

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ»

ГРНТИ 76.35.41

УДК 61:796/799

УТВЕРЖДАЮ

Президент

_____ Б.А. Поляев

« _____ » _____ 2020 г.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПАМЯТКА ДЛЯ ТРЕНЕРА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ
ПО КОРРЕКТИРОВКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У СПОРТСМЕНОВ
ПРИ БОЛЕЗНЯХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ
СИСТЕМЫ (ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА) С УЧЕТОМ ВИДА
СПОРТА**

ПО ТЕМЕ

**«Разработка методических рекомендаций по критериям допуска лиц к
занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в
соответствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом,
полом при болезнях и патологических состояниях костно-мышечной
системы (опорно-двигательного аппарата)»**

(шифр – «Опора-20»)

Государственный контракт № 128.001.20.14 от 02 июня 2020 года

Москва-2020

В процессе реализации мероприятий Единого Календарного Плана необходимо учитывать два взаимосвязанных аспекта: с одной стороны, даже незначительные проявления любого заболевания могут привести к снижению ожидаемого спортивного результата, а с другой – воздействие физических нагрузок, даже малой интенсивности и продолжительности на организм, пораженный патологическим процессом (вне зависимости от его природы и локализации), может привести к развитию осложнений и, следовательно, нанести серьезный вред здоровью спортсмена.

По данным Минздрава РФ, около 10% спортсменов, прошедших углубленное медицинское обследование, не допускаются к тренировкам по состоянию здоровья, свыше 15% – нуждаются в изменении тренировочного режима и только у 2,5% спортсменов высокого класса функциональное состояние оценивается как хорошее. Хронические заболевания выявляются более чем у 50% обследованных спортсменов.

Согласно современным взглядам, состояние костно-мышечной системы является:

- основой для объединения всех органов и систем для выполнения функции перемещения тела и его сегментов его в пространстве;
- одним из показателей здоровья, поскольку ее патология оказывает воздействие на все органы и системы всего организма;
- интегральной характеристикой состояния организма, отражая результат комплексного воздействия на него факторов внешней и социальной среды.

Отсюда одними из приоритетных направлений в настоящее время являются диагностика, коррекция и профилактика нарушений костно-мышечной системы у спортсменов высокого класса.

Основными причинами травм опорно-двигательного (ОДА) являются:

1. Чрезмерные нагрузки и хронические перенапряжения, которые не соответствуют уровню физической подготовки спортсмена;
2. Неправильная экипировка спортсмена, оснащение объектов спорта;
3. Несчастные случаи во время занятий спортом;

У спортсменов наиболее частой патологией ОДА являются:

- Повреждения мышц и связок верхних и нижних конечностей, позвоночника.
- Переломы и вывихи суставов верхних и нижних конечностей.
- Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и нижних конечностей: остеохондроз позвоночника, артрозы у взрослых и остеохондропатии, артропатии у детей.
- Хронические заболевания связок и сухожилий верхних и нижних конечностей: тендиниты, лигаментиты, тендовагиниты.

Перегрузки (хроническое утомление) ОДА могут иметь разное происхождение: постоянное увеличение тренировочных усилий, не соответствующее функциональным возможностям спортсмена, его возрасту и полу; резкое повышение интенсивности нагрузок; изменение техники спортивного навыка без достаточной адаптации организма. Внешняя среда вызывает изменения не непосредственно в тех органах и тканях, на которые она влияет, а опосредованно, через ряд систем организмами, в первую очередь, через нервную систему. Возникающий впоследствии хронический болевой синдром трудно поддается лечению.

Организм реагирует на внешние воздействия как целое – деятельность одних органов и систем теснейшим образом связана с функцией других. Адаптация к физическим нагрузкам во всех случаях представляет собой реакцию целостного организма, однако специфические изменения в тех или иных функциональных системах могут быть выражены в различной степени. Во время тренировок, когда происходит адаптация организма к физическим

нагрузкам, имеют место морфофункциональные изменения в тканях ОДА. Эти изменения сохраняются в организме и после их окончания.

При интенсивных физических нагрузках у спортсменов может быть срыв адаптационно-приспособительных механизмов, что проявляется в увеличении случаев инфекционных заболеваний, росте травматизма и заболеваемости ОДА. В процессе тренировок и особенно после соревнований отмечается снижение иммуноглобулинов. Мышечная деятельность и гипоксия сопровождаются ускорением свертывания крови и усилением ее фибринолитической активности, значительными гематологическими изменениями.

При выявлении любого вида травмы или болезненного состояния лечение должно осуществляться в соответствии с существующими стандартами оказания медицинской помощи. При необходимости следует привлекать соответствующих специалистов для более детальной оценки заболевания и назначения эффективного курса лечения.

Каждое из патологических состояний ОДА имеет свои **ОГРАНИЧЕНИЯ** по физической нагрузке и свои сроки **ДОПУСКА** к тренировочным и соревновательным сессиям:

1. Травмы мышц, повреждения и воспалительные процессы сухожилий и связок верхних и нижних конечностей.

При травмах мышц, тендинитах, лигаментитах тренировки необходимо прервать тренировки на фоне обязательного амбулаторного лечения в течение 2-3 недель; после окончания лечения постепенное возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

При наличии гематом, субтотальных разрывов мышц – показано стационарное лечение, включая решение вопроса о возможном оперативном лечении. После стационарного лечения, как правило, необходимо амбулаторное долечивание – вплоть до полного выздоровления; на этот период необходимо исключить тренировки – дополнительно еще 2-3 недели, затем тренировки с 50% нагрузкой и постепенным ее увеличением в течение

месяца, а еще через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

2. Повреждение внутренних структур коленного сустава (менисков) и крестообразных и коллатеральных связок коленного сустава.

Термином «внутреннее повреждение коленного сустава» чаще всего обозначают травму в остром периоде, когда из-за гемартроза, резкого болевого синдрома и нарушения функции невозможно провести дифференциальную диагностику и выявить локализацию повреждения.

Среди закрытых повреждений коленного сустава различают ушиб и травматический синовит, повреждение менисков (медиального и латерального), крестообразных (передней и задней), коллатеральных (большеберцовой и малоберцовой) связок, перелом межмыщелкового возвышения большеберцовой кости, болезнь Гоффа (травматическое повреждение жировой ткани синовиальных крыловидных складок с последующей гиперплазией её), сочетанное повреждение ряда образований коленного сустава, внутрисуставный перелом и др. Повреждения коленного сустава могут быть открытыми (непроникающими в полость сустава и проникающими, в том числе и огнестрельными) и закрытыми. Закрытые чаще всего возникают в результате действия прямой травмы. При непрямой травме бывает растяжение (дисторзия) или разрыв (полный или частичный) связочного аппарата. Перелом может возникнуть в результате как прямого, так и непрямого механизма травмы. Дифференциальная диагностика внутрисуставных повреждений коленного сустава затруднена, особенно в острый период травм.

Повреждение менисков коленного сустава встречается довольно часто и преимущественно у мужчин в возрасте 18-30 лет. Возникает вследствие непрямой травмы. Медиальный мениск менее подвижен, чем латеральный, вследствие более прочного сращения с капсулой сустава глубокими пучками большеберцовой коллатеральной связки сустава и краем суставной поверхности большеберцовой кости. Поэтому он повреждается в 8—9 раз

чаще. Латеральный мениск сращен с капсулой сустава только в области переднего и заднего отделов.

Средняя же часть мениска с капсулой не сращена, что обуславливает его большую подвижность и, следовательно, меньшую травматизацию. Наиболее частым механизмом травмы медиального мениска является резкая форсированная ротация туловища вместе с бедром кнутри при фиксированной стопе и одновременном разгибании ноги в коленном суставе. Мениск может повреждаться и при резком приседании с элементом наружного отклонения голени и внутренней ротации бедра. При таком механизме травмы медиальный мениск попадает между суставной поверхностью бедренной и большеберцовой костей, ущемляется и раздавливается или разрывается. Определенную роль в разрыве мениска играют предрасполагающие факторы: рано развивающийся деформирующий остеоартроз сустава, перенесенный ревматизм, хронические заболевания (подагра, диабет) и т. д. Все эти заболевания приводят к преждевременному старению мениска, потере его эластичности и прочности, в результате чего и происходит разрыв.

Разрыв мениска приводит к развитию гемартроза, который в острый период мешает распознать травму.

Необходимо полностью прекратить тренировочный процесс, показана иммобилизация коленного сустава жестким ортезом и решение вопроса о необходимости оперативного лечения. В случае необходимости оперативного лечения рекомендована госпитализация спортсмена в стационар для проведения предоперационного, операционного и раннего послеоперационного периодов лечения и реабилитации; затем проводится амбулаторный этап реабилитации.

Во время проведения амбулаторного этапа реабилитации исключены тренировки.

Сроки недопуска к тренировочной деятельности определяются выявленной патологией и степенью повреждения, а также фактом отсутствия или проведения оперативного лечения:

А) После оперативного лечения повреждения менисков необходимо проведение этапного амбулаторного курса восстановительного лечения сроком на 1 месяц. В течение этого периода тренировки запрещены. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 1.5-2 месяца после оперативного вмешательства.

После пластики мениска, особенно у спортсменов в возрасте до 18 лет необходимы этапные курсы реабилитации и наблюдение врача травматолога ортопеда и врача ЛФК в течение 4-6 месяцев. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен после произведенной пластики мениска может участвовать в соревнованиях не ранее чем через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Б) После оперативного лечения разрыва передней (ПКС) и задней (ЗКС)) крестообразной связки необходимо проведение этапных амбулаторных или стационарных курсов восстановительного лечения сроком до 6 месяцев. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 8-10 месяцев после оперативного вмешательства.

В) При остром посттравматическом синовите коленного сустава с повреждением или без повреждения внутрисуставных структур коленного сустава, не требующем реконструктивного оперативного лечения, необходимо проведение этапного амбулаторного или стационарного курсов восстановительного лечения сроком до 1 месяца. В течение этого периода

тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 1.5 месяца после получения травмы.

3. Остеохондроза позвоночника.

Клинические проявления остеохондроза позвоночника многообразны: от сильнейшей боли в спине при острой грыже дистрофически изменённого диска до ощущения дискомфорта в спине. Провоцирующими факторами боли в спине чаще всего являются мышечное перенапряжение, подъём тяжестей и неловкое движение, длительная неудобная поза, переохлаждение, натуживание и др. К факторам риска развития остеохондроза позвоночника относятся постуральный и двигательный дисбаланс (неправильная осанка, снижение растяжимости, силы и выносливости мышц, патологический двигательный стереотип), дисплазии позвоночника, конституциональная гипермобильность, дистрофические изменения ОДА. Они создают предпосылки для развития функциональных нарушений в различных звеньях двигательной системы и срыва компенсации естественных возрастных дистрофических процессов под воздействием провоцирующих факторов. Вторичная профилактика болей в спине основана на компенсации или коррекции отмеченных факторов риска путём формирования оптимального постурального (статического) и двигательного стереотипа, увеличения растяжимости, увеличения силы и выносливости мышц, повышения толерантности к физической нагрузке, усиления процессов регенерации и репарации, устранение психоэмоциональных нарушений. Различают вертебральные (связанные непосредственно с нарушением функционирования одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов) и экстравертебральные (связанные с патологической импульсацией из поражённого сегмента позвоночника) проявления (синдромы).

Нарушение функции одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов выражается в изменении конфигурации (изгибов) позвоночника (уплощением или усилением лордоза, кифозом, сколиозом, кифо- или лордосколиозом), а также ограничением подвижности (в результате миофиксации или псевдоспондилолистеза).

Другим ведущим признаком является локальная боль и болезненность при активных и пассивных движениях. Эти симптомы обусловлены раздражением рецепторов возвратного (синувертебрального) нерва.

Еще один симптом – утрата рессорной функции позвоночного сегмента, снижение способности позвоночника противостоять привычным нагрузкам. Это сопровождается ощущением «усталости позвоночника» и дискомфортом в спине.

Заметное ограничение движений и вынужденное положение головы, шеи, туловища, асимметрия контуров мышц свидетельствуют о наличии спазма паравертебральных мышц. Пальпаторно определяются напряжение отдельных мышц шеи и спины, их болезненность при пальпации в триггерных точках, а также болезненность остистых отростков, межостистых связок, области дугоотростчатых суставов, крестцово-подвздошных сочленений. Специальные тесты позволяют обнаружить непаретическую дисфункцию различных мышц, функциональные блокады суставов позвоночника и крестцово-подвздошных суставов.

Сроки недопуска к тренировочной деятельности определяются выявленной патологией и степенью повреждения, характером лечения:

А) При миотонических синдромах остеохондроза позвоночника необходимо проведение этапного амбулаторного или стационарного курсов восстановительного лечения сроком до 3-4 недель. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается постепенное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды, врача травматолога-ортопеда и/или врача

невролога. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц спины спортсмен может участвовать в соревнованиях через 1 месяц после выявления клинического синдрома остеохондроза позвоночника.

Б) При спондилолистезе первой степени, в случае стабильного смещения необходимо проведение этапных стационарных (с возможным оперативным лечением) и амбулаторных курсов восстановительного лечения сроком до 2-3 месяцев. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем при наличии стабильного смещения позвонка не более чем на 1/3 его тела разрешается постепенное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды, врача травматолога-ортопеда и/или врача невролога/нейрохирурга. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц спины спортсмен может участвовать в соревнованиях через 4-6 месяцев.

При возобновлении болевого синдрома при спортивных нагрузках, а также при наличии признаков дестабилизации позвоночного сегмента показана оперативная фиксация нестабильного позвоночного сегмента с решением вопроса об абсолютном или временном недопуске спортсмена к тренировочной и соревновательной деятельности. После проведенного оперативного лечения вопрос о допуске спортсмена к тренировочной и соревновательной деятельности решается индивидуально с учетом вида спорта, уровню и протяженности фиксирующей нестабильный позвоночный сегмент металлоконструкции. В отдельных случаях спортсмен после оперативного лечения спондилолистеза может быть допущен к спортивным нагрузкам после 8-12 месяцев наблюдения и реабилитации при отсутствии болевого синдрома, признаков дестабилизации пораженного позвоночного сегмента, функциональном восстановлении тонуса и силы постуральных мышц.

4. Патология плечевого сустава (ПС).

К распространенным повреждениям ПС относят вывихи, хроническую нестабильность – привычный вывих плеча (ПВП), повреждение Банкарта (ПБ), повреждение ротаторной манжеты плеча (РПМ), нестабильность ПС (НПС). Отмечается, что только в зимних видах спорта травмы ПС составляют до 10 % горнолыжных, 15 % всех сноубордических и около 5 % всех травм скиборда.

Травматический вывих плеча является частой и болезненной травмой, которая в равной степени поражает молодых и пожилых людей.

Вывихи плеча составляют 50–60 % от всех вывихов и чаще встречаются у мужчин. Высокая частота вывихов плеча объясняется шаровидной формой сустава, значительной подвижностью в нем, несоответствием суставных поверхностей, слабостью и малочисленностью связок, свободной и недостаточно прочной суставной капсулой.

Основной причиной хронической нестабильности плеча (в 95 % случаев) является первичный травматический вывих, в 5 % случаев также выделяют различные синдромы дисплазии соединительной ткани. Первичный травматический вывих, как правило, сопровождается повреждением анатомических структур, среди которых первое место занимает повреждение комплекса «суставно-плечевые связки капсулы – "суставная губа"» в месте их фиксации к краю суставной впадины лопатки, а также разрывы связок на протяжении или в области их прикрепления к головке плечевой кости. Данные повреждения наблюдаются в 80–97 % случаев у лиц молодого возраста, и в последующем являются причиной формирования хронической нестабильности плеча.

Большая роль также отводится костным повреждениям, среди которых различают переломы края суставной впадины лопатки (костный Банкарт) и импрессионные переломы головки плечевой кости Хилла-Сакса. В разных исследованиях наличие костного дефицита переднего края суставной впадины выявляются в 22 % случаев у пациентов, перенесших первичную травматическую дислокацию, от 0 % до 90 % случаев у пациентов с

рецидивирующими вывихами и в 89 % случаев неудачных различных оперативных методик стабилизации плечевого сустава. Повреждения Хилла-Сакса разными исследователями отмечены в 31–93 % случаев проявлений первичного и повторного вывихов плеча, а также в 76 % случаев неудачной стабилизации. Согласно многочисленным исследованиям, в среднем до 70 % у тех, кто перенес первичный вывих в течение 2 лет, можно ожидать рецидив вывиха, а развитие хронической нестабильности плеча напрямую зависит от возраста, и у лиц моложе 20 лет вероятность достигает 100 %. Также доказано, что риск развития нестабильности существенно возрастает с уровнем физической активности пациентов, что обусловлено большим процентом ассоциированных с вывихом повреждений, вследствие высокоэнергетических травм (спортивные травмы), а также высокими функциональными требованиями, предъявляемыми к плечевому суставу в дальнейшем. Из общего числа вывихов в крупных суставах вывихи ПС составляют от 3 до 75 %. При вывихах часто присутствуют повреждения суставной губы, приводящие к её отрыву (повреждение Банкарта), может наблюдаться повреждение кровеносных сосудов.

Сроки недопуска к тренировочной деятельности определяются характером патологии и лечения:

А) После оперативного лечения повреждения внутрисуставных структур плечевого сустава необходимо проведение этапных амбулаторных или стационарных курсов восстановительного лечения сроком до 6 месяцев. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается постепенное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 7-9 месяцев после оперативного вмешательства.

В) При субакромиальном импинджменте плечевого сустава без повреждения внутрисуставных структур, не требующем реконструктивного

оперативного лечения необходимо проведение этапного амбулаторного или стационарного курсов восстановительного лечения сроком до 3-4 недель. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 1.5 месяца после начала лечения.

5. Повреждения мышц бедра.

Повреждение задней группы мышц бедра (хамстринг-синдром) – одна из самых распространенных травм в видах спорта, предполагающих высокоскоростные нагрузки на нижние конечности: футбол, регби, хоккей, и характеризуется длительным нарушением функции нижней конечности, не позволяющим поддерживать высокую спортивную форму. Среди повреждений нижних конечностей в беговых видах спорта на долю хамстринг группы приходится от 15 до 20%. Средний срок лечения, по данным современных исследований, составляет 6-12 недель. Чаще повреждается длинная головка двуглавой мышцы бедра. Частота рецидивов по-прежнему остается крайне высокой и составляет около 30%.

Несмотря на трудности с определением причин хамстринг-синдрома однозначно может быть определен лишь основной фактор риска – предшествующее повреждающее воздействие на мышцы задней группы мышц бедра и их сухожилий. Менее значимыми предикторами, по данным многочисленных исследований, принято считать: нарушения взаимоотношения пиковой силы квадрицепс/хамстринг, изменение угла пиковой силы хамстринг, скорость активации хамстринг, контрактура хамстринг, усталость и недостаточная тренированность, постуральные нарушения, возраст атлета, особенность иннервации двух головок бицепса бедра разными ветками седалищного нерва.

Повреждение хамстринг группы, как правило, происходит при резком интенсивном воздействии внешней силы, приводящей к удлинению мышц при их работе в эксцентрическом режиме. При этом сила, приложенная извне, превосходит сократительную способность задней группы мышц, вызывая ее структурное нарушение.

В настоящее время существует две конкурирующие теории механизма травмы: однократная острая травма и многократная микротравматизация. Возможно, оба эти механизма в той или иной степени взаимосвязаны.

Одним из основных факторов, определяющих скорость восстановления, является уровень повреждения. Более проксимальные повреждения обычно требуют большего времени для реабилитации; наихудший прогноз при отрывах сухожилий хамстринг от места тазового крепления, зачастую в этой ситуации требуется оперативное лечение. Несколько меньшее значение имеет степень повреждения сухожилия.

Неизбежный длительный дефицит силы поврежденной конечности является характерной особенностью травм мышц задней группы бедра, что требует особенно взвешенного подхода к реабилитации, ее комплексности, а также тщательного тестирования для определения готовности спортсмена к переходу на следующий этап реабилитации и к полным спортивным нагрузкам.

Сроки недопуска к тренировочной деятельности определяются степенью повреждения и характером лечения:

А) После оперативного лечения разрыва хамстринг группы необходимо проведение этапных амбулаторных или стационарных курсов восстановительного лечения сроком до 3-4 месяцев. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается постепенное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц

нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 4-6 месяцев после оперативного вмешательства.

В) При частичном повреждении хамстринг группы необходимо проведение этапного амбулаторного или стационарного курсов восстановительного лечения сроком до 3-4 недель. В течение этого периода тренировки по основному виду спорта запрещены. Затем спортсмену разрешается плавное возобновление тренировочной деятельности под контролем врача команды и врача травматолога-ортопеда. При отсутствии болевого синдрома и восстановлении функционального состояния мышц нижней конечности спортсмен может участвовать в соревнованиях через 1.5-2 месяца после начала лечения.

Резюме:

1. При выявлении ортопедической патологии, требующей обязательного оперативного лечения, – временный недопуск по заболеванию, с исключением спортивных нагрузок по основному виду спорта до 6 месяцев после операции.

2. Обязательный осмотр не позднее чем через месяц после операции. Контроль врача травматолога и врача ЛФК после проведенного оперативного лечения каждые две недели до одного года.

3. Начинать тренировки после проведенного оперативного лечения при отсутствии болевого синдрома и восстановлении мышечной силы и объема движений необходимо с 20-30% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца до 50%, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме

4. При консервативном лечении воспалительного процесса различных структур опорно-двигательного аппарата (синовииты, бурситы, тендиниты, миозиты, лигаментиты) для всех видов спорта полный допуск к занятиям разрешен не ранее чем через 3-4 недели после полного клинического выздоровления.

5. При ряде патологий опорно-двигательного аппарата и, прежде всего, при повреждении внутрисуставных структур коленного сустава, спондилолистезе, переломах - для допуска спортсмена к спортивным нагрузкам необходимо проведение функционального биомеханического тестирования (аппаратное изокинетическое и изометрическое обследование суставов и мышц нижних конечностей и позвоночника, стабилметрия, балансометрия, тензометрия и др)

6. При подозрении или выявлении онкологической патологии ОДА – недопуск по недообследованию и срочная консультация врача-онколога для дальнейшего обследования и лечения

7. Для предупреждения хронических заболеваний ОДА и спортивного травматизма обязательные периодические медицинские осмотры проводятся не реже одного раза в год. При этом предусматривается возможность проведения внеочередных медицинских осмотров по просьбе спортсменов.

8. Основанием для допуска лица, занимающегося спортом, к спортивным мероприятиям является наличие у него медицинского заключения о допуске к тренировочным мероприятиям и к участию в спортивных соревнованиях.