема (подкожная) постпроцедурная (T81.8) • легочные проявления,	• J95.0 Нарушение функционирования трахеостомы Кровотечение из трахеостомы Закупорка трахеостомного дыхательного пути Сепсис трахеостомы Трахеопищеводный свищ вследствие трахеостомии • J95.1 Острая легочная недостаточность после торакального оперативного вмешательства	НЕДОПУСК			CB60 CB41.OZ CB41.OZ

	вызванные радиацией (J70.0–J70.1)	• J95.2 Острая легочная недостаточность после неторакального оперативного вмешательства • J95.3 Хроническая легочная недостаточность вследствие операции • J95.4 Синдром Мендельсона • Химический пневмонит вследствие аспирации во время анестезии • J95.5 Стеноз под собственным голосовым аппаратом после медицинских процедур • J95.8 Другие респираторные нарушения после медицинских процедур • J95.9 Респираторное нарушение после медицинских процедур неуточненное				CB61 CA72 CB62
J96	Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках Следующие дополнительные коды используются факультативно с кодами категории J96: • 0 Тип I [гипоксическая] • 1 Тип II [гиперкапническая]	• J96.0 Острая респираторная недостаточность • J96.1 Хроническая респираторная недостаточность • J96.9 Респираторная недостаточность неуточненная	НЕДОПУСК			CB41 CB41.0Z CB41.1Z CB41.2Z

		Обызвествление легкого Кистозная болезнь легкого (приобретенная) Болезнь легкого БДУ Пульмолитиаз				CB40
		• J98.5 Болезни средостения, не классифицированные в других рубриках Фиброз средостения Грыжа средостения Смещение средостения Медиастинит Исключен: абсцесс средостения (J85.3)				CB22.Z
		• J98.6 Болезни диафрагмы Диафрагмит Паралич диафрагмы Релаксация диафрагмы Исключены: • врожденный дефект диафрагмы НКДР (Q79.1) • диафрагмальная грыжа (K44.-) ○ врожденная (Q79.0)				CB23
		• J98.7 Инфекции дыхательных путей, не классифицированные в других рубриках Инфекции дыхательных путей, не указанные как острые, хронические, нижние или верхние				CA45
		• J98.8 Другие уточненные респираторные нарушения				
		• J98.9 Респираторное нарушение неуточненное Респираторное заболевание (хроническое) БДУ				CB40

						CB7Z
J99*	Респираторные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках	• J99.0* Ревматоидная болезнь легкого (M05.1†) Ревматоидная болезнь легкого (M05.1†) • J99.1* Респираторные нарушения при других диффузных нарушениях соединительной ткани при: • дерматомиозите (M33.0-M33.1†) • полимиозите (M33.2†) • синдроме сухости [Шегрена] (M35.0†) • системной(ом): ○ красной волчанке (M32.1†) ○ склерозе (M34.8†) • гранулематозе Вегенера (M31.3†) • J99.8* Респираторные нарушения при других болезнях, классифицированных в других рубриках при: • амебиазе (A06.5†) • анкилозирующем спондилите (M45†) • криоглобулинемии (D89.1†) • споротрихозе (B42.0†) • сифилисе (A52.7†)	НЕДОПУСК			CB40 CB05.1\ FA20 CB40 CB40
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ						
	COVID-19, вирус идентифицирован Код используется в случае подтверждения COVID-19 лабораторными исследованиями, независимо от тяжести клинических признаков или симптомов. При необходимости указать		Бессимптомное течение – временный НЕДОПУСК на 14 дней с момента получения положительного результата ПЦР-теста. Легкое течение – временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики и	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей ежедневно, муколитическая терапия, физиопроцедуры	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в	R01.0

	пневмонию или другие проявления инфекции – дополнительный код. Исключены: • Коронавирусная инфекция неуточненная (B34.2); • Коронавирус как причина болезней, классифицированных в других рубриках (B97.2); Тяжелый острый респираторный синдром (ОРВИ) неуточненный (U04.9).		последующего наблюдения в течение как минимум 14 дней. На 15-й день для исключения поражения миокарда – определение Тропонина I высокочувствительным методом, ЭКГ и ЭхоКГ; по показаниям (в случае выявления лабораторных и инструментальных отклонений) – МРТ сердца, холтеровское мониторирование, велоэргометрия. При отсутствии признаков миокардита постепенное возобновление тренировочной активности. При уровне Тропонина I выше 99-го перцентиля или при изменениях на ЭКГ/ЭхоКГ – лечение по актуальным клиническим протоколам для миокардита; после нормализации клинико-лабораторной и инструментальной картины – коллегиальное (врачебная комиссия с привлечением кардиолога) решение вопроса о ДОПУСКЕ. Среднетяжелое и тяжелое течение – определение в условиях стационара Тропонина I высокочувствительным	для улучшения дренажной функции легких. Возобновление тренировочного процесса возможно после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все симптомы, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, сроки которой определяются рекомендациями Роспотребнадзора	динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно	
--	---	--	---	--	--	--

			методом и визуализация кардиальной патологии (МРТ или мультиспиральная КТ). При отсутствии выраженных сдвигов – временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики, а также на 14 дней после ее разрешения. В случае выявления высоких значений Тропонина I и/или верифицирующих инструментальных признаков миокардита – дальнейшее ведение в соответствии с актуальными клиническими протоколами по данному заболеванию. После разрешения клинико-инструментальных проявлений миокардита и нормализации результатов лабораторного тестирования – коллегиальное (врачебная комиссия с привлечением кардиолога) решение вопроса о допуске		применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
U07.2	COVID-19, вирус не идентифицирован Код используется, если COVID-19 диагностирован клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования		Легкое течение – временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики и последующего наблюдения в течение как минимум 14 дней с	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно	R01.1

	неубедительны или недоступны. При необходимости указать пневмонию или другие проявления инфекции – дополнительный код. Исключены: • Коронавирусная инфекция неуточненная (B34.2); • COVID-19: • подтверждено лабораторными испытаниями (U07.1) • специальный скрининг-осмотр (Z11.5) подозревался, но исключен отрицательными лабораторными результатами (Z03.8).		последующим возобновлением тренировочной активности. Среднетяжелое и тяжелое течение – определение в условиях стационара Тропонина I высокочувствительным методом и визуализация кардиальной патологии (МРТ или мультиспиральная КТ). При отсутствии выраженных сдвигов – временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики, а также на 14 дней после ее разрешения. В случае выявления высоких значений Тропонина I и/или верифицирующих инструментальных признаков миокардита – дальнейшее ведение в соответствии с актуальными клиническими протоколами по данному заболеванию. После разрешения клинико-инструментальных проявлений миокардита и нормализации результатов лабораторного тестирования – коллегиальное (врачебная комиссия с привлечением	ежедневно, муколитическая терапия, физиопроцедуры для улучшения дренажной функции легких. Возобновление тренировочного процесса возможно после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все симптомы, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, сроки которой определяются рекомендациями Роспотребнадзора	проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия; • определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и	
--	--	--	---	---	---	--

			кардиолога) решение вопроса о ДОПУСКЕ: ДОПУСК возможен при условии отсутствия отклонений функции внешнего дыхания; в случае их наличия – НЕДОПУСК		последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
U09.9	Состояние после COVID-19 неуточненное Необязательный код, позволяющий установить связь с COVID-19. Не подлежит использованию в случаях присутствия возбудителя COVID-19 в организме. Постковидное состояние. Постковидный синдром		Временный НЕДОПУСК на период обследования и лечения. Вне зависимости от выраженности клинической симптоматики – определение Тропонина I высокочувствительным методом, ЭКГ и ЭхоКГ; в случае выявления патологических отклонений – МРТ/МСКТ сердца, холтеровское мониторирование, определение лабораторных маркеров воспаления (ИЛ-8, ФНО-альфа). При отсутствии выраженных сдвигов – временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики, а также на 21-й день после ее разрешения. В случае выявления высоких	В ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий показано проведение санационной терапии верхних дыхательных путей ежедневно, муколитическая терапия, физиопроцедуры для улучшения дренажной функции легких. Возобновление тренировочного процесса возможно после полной негативации симптомов, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их	Для оптимизации тактики ведения пациентов в случае стационарного лечения (тяжелое течение, осложнения) целесообразно проведение комплекса дополнительных обследований в динамике – при поступлении/выписке и далее не менее 1 раза (через 1 месяц): • оценка состояния сосудистого русла (анализ ригидности сосудов, капилляроскопия ногтевого ложа или бульбарного ложа конъюнктивы глаза); • спирометрия;	R02

			значений Тропонина I и/или верифицирующих инструментальных признаков миокардита – дальнейшее ведение в соответствии с актуальными клиническими протоколами по миокардиту. После разрешения клинико-инструментальных проявлений миокардита и нормализации результатов лабораторного тестирования – коллегиальное (врачебная комиссия с привлечением кардиолога) решение вопроса о ДОПУСКЕ: ДОПУСК возможен при условии отсутствия отклонений функции внешнего дыхания; в случае их наличия – НЕДОПУСК	продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4-х недель. В качестве профилактической меры – вакцинация спортсменов, сроки которой определяются рекомендациями Роспотребнадзора.	• определение состава выдыхаемого воздуха (NO, H₂); • определение уровня лактата крови и концентрации ионов водорода (H⁺); • определение уровня оксидативного стресса. Динамический контроль содержания в крови ферритина и D-димера в течение полугода, с кратностью 1 раз в месяц. Для коррекции гипоксемии, метаболических сдвигов, признаков нарушения функции эндотелия и оксидативного стресса в ходе лечения и последующих восстановительных мероприятий возможно применение ингаляционной терапии медицинскими газовыми смесями (термический гелиокс, оксид азота, молекулярный водород); режим дозирования медицинских газов – персонализированный, в течение 10–14 дней	
--	--	--	---	--	--	--

U10.9	Мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19, неуточненный Код, имеющий связь по времени с COVID-19: • цитокиновый шторм; • синдром Кавасаки; • мультисистемный воспалительный синдром у детей (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, MIS-C); • детский воспалительный мультисистемный синдром (Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome, PIMS). Исключен: слизисто-кожный лимфонулярный синдром [Кавасаки] (M30.3).		НЕДОПУСК			RA03
U12.9	Побочные эффекты при терапевтическом применении вакцины против COVID-19 неуточненные Код внешней причины (подкатегория раздела Y59 «Другие и неуточненные вакцины и биологические вещества»). В дополнение необходим код из другой главы классификации, указывающий на характер неблагоприятного воздействия.		Временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики			-

	Правильное введение вакцины COVID-19 при профилактическом терапевтическом применении как причина любого неблагоприятного эффекта					
В34.2	Коронавирусная инфекция неуточненной локализации Исключено: • тяжелый острый респираторный синдром [SARS] (U04.9) • COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1) • COVID-19, вирус не идентифицирован (U07.2)	Сочетание респираторного и гастроинтестинального синдромов легкого, среднетяжелого и тяжелого течения	Временный НЕДОПУСК на период существования симптоматики и последующего наблюдения в течение как минимум 7 дней при легком течении, 14 дней – при среднетяжелом, 21 дня – при тяжелом, с последующим возобновлением тренировочной активности	Возобновление тренировочного процесса возможно после полного излечения заболевания, что означает, что у спортсмена отсутствуют все симптомы, включая достижение нормализации лабораторных маркеров воспаления, газообмена, показателей кардиоваскулярной и респираторной систем. Тренировки следует начинать с увеличения их продолжительности и кратности в течение 1-й недели, затем – интенсивности, которая должна быть умеренной в течение первых 2–3 недель и может быть постепенно увеличена в течение 4 недель		--

Библиографические данные

УДК 61:796/799

Ключевые слова: СПОРТ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ,
ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ СПОРТСМЕНЫ, ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА,
ПАТОЛОГИЯ, ДОПУСК К СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.