

**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 НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Методические рекомендации

МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0013-2025/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, канд. мед. 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 – главный внештатный специалист по спортивной медицине Министерства здравоохранения Российской Федерации в Центральном федеральном округе, 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;

Мельникова Любовь Ивановна – заместитель руководителя Центра профпатологии Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства», врач-инфекционист, кандидат медицинских наук;

Караулова Лариса Евгеньевна – заведующая отделом по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Клинической больницы № 172, филиала № 2 Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» Федерального медико-биологического агентства, главный внештатный специалист ФМБА России по проблемам ВИЧ-инфекции;

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

Бушуева Ирина Евгеньевна – заведующая клинко-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»;

Завьялов Владимир Владимирович – врач по спортивной медицине организационно-исследовательского отдела Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства России»;

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 научно-клинического центра спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», врач по спортивной медицине;

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

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

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

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

5. Введены впервые.

Содержание

Предисловие	2
Введение	7
1. Область применения	12
2. Нормативные ссылки	12
Заключение	72
Библиографические данные	73
Библиография	74

Введение

Проблематика инфекционных болезней в контингенте атлетов как национального, так и международного уровней требует особого внимания и высокой эффективности взаимодействия между врачами-инфекционистами и врачами, участвующими в оказании медицинской помощи спортсменам, в том числе профильными специалистами, которым необходима также актуальная информация по комплексу мероприятий, обеспечивающих минимизацию рисков по распространению инфекций, с одной стороны, а с другой – возможность безопасного возобновления спортивной деятельности после перенесенных инфекционных заболеваний.

Предлагаемые в методических рекомендациях подходы предназначены для решения вопроса о допуске или недопуске по медицинским показаниям спортсменов к тренировочной и соревновательной деятельности при инфекционных заболеваниях. Учтены методические аспекты диагностики/мониторинга инфекционных болезней, рекомендуемые экспертным сообществом в комплексе мероприятий медико-биологического обеспечения спортсменов.

При разработке рекомендаций по видам и срокам допуска/недопуска к тренировочной и соревновательной деятельности составители рекомендаций опирались прежде всего на актуальные клинические рекомендации по лечению широкого спектра заболеваний инфекционной природы; учитывались также наиболее обоснованные позиции, изложенные в трудах как отечественных, так и зарубежных авторов, тем более что в практике советской/российской спортивной медицины накоплен существенный опыт по данной проблематике, в том числе в ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России.

В нашей стране были разработаны и предложены к применению различные по подходам к систематизации данных рекомендации по допуску или недопуску к занятию спортом лиц с различными заболеваниями. К ним относятся:

- Сроки допуска к занятиям и соревнованиям после заболеваний внутренних органов (Российский Д.М., Серкин Л.Г., с изменениями Гритченко Н.В., 1972);
- Перечень медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие и средние физкультурные учебные заведения (Комитет по физической культуре и спорту при совете Министров СССР. Управление научно-исследовательской работы и учебных заведений. 1977);
- Сроки допуска к занятиям и соревнованиям после острых заболеваний, травм ЛОР-органов и оперативных вмешательств на них (Левандо В.А., Левандо Г.А., 1986) [цит. по: 1];
- Перечень заболеваний, препятствующих отбору для поступления в общеобразовательные школы спортивного профиля, ДЮСШ, центры подготовки резервов большого спорта (Мотылянская Р.Е. с соавт., 1988);
- Перечень основных заболеваний и патологических состояний, препятствующих допуску к занятиям спортом (Макарова Г.А., Краснов А.Б., 2000);
- Перечень медицинских противопоказаний к учебно-тренировочному процессу и участию в спортивных соревнованиях на этапах спортивного совершенствования и высшего спортивного мастерства (Дидур М.Д., Ефимов А.В., 2011);
- Допуск к занятиям спортом при пограничных состояниях здоровья (Т.С. Гуревич, 2012);
- Методические рекомендации «Медицинские противопоказания к учебно-тренировочному процессу и участию в спортивных соревнованиях», утвержденные РАСМИРБИ (ФГБУ «ЦСМ ФМБА России», 2014).

В работах Д.М. Российского с соавторами (1972), а также В.А. и Г.А. Левандо (1986) определены минимальные сроки начала тренировок после отдельных перенесенных заболеваний.

Наиболее полными по подходу к определению тактики допуска спортсменов к занятию спортом можно считать предложения Р.Е. Мотылянской с соавторами (1988) и методические рекомендации, утвержденные РАСМИРБИ (2014). Отрицательной стороной указанного труда Р.Е. Мотылянской с соавторами является обобщенность определения тактики допуска по группам заболеваний.

В зарубежной литературе порядки допуска представлены *recommendations* (рекомендациями), *guidelines* (руководствами), определяющими тактику действий врача, тренера или родителя в той или иной ситуации. Западные школы спортивной медицины большее внимание уделяют перечню абсолютных противопоказаний к занятиям спортом (без детализации по выраженности клинической симптоматики и учета особенностей спортивной деятельности).

Тем не менее есть ряд общих положений, легших в основу алгоритмов рекомендаций зарубежных авторов. Повышение температуры тела более 36 часов требует восстановления не менее 2 недель. Приступать к нагрузкам можно только после исчезновения симптомов заболевания. После перенесенного заболевания облегченный тренировочный период должен длиться как минимум столько же, сколько длились симптомы заболевания. Увеличение нагрузки происходит постепенно под контролем медицинского работника с увеличением продолжительности и интенсивности нагрузок. [Adams BB: Dermatologic disorders of the athlete. *Sports Med* 2002; 32(5):309].

Предлагаемые в методических рекомендациях подходы предназначены для решения вопроса о допуске или недопуске по медицинским показаниям спортсменов к тренировочной и соревновательной деятельности при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях.

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 НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Методические рекомендации
МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0013-2025/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. 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 НЕКОТОРЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

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 после перенесенных инфекционных и паразитарных заболеваний.

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-11* (при наличии)	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
	A00–A09	Кишечные инфекции				
1A00	A00	Холера		Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК .	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического и лабораторного выздоровления.	
1A00	A00.0	Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар cholerae		Легкие формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления		
1A00	A00.1	Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар eltor				
1A00	A00.9	Холера неуточненная				
1A08	A01	Тиф и паратиф		Хронические и тяжелые формы заболевания, стойкое бактерионосительство – НЕДОПУСК	ДОПУСК при неосложненных легких формах – не ранее чем через 3 мес, при среднетяжелых формах – не ранее чем через 6 мес, при тяжелых формах – не ранее	
1A07.Z	A01.0	Брюшной тиф				
1A08	A01.1	Паратиф А				

1A08	A01.2	Паратиф В		Легкие формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	чем через 12 месяцев после клинико-лабораторного выздоровления и при отсутствии нарушений со стороны печени и ЖКТ	
1A08	A01.3	Паратиф С				
1A08	A01.4	Паратиф неуточненный				
	A02	Другие сальмонеллезные инфекции		Хронические формы заболевания, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК при неосложненных легких формах – не ранее чем через 3 мес, при среднетяжелых формах – не ранее чем через 6 мес, при тяжелых формах – не ранее чем через 12 месяцев после клинико-лабораторного выздоровления и при отсутствии нарушений со стороны печени и ЖКТ	
1A09.0	A02.0	Сальмонеллезный энтерит				
	A02.1	Сальмонеллезная септицемия				
	A02.2	Локализованная сальмонеллезная инфекция				
	A02.8	Др. уточненная сальмонеллезная инфекция				
1A09.Z	A02.9	Сальмонеллезная инфекция неуточненная				
1A02	A03	Шигеллез		Хронические формы заболевания, стойкое бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК при острой форме не ранее чем через 1 мес при двукратном отрицательном бактериологическом анализе и отсутствии изменений со стороны ЖКТ; спортсменам после хронической формы – не ранее чем через 3 мес при двукратном отрицательном бактериологическом анализе и отсутствии изменений со стороны ЖКТ	
1A02	A03.0	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i>				
1A02	A03.1	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i>				
1A02	A03.2	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i>				
1A02	A03.3	Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i>				
1A02	A03.8	Иной шигеллез				

1A02	A03.9	Шигеллез неуточн.				
1A0Y	A04	Другие бактериальные кишечные инфекции		Хронические формы заболевания, стойкое бактерионосительство – НЕДОПУСК.	ДОПУСК при неосложненных легких формах – не ранее чем через 3 мес, при среднетяжелых формах – не ранее чем через 6 мес, при тяжелых формах – не ранее чем через 12 месяцев после клинико-лабораторного выздоровления и при отсутствии нарушений со стороны печени и ЖКТ	
1A03.0	A04.0	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления		
1A03.1	A04.1	Энтеротоксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>				
1A03.2	A04.2	Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>				
1A03.3	A04.3	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>				
1A03.Z	A04.4	Др. кишечные инфекции, вызванные <i>Escherichia coli</i>				
1A06	A04.5	Энтерит, вызванный <i>Campylobacter</i>				
1A05	A04.6	Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i>				
1A04	A04.7	Энтероколит, вызванный <i>Clostridium difficile</i>				
	A04.8	Др. уточненные бактериальные кишечные инфекции				
1A0Z	A04.9	Бактериальная кишечная инфекция неуточненная				
1A1Z	A05	Другие бактериальные пищевые отравления				Хронические формы заболевания, стойкое бактерионосительство – НЕДОПУСК.

1A10	A05.0	Стафилококковое пищевое отравление		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ранее чем через 6 мес, при тяжелых формах – не ранее чем через 12 месяцев после клинико-лабораторного выздоровления и при отсутствии осложнений	
1A11.Z	A05.1	Ботулизм				
1A12	A05.2	Пищевое отравление, вызванное <i>Clostridium perfringens</i>				
	A05.3	Пищевое отравление, вызванное <i>Vibrio parahaemolyticus</i>				
1A13	A05.4	Пищевое отравление, вызв. <i>Bacillus cereus</i>				
	A05.8	Другие уточненные бактериальные пищевые отравления				
1A1Z	A05.9	Бактериальное пищевое отравление неуточненное				
1A36.Z	A06	Амебиаз		Хронические формы заболевания, в виде рецидивирующей или непрерывной форм, стойкое носительство возбудителя– НЕДОПУСК. Острая форма заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК после клинико-лабораторного выздоровления при отсутствии осложнений: к ОФП – через 14–16 дней, к тренировкам – через 20–25 дней, к соревнованиям – через 30–35 дней	
1A36.00	A06.0	Острая амебная дизентерия				
	A06.1	Хронический кишечный амебиаз				
	A06.2	Амебный недизентерийный колит				
1A36.01	A06.3	Амебома кишечника				
1A36.10	A06.4	Амебный абсцесс печени				
1A36.11	A06.5	Амебный абсцесс легкого (J99.8туб.)				

1A36.1	A06.6	Амебный абсцесс головного мозга (G07туб.)						
1A36.12	A06.7	Кожный амебиаз						
1A36.1	A06.8	Амебная инфекция другой локализации						
1A36.Z	A06.9	Амебиаз неуточненный						
1A3Z	A07	Другие протозойные кишечные болезни		Хронические формы заболевания, стойкое носительство возбудителя – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК при неосложненных легких формах – не ранее чем через 3 мес, при среднетяжелых формах – не ранее чем через 6 мес, при тяжелых формах – не ранее чем через 12 месяцев после клинико-лабораторного выздоровления и при отсутствии нарушений со стороны печени и ЖКТ			
1A30	A07.0	Балантидиаз						
1A3	A07.	Жиардиаз [лямблиоз]						
1A3	A07.2	Криптоспоридиоз						
1A33	A07.3	Изоспороз						
	A07.8	Другие уточненные протозойные кишечные болезни						
1A3Z	A07.9	Протозойная кишечная болезнь неуточненная						
	A08	Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции				Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 14 дней после клинико-лабораторного выздоровления	
1A22	A08.0	Ротавирусный энтерит						
1A23	A08.1	Острая гастроэнтеропатия, вызванная возбудителем Норволк						
1A20	A08.2	Аденовирусный энтерит						
	A08.3	Другие вирусные энтериты						
1A2Z	A08.4	Вирусная кишечная инфекция неуточненная						
	A08.5	Другие уточненные кишечные инфекции						

1A40.Z	A09	Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения				
	A15–A19	Туберкулез				
				Легочный и внелегочный активный прогрессирующий, все формы с наличием бацилловыделения и распада, неактивный туберкулез с расстройством дыхания, кровообращения и других функций – НЕДОПУСК (иное – см. A15–A19)		
1B10.0	A15	Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически		<p>Бацилловыделение, остаточные явления после перенесенного хирургического лечения, неактивный туберкулез при наличии остаточных изменений, признаков дыхательной недостаточности, включая спонтанно излеченный – НЕДОПУСК.</p> <p>Активный туберкулез органов дыхания – временный НЕДОПУСК на период лечения, диспансерного наблюдения и последующих ограничений в соответствии с актуальными приказами Минздрава РФ</p>	ДОПУСК – для лиц, излеченных от туберкулеза (исход: эффективный курс химиотерапии), – III группа диспансерного наблюдения (ГДН) после снятия с учета (сроки наблюдения для взрослых – 1 год, для детей – 3 года) при отсутствии признаков активности и больших остаточных изменений в легких. Наличие малых остаточных изменений (единичных мелких петрификатов в легких или внутригрудных лимфатических узлах) не ограничивает возможность занятий спортом	<p>Приказ МЗ от 13.03.2019 №127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом».</p> <p>Вопрос о тактике ведения лиц с подозрением на туберкулез – 0 (нулевая) ГДН (срок для проведения необходимых процедур, включая тест-терапию, – 4 недели) – может быть решен лишь после установления диагноза</p>
1B10.0	A15.0	Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически, с наличием или отсутствием роста культуры				
1B10.0	A15.1	Туберкулез легких, подтвержденный только ростом культуры				
1B10.0	A15.2	Туберкулез легких, подтвержденный гистологически				

1B10.0	A15.3	Туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами				
	A15.4	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.0	A15.5	Туберкулез гортани, трахеи и бронхов, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.0	A15.6	Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.0	A15.7	Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.0	A15.8	Туберкулез других органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.0	A15.9	Туберкулез органов дыхания неуточненной локализации, подтвержденный бактериологически и гистологически				
1B10.1	A16	Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный		Остаточные явления после перенесенного хирургического лечения, неактивный туберкулез при	ДОПУСК – для лиц, излеченных от туберкулеза (исход: эффективный курс	

		бактериологически или гистологически		наличия остаточных изменений, признаков дыхательной недостаточности, включая спонтанно излеченный, – НЕДОПУСК.	химиотерапии), – III группа диспансерного наблюдения после снятия с учета (сроки наблюдения для взрослых – 1 год, для детей – 3 года) при отсутствии признаков активности и больших остаточных изменений. Наличие малых остаточных изменений (единичных мелких петрификатов в легких или внутригрудных лимфатических узлах) не ограничивает возможность занятий спортом	
1B10.1	A16.0	Туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований		Активный туберкулез органов дыхания – временный НЕДОПУСК на период лечения, диспансерного наблюдения и последующих ограничений в соответствии с актуальными приказами Минздрава РФ		
1B10.1	A16.1	Туберкулез легких без проведения бактериологических и гистологических исследований				
1B10.Z	A16.2	Туберкулез легких без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
	A16.3	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B10.Z	A16.4	Туберкулез гортани, трахеи и бронхов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B10.Z	A16.5	Туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B10.Z	A16.7	Первичный туберкулез органов дыхания без упоминания о				

		бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B10.Z	A16.8	Туберкулез других органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B10.Z	A16.9	Туберкулез органов дыхания неуточненный локализации без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении				
1B11.Z	A17	Туберкулез нервной системы		НЕДОПУСК		
1B11.0	A17.0	Туберкулезный менингит (G01туб.)				
1B11.2	A17.1	Менингеальная туберкулема (G07туб.)				
	A17.8	Туберкулез нервной системы другой локализаций				
1B11.Z	A17.9	Туберкулез нервной системы неуточненный (G99.8)				
1B12	A18	Туберкулез других органов		Генерализованные формы, активные очаговые формы, последствия хирургического лечения, активные формы туберкулеза любых органов, сопровождающиеся бацилловыделением и распадом; последствия перенесенного туберкулеза с остаточными изменениями и нарушениями функции – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – для лиц, излеченных от туберкулеза (исход: эффективный курс химиотерапии), – III группа диспансерного наблюдения после снятия с учета (сроки наблюдения для взрослых – 1 год, для детей – 3 года) при отсутствии признаков активности, остаточных изменений и нарушения функции органов,	

				Очаговые неактивные формы внелегочного туберкулеза (за исключением костных поражений с натечными абсцессами и свищами – А18.0; распространенных и обезображивающих форм туберкулеза кожи – А18.4, а также глаз с прогрессирующим снижением зрительной функции – А18.5) без бацилловыделения – временный НЕДОПУСК на период диспансерного наблюдения и последующих ограничений в соответствии с актуальными приказами Минздрава РФ	вовлеченных в патологический процесс	
1В12.40	А18.0	Туберкулез костей и суставов		Прогрессирующий туберкулез позвоночника, трубчатых костей и суставов, сопровождающийся натечными абсцессами или свищами – НЕДОПУСК		
1В12.5	А18.1	Туберкулез мочеполовых органов (N51)				
1В12.6	А18.2	Туберкулезная периферическая лимфаденопатия				
1В12.7	А18.3	Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов				
1В12.8	А18.4	Туберкулез кожи и подкожной клетчатки		Распространенные и обезображивающие формы – НЕДОПУСК		
1В12.1	А18.5	Туберкулез глаза		Туберкулез глаз с прогрессирующим снижением зрительной функции – НЕДОПУСК		
1В12.2	А18.6	Туберкулез уха		НЕДОПУСК		
1В12.3	А18.7	Туберкулез надпочечников (E35.1)		НЕДОПУСК		
1В12	А18.8	Туберкулез других уточненных органов		НЕДОПУСК		

1B13.Z	A19	Милиарный туберкулез		НЕДОПУСК		
1B13.0	A19.0	Острый милиарный туберкулез одной уточненной локализации				
1B13.1	A19.1	Острый милиарный туберкулез множественной локализации				
1B13.Z	A19.2	Острый милиарный туберкулез неуточненной локализации				
1B13.Z	A19.8	Другие формы милиарного туберкулеза				
1B13.Z	A19.9	Милиарный туберкулез неуточненной локализации				
	A20– A28	Некоторые бактериальные зоонозы				
1B93	A20	Чума		НЕДОПУСК		
1B93.0	A20.0	Бубонная чума				
1B93.1	A20.1	Целлюлярнокожная чума				
1B93.2	A20.2	Легочная чума				
1B93.3	A20.3	Чумной менингит				
	A20.7	Септическая чума				
	A20.8	Другие формы чумы				
1B93.Z	A20.9	Чума неуточненная				
1B94	A21	Туляремия		Затяжные и рецидивирующие формы заболевания – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания до полного клинического и лабораторного выздоровления – временный НЕДОПУСК.	ДОПУСК не ранее чем через 6 месяцев при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1B94.0	A21.0	Ульцерогландулярная туляремия				
1B94	A21.1	Окулогландулярная туляремия				
1B94	A21.2	Легочная туляремия				
1B94	A21.3	Желудочно-кишечная туляремия				

1В94	A21.7	Генерализованная туляремия		В видах спорта с преимущественным развитием качества выносливости (циклических) после генерализованных форм тяжелого течения вопрос о допуске решается индивидуально (врачебная комиссия)					
1В94	A21.8	Другие формы туляремии							
1В94.Z	A21.9	Туляремия неуточненная							
1В97	A22	Сибирская язва		Генерализованные формы заболевания (легочная, кишечная и менингеальная) – НЕДОПУСК. Кожная форма заболевания до полного клинического и лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем				
1В97	A22.0	Кожная форма сибирской язвы							
1В97	A22.1	Легочная форма сибирской язвы							
1В97	A22.2	Желудочно-кишечная форма сибирской язвы							
1В97	A22.7	Сибирезвевная септицемия							
1В97	A22.8	Другие формы сибирской язвы							
1В97	A22.9	Сибирская язва неуточненная							
1В95	A23	Бруцеллез					Хронические и затяжные формы заболевания – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинического выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес (для оценки стойкости ремиссии), при отсутствии изменений со стороны органов и систем	При сохранении положительных серологических или аллергологических реакций после исчезновения клинической симптоматики болезни не показаны занятия циклическими, скоростно-силовыми, игровыми видами спорта (относительный НЕДОПУСК); в остальных видах спорта – индивидуальное решение (врачебная комиссия)
1В95	A23.0	Бруцеллез, вызванный <i>Brucella melitensis</i>							
1В95	A23.1	Бруцеллез, вызванный <i>Brucella abortus</i>							
1В95	A23.2	Бруцеллез, вызванный <i>Brucella suis</i>							

1B95	A23.3	Бруцеллез, вызванный <i>Brucella canis</i>				
1B95	A23.8	Другие формы бруцеллеза				
1B95	A23.9	Бруцеллез неуточненный				
	A24	Сап и мелиоидоз		Хронические и рецидивирующие формы заболевания – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес, при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1B92	A24.0	Сап		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинического выздоровления		
1C42	A24.1	Острый или молниеносный мелиоидоз				
1C42	A24.2	Подострый и хронический мелиоидоз				
1C42	A24.3	Другой уточненный мелиоидоз				
1C42	A24.4	Мелиоидоз неуточненный				
1B90	A25	Лихорадка от укуса крыс				Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления и восстановления
1B90.0	A25.0	Спириллез				
1B90.1	A25.1	Стрептобациллез				
1B90	A25.9	Лихорадка от укуса крыс неуточненная				
1B96	A26	Эризипеллоид		Острые формы заболевания до полного клинико-лабораторного выздоровления и восстановления – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес при кожной форме и не ранее чем через 6 мес после кожно-суставной формы и после септицемии, при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1B96	A26.0	Кожный эризипеллоид				
1B96	A26.7	Септицемия, вызванная <i>Erysipelothrix</i>				
1B96	A26.8	Другие формы эризипелоида				

1B96	A26.9	Эризипеллоид неуточн.				
1B91	A27	Лептоспироз		Острые формы заболевания до полного клинико-лабораторного выздоровления и восстановления – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1B91	A27.0	Лептоспироз желтушно-геморрагический				
1B91	A27.8	Другие формы лептоспироза				
1B91	A27.9	Лептоспироз неуточненный				
1B9Z	A28	Другие бактериальные зоонозы, не классифицированные в других рубриках		Острые формы заболевания до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1B99	A28.0	Пастереллез				
1B98	A28.1	Лихорадка от кошачьих царапин				
1B9A	A28.2	Экстраинтестинальный иерсиниоз				
	A28.8	Другие уточненные бактериальные зоонозы, не классифицированные в других рубриках				
1B9Z	A28.9	Бактериальные зоонозы неуточненные				
	A30– A49	Некоторые бактериальные болезни				
1B20	A30	Лепра [болезнь Гансена]		НЕДОПУСК (в том числе для имеющих больных в семье)	ДОПУСК – в случае несемейного заражения при	

					условии отрицательных результатов лабораторного обследования	
1B20.0	A30.0	Недифференцированная лепра				
1B20.0	A30.1	Туберкулоидная лепра				
1B20.0	A30.2	Пограничная туберкулоидная лепра				
1B20.1	A30.3	Пограничная лепра				
1B20.1	A30.4	Пограничная лепроматозная лепра				
1B20.1	A30.5	Лепроматозная лепра				
	A30.8	Другие формы лепры				
1B20.Z	A30.9	Лепра неуточненная				
	A31	Инфекции, вызванные другими микробактериями				
1B21.0	A31.0	Легочная инфекция, вызванная <i>Mycobacterium</i>				
	A31.1	Кожная инфекция, вызванная <i>Mycobacterium</i>				
	A31.8	Другие инфекции, вызванные <i>Mycobacterium</i>				
	A31.9	Инфекция, вызванная <i>Mycobacterium</i> , неуточненная				
1C1A	A32	Листериоз		Хронические и рецидивирующие формы заболевания, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C1A.0	A32.0	Кожный листериоз				
1C1A.1	A32.1	Листериозный менингит и менингоэнцефалит				

	A32.7	Листерия септицемия				
	A32.8	Другие формы листериоза				
1C1A.Z	A32.9	Листерия неуточненный				
1C15	A33	Столбняк новорожденного		НЕДОПУСК		
1C14	A34	Акушерский столбняк				
1C13	A35	Другие формы столбняка				
1C17	A36	Дифтерия		Острые формы заболевания до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем: к ОФП – через 30–35 дней, к тренировкам – через 40–50 дней, к соревнованиям – через 60–70 дней	
1C17.0Z	A36.0	Дифтерия глотки				
1C17.1	A36.1	Дифтерия носоглотки				
1C17.2	A36.2	Дифтерия гортани				
1C17.3	A36.3	Дифтерия кожи				
1C17.Z	A36.8	Другая дифтерия				
1C17.Z	A36.9	Дифтерия неуточненная				
1C12	A37	Коклюш		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 3 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C12.0	A37.0	Коклюш, вызванный Bordetella pertussis				
1C12.1	A37.1	Коклюш, вызванный Bordetella parapertussis				
1C12.Z	A37.8	Коклюш, вызванный другим уточненным возбудителем вида Bordetella				
1C12.Z	A37.9	Коклюш неуточненный				

1B50	A38	Скарлатина		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C1C	A39	Менингококковая инфекция		Тяжелые формы заболевания, хронические формы, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 3 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии остаточных изменений	
1C1C.0	A39.0	Менингококковый менингит (G01 туб.)				
1C1C.1	A39.1	Синдром Уотерхауса – Фридериксена (E35.1 туб.)				
1C1C.20	A39.2	Острая менингококцемия				
	A39.3	Хроническая менингококцемия				
1C1C.2Z	A39.4	Менингококцемия неуточненная				
	A39.5	Менингококковая болезнь сердца				
1C1C.Y	A39.8	Другие менингококковые инфекции				
1C1C.Z	A39.9	Менингококковая инфекция неуточненная				
	A40	Стрептококковая септицемия		Тяжелые формы заболевания, хронические формы, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 3 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	

1C41	A40.0	Септицемия, вызванная стрептококком группы А				
1C41	A40.1	Септицемия, вызванная стрептококком группы В				
	A40.2	Септицемия, вызванная стрептококком группы D				
1C41	A40.3	Септицемия, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i>				
	A40.8	Другие стрептококковые септицемии				
	A40.9	Стрептококковая септицемия неуточненная				
	A41	Другая септицемия		Тяжелые формы заболевания, хронические формы, бактерионосительство – НЕДОПУСК Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
	A41.0	Септицемия, вызванная <i>Staphylococcus aureus</i>				
	A41.1	Септицемия, вызванная другим уточненным стафилококком				
	A41.2	Септицемия, вызванная неуточненным стафилококком				
	A41.3	Септицемия, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i>				
	A41.4	Септицемия, вызванная анаэробами				
	A41.5	Септицемия, вызванная другими				

		грамотрицательными микроорганизмами				
	A41.8	Другая уточненная септицемия				
	A41.9	Септицемия неуточненная				
1C10	A42	Актиномикоз		Временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления и на период диспансерного наблюдения	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после снятия с диспансерного учета при отрицательных лабораторных исследованиях и отсутствии нарушений со стороны органов и систем	
1C10.0	A42.0	Легочный актиномикоз				
1C10.1	A42.1	Абдоминальный актиномикоз				
1C10.2	A42.2	Шейно-лицевой актиномикоз				
	A42.7	Актиномикозная септицемия				
1C10.Y	A42.8	Другие актиномикозы				
1C10.Z	A42.9	Актиномикоз неуточненный				
1C1B	A43	Нокардиоз		Системный процесс с поражением двух и более органов либо изолированное поражение ЦНС, сердца или легких – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отрицательных лабораторных исследованиях и снятии с диспансерного учета	
1C1B.0	A43.0	Легочный нокардиоз				
1C1B.1	A43.1	Нокардиоз кожи				
	A43.8	Другие формы нокардиоза		Ограниченные острые поражения кожи и подкожной клетчатки, лимфокожный нокардиоз – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления и снятия с диспансерного наблюдения		
1C1B.Z	A43.9	Нокардиоз неуточненный				
1C11	A44	Бартонеллез		Хронические формы заболевания – НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C11	A44.0	Системный бартонеллез				
1C11	A44.1	Кожный и кожно-слизистый бартонеллез		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного		
1C11	A44.8	Другие бартонеллезы				

1C11	A44.9	Бартонеллез неуточненный		клинико-лабораторного выздоровления		
1B70.0	A46	Рожа		Хронические формы, лица, перенесшие тяжелые формы заболевания, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	
	A48	Другие бактериальные болезни, не классифицированные в других рубриках				
1C16	A48.0	Газовая гангрена		НЕДОПУСК		
1C19	A48.1	Болезнь легионеров		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего восстановления		
1C19.0	A48.2	Болезнь легионеров без пневмонии [лихорадка Понтиак]				
1C45	A48.3	Синдром токсического шока				
1C18	A48.4	Бразильская пурпурная лихорадка				
	A48.8	Другие уточненные бактериальные болезни				
1C41	A49	Бактериальная инфекция неуточненной локализации		Хронические формы заболевания, острые тяжелые формы заболевания, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК до полного клинического выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем	Допуск – при отрицательных лабораторных исследованиях, отсутствии изменений со стороны органов и систем не ранее чем через 12 мес
1C41	A49.0	Стафилококковая инфекция неуточненная				
1C41	A49.1	Стрептококковая инфекция неуточненная				
1C41	A49.2	Инфекция, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> , неуточненная				

1C41	A49.3	Инфекция, вызванная микоплазмой, неуточненная				
1C41	A49.8	Другие бактериальные инфекции неуточненной локализации				
1C41	A49.9	Бактериальная инфекция неуточненная				

Разделы A50–A64 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (включая N34.1 – Неспецифические уретриты и M02.3 – Болезнь Рейтера), и A70–A74 Другие болезни, вызываемые хламидиями (в т. ч. P39.1 Хламидийный конъюнктивит), включены в 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 мочеполовой системы, а также в 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 кожи.

A65–A69		Другие болезни, вызываемые спирохетами				
1C1F	A65	Невенерический сифилис		Невенерический сифилис, в том числе в случаях клинического выздоровления, – НЕДОПУСК		
1C1D	A66	Фрамбезия		Гуммозные поражения, вовлечение в процесс слизистых (гангоза), а также костей и суставов – НЕДОПУСК. Ранние стадии заболевания (первичные поражения), изолированные кожные проявления – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 3 месяцев после выздоровления при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C1D.0	A66.0	Первичные фрамбезийные поражения				
1C1D.1	A66.1	Множественные папилломы и пианома подошвенная				
1C1D.1	A66.2	Другие ранние кожные фрамбезийные поражения				
1C1D.1	A66.3	Фрамбезийный гиперкератоз				
1C1D.2	A66.4	Фрамбезийные гуммы и язвы				

1C1D.2	A66.5	Гангоза				
	A66.6	Фрамбезийные поражения костей и суставов				
	A66.7	Другие проявления фрамбезии				
1C1D.3	A66.8	Латентная фрамбезия				
	A66.9	Фрамбезия неуточненная				
1C1E	A67	Пинта		Поздние поражения (включая осложнения – элевантиаз, аортит) – НЕДОПУСК. Первичные и промежуточные поражения – временный НЕДОПУСК на период лечения	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после окончания лечения при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C1E.0	A67.0	Первичные поражения при пинте				
1C1E.1	A67.1	Промежуточные поражения при пинте				
1C1E.2	A67.2	Поздние поражения при пинте				
1C1E.3	A67.3	Смешанные поражения при пинте				
	A67.9	Пинта неуточненная				
1C1J	A68	Возвратные лихорадки		Временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после последнего рецидива при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C1J.1	A68.0	Вшивая возвратная лихорадка				
1C1J.0	A68.1	Эпидемический возвратный тиф				
	A68.9	Возвратная лихорадка неуточненная				
	A69	Другие инфекции, вызванные спирохетами		Хронические формы заболеваний – НЕДОПУСК.	Допуск не ранее чем через 6 мес после клинико-лабораторного выздоровления	

1C1H	A69.0	Некротизирующий язвенный стоматит		Ранние (неосложненные) формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
	A69.1	Другие инфекции Венсана				
1C1G	A69.2	Болезнь Лайма				
	A69.8	Другие уточненные спирохетозные инфекции				
	A69.9	Спирохетозная инфекция неуточненная				
	A70– A74	Другие болезни, вызываемые хламидиями				
1C22	A70	Инфекция, вызываемая <i>Chlamydia psittaci</i>		Хронические и затяжные формы инфекционных заболеваний и не тяжелые острые формы – НЕДОПУСК Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес после клинико-лабораторного выздоровления при отсутствии изменений со стороны внутренних органов	
1C23	A71	Трахома		Острые формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период до полного клинико-лабораторного выздоровления	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес после клинико-лабораторного выздоровления при отсутствии осложнений	
1C23.0	A71.0	Начальная стадия трахомы				
1C23.1	A71.1	Активная стадия трахомы				
1C23.Z	A71.9	Трахома неуточненная				
	A75– A79	Риккетсиозы				
1C30	A75	Сыпной тиф		Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК. Острые формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после клинико-лабораторного выздоровления при отсутствии изменений со стороны внутренних органов	
1C30.0	A75.0	Эпидемический вшивый тиф, вызванный <i>Rickettsia prowazekii</i>				
1C30.1	A75.1	Рецидивирующий тиф [болезнь Брилла]				
1C30.2	A75.2	Тиф, вызванный <i>Rickettsia typhi</i>				

1C30.3	A75.3	Тиф, вызванный <i>Rickettsia tsutsugamushi</i>				
1C30.Z	A75.9	Сыпной тиф неуточненный				
1C31	A77	Пятнистая лихорадка [клещевые риккетсиозы]		<p>Рецидивирующая форма – НЕДОПУСК. Типичная форма – относительный НЕДОПУСК (отстранение от занятий циклическими, скоростно-силовыми и игровыми видами спорта, единоборствами).</p> <p>Амбулаторные (абортивные) формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления</p>	<p>ДОПУСК – не ранее чем через 3 месяца после окончания лечения при отсутствии изменений со стороны органов и систем и при обязательном динамическом контроле сосудистой системы</p>	
1C31.0	A77.0	Пятнистая лихорадка, вызванная <i>Rickettsia rickettsii</i>				
1C31.1	A77.1	Пятнистая лихорадка, вызванная <i>Rickettsia soproii</i>				
1C31.2	A77.2	Пятнистая лихорадка, вызванная <i>Rickettsia siberica</i>				
1C31.3	A77.3	Пятнистая лихорадка, вызванная <i>Rickettsia australis</i>				
1C31.Y	A77.8	Другие пятнистые лихорадки				
1C31.Z	A77.9	Пятнистая лихорадка неуточненная				
1C33	A78	Лихорадка Ку				<p>Хронические формы заболевания – НЕДОПУСК.</p> <p>Острые, подострые и стертые формы – временный НЕДОПУСК</p>
1C3Z	A79	Другие риккетсиозы				
1C11.1	A79.0	Окопная лихорадка		<p>Хронические формы заболевания – НЕДОПУСК.</p> <p>Острые, подострые и стертые формы – временный НЕДОПУСК</p>	<p>ДОПУСК – не ранее чем через 2 месяца после лечения до нормализации лабораторных показателей</p>	
1C32	A79.1	Осповидный риккетсиоз, вызванный <i>Rickettsia akari</i>				
	A79.8	Другие уточненные риккетсиозы				

	A80– A89	Вирусные инфекции центральной нервной системы включены в 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 нервной системы и расстройствах цикла сон-бодрствование				
1C81	A80	Острый полиомиелит		Паралитическая форма заболевания, вирусоносительство – НЕДОПУСК	ДОПУСК возможен не ранее чем через 3 мес после полного клинического выздоровления и нормализации лабораторных показателей, при отсутствии изменений со стороны органов и систем	
1C81	A80.0	Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной				
1C81	A80.1	Острый паралитический полиомиелит, вызв. диким завезенным вир.				
1C81	A80.2	Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким природным вирусом				
1C81	A80.3	Острый паралитический полиомиелит другой и неуточненный				
1C81	A80.4	Острый паралитический полиомиелит				
1C81	A80.9	Острый полиомиелит неуточненный				
1C8Z	A81	Медленные вирусные инфекции центральной нервной системы				НЕДОПУСК
8E02.0	A81.0	Болезнь Крейтцфельда – Якоба				
8A45.01	A81.1	Подострый склерозирующий панэнцефалит				

8A45.02	A81.2	Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия				
	A81.8	Другие медленные вирусные инфекции центральной нервной системы				
1C8Z	A81.9	Медленная вирусная инфекция центральной нервной системы неуточненная				
1C82	A82	Бешенство		НЕДОПУСК		
	A82.0	Лесное бешенство				
	A82.1	Городское бешенство				
	A82.9	Бешенство неуточненное				
	A83	Комариный вирусный энцефалит		НЕДОПУСК		
1C85	A83.0	Японский энцефалит				
1C83	A83.1	Западный лошадиный энцефалит				
1C84	A83.2	Восточный лошадиный энцефалит				
1C86	A83.3	Энцефалит Сент-Луис				
1C88	A83.4	Австралийский энцефалит				
	A83.5	Калифорнийский энцефалит				
1C87	A83.6	Болезнь, вызванная вирусом Роцио				
	A83.8	Другие комариные вирусные энцефалиты				
	A83.9	Комариный вирусный энцефалит неуточненный				
1C8Z	A84	Клещевой вирусный энцефалит		Менингоэнцефалитическая, полирадикулоневритическая, очаговая формы – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес, т. е. после снятия с диспансерного учета, при отсутствии осложнений	
1C89	A84.0	Дальневосточный клещевой энцефалит				

		[русский весенне-летний энцефалит]		Лихорадочная и менингеальная формы – временный НЕДОПУСК на время лечения (4–5 нед) и диспансерного наблюдения (12 мес)			
1C8A	A84.1	Центрально-европейский клещевой энцефалит					
1C8Z	A84.8	Другие клещевые вирусные энцефалиты					
1C8Z	A84.9	Клещевой вирусный энцефалит неуточненный					
1C80	A85	Другие вирусные энцефалиты, не классифицированные в других рубриках		Хроническая форма заболевания, осложненное течение (очаговая симптоматика) – НЕДОПУСК. Неосложненное течение – временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения	Допуск – не ранее чем через 36 мес после снятия с диспансерного учета при отсутствии осложнений		
1C80	A85.0	Энтеровирусный энцефалит (G05.1 туб.)					
1C80	A85.1	Аденовирусный энцефалит (G05.1 туб.)					
1C80	A85.2	Вирусный энцефалит, передаваемый членистоногими, неуточненный					
1C80	A85.8	Другие уточненные вирусные энцефалиты					
1C80	A86	Вирусный энцефалит неуточненный		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего восстановления	Допуск возможен не ранее чем через 36 мес после снятия с диспансерного учета при отсутствии осложнений		
1C8E	A87	Вирусный менингит				ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отсутствии осложнений	
1C8E.1	A87.0	Энтеровирусный менингит (G02.0 туб.)					
1C8E.2	A87.1	Аденовирусный менингит (G02.0 туб.)					
1C8F	A87.2	Лимфоцитарный хориоменингит					
	A87.8	Другой вирусный менингит					
1C8E.Z	A87.9	Вирусный менингит неуточненный					

1C8Z	A88	Другие вирусные инфекции центральной нервной системы, не классифицированные в других рубриках		Осложненные формы, вирусоносительство – НЕДОПУСК. Неосложненное течение – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес при отсутствии осложнений	
1F05.2	A88.0	Энтеровирусная экзантематозная лихорадка [бостонская экзантема]				
	A88.1	Эпидемическое головокружение				
	A88.8	Другие уточненные вирусные инфекции центральной нервной системы				
1C8Z	A89	Вирусная инфекция центральной нервной системы			ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	
	A92-A99	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки				
1D4Z	A92	Другие комариные вирусные лихорадки			ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	
1D40	A92.0	Болезнь, вызванная вирусом Чикунгунья				
1D42	A92.1	Лихорадка О`Ньонг-Ньонг				
1C8C	A92.2	Венесуэльская лошадиная лихорадка				
1D46	A92.3	Лихорадка Западного Нила				
1D44	A92.4	Лихорадка Рифт-Валли [долины Рифт]				
	A92.8	Другая уточненная комариная вирусная лихорадка				
1D4Z	A92.9	Комариная вирусная лихорадка неуточненная				

1D4Z	A93	Другие вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, не классифицированные в других рубриках			ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	
1D43	A93.0	Болезнь, вызванная вирусом Оропуш				
1D45	A93.1	Москитная лихорадка				
1D41	A93.2	Колорадская клещевая лихорадка				
	A93.8	Другие уточненные вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими				
1D4Z	A94	Вирусная лихорадка, передаваемая членистоногими, неуточненная		Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	
1D47	A95	Желтая лихорадка		Легкие и abortивные формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления		
1D47	A95.0	Лесная желтая лихорадка				
1D47	A95.1	Городская желтая лихорадка				
1D47	A95.9	Желтая лихорадка неуточненная				
	A96	Аденовирусная геморрагическая лихорадка		Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	
1D61.0	A96.0	Гемор. лихорадка Хунин		Легкие формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления		
1D61.1	A96.1	Геморрагическая лихорадка Мачупо				
1D62.2	A96.2	Лихорадка Ласса				
	A96.8	Другие аденовирусные геморрагические лихорадки				
	A96.9	Аденовирусная геморрагическая				

		лихорадка неуточненная				
	A98	Другие вирусные геморрагические лихорадки, не классифицированные в других рубриках		Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК. Легкие формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 24 мес при отсутствии осложнений, стойких функциональных отклонений и отрицательных лабораторных данных	
1D49	A98.0	Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)				
1D4A	A98.1	Омская геморрагическая лихорадка				
1D4B	A98.2	Кьясанурская лесная болезнь				
1D60.1Z	A98.3	Болезнь, вызванная вирусом Марбург				
1D60.01	A98.4	Болезнь, вызванная вирусом Эбола				
1D62.0	A98.5	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом				
1D62.Y	A98.8	Другие уточненные вирусные геморрагические лихорадки				
	A99	Вирусная геморрагическая лихорадка неуточненная		НЕДОПУСК		
	B00–B09	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (за исключением B00 Инфекции, вызываемой вирусом простого герпеса, B02 Опоясывающего лишая, B07 Вирусных бородавок, B08 и B09 Неклассифицируемых и Неуточненных вирусных инфекций, соответственно, которые включены в 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 мочеполовой системы и в 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 кожи)				
1E90	B01	Ветряная оспа [varicella]		Временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления		

1E90.1	B01.0	Ветряная оспа с менингитом (G02.0туб.)			ДОПУСК не ранее чем через 1 мес при отсутствии осложнений	
1E90.2	B01.1	Ветряная оспа с энцефалитом (G05.1туб.)				
	B01.2	Ветряная оспа с пневмонией (J17.1туб.)				
	B01.8	Ветряная оспа с другими осложнениями				
1E90.0	B01.9	Ветряная оспа без осложнений		Временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	ДОПУСК – при отсутствии осложнений: к ОФП – через 7–8 дней после разрешения клинической симптоматики (высыпаний); к тренировкам – через 10–12 дней; к соревнованиям – через 16–18 дней	
1E70	B03	Оспа		Тяжелое течение – НЕДОПУСК Легкие формы заболевания – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес при отсутствии осложнений	
1E71	B04	Инфекции, вызванные вирусом обезьяньей оспы		Осложненные формы заболевания – НЕДОПУСК.	ДОПУСК: к ОФП – через 14-16 дней после разрешения высыпаний, к тренировкам – через 20-21 день, к соревнованиям – через 25-30 дней	
1F03	B05	Корь		Неосложненная корь – временный НЕДОПУСК		
1F03.1	B05.0	Корь, осложненная энцефалитом (G05.1туб.)				
1F03.2	B05.1	Корь, осложненная менингитом (G02.0туб.)				
	B05.2	Корь, осложненная пневмонией (J17.1туб.)				
	B05.3	Корь, осложненная средним отитом (H67.1туб.)				
	B05.4	Корь с кишечными осложнениями				

	B05.8	Корь с другими осложнениями			
1F03.0	B05.9	Корь без осложнений			
1F02	B06	Краснуха [немецкая корь]		Краснуха – временный НЕДОПУСК на период лечения	ДОПУСК: к ОФП – через 14–16 дней после разрешения высыпаний, к тренировкам – через 20–21 день, к соревнованиям – через 25–30 дней
1F02.0	B06.0	Краснуха с неврологическими осложнениями			
	B06.8	Краснуха с другими осложнениями			
1F02.2	B06.9	Краснуха без осложнений			
	B15–B19	Вирусный гепатит			
1E50.0	B15	Острый гепатит А		Осложненные (фульминантное течение с развитием печеночной комы), рецидивирующие формы – НЕДОПУСК.	Через 3–6 мес после выписки из стационара (т. е. по окончании периода диспансерного наблюдения) при отсутствии осложнений и нормальных показателях активности ферментов – условный ДОПУСК (контроль врача команды): исключение тренировок больших объемов и интенсивности (в пульсовой зоне до 140 уд. в мин), работы с весами, превышающими половину собственной массы, работы в анаэробном режиме.
1E50.0	B15.0	Гепатит А с печеночной комой			
1E50.0	B15.9	Гепатит А без печеночной комы		<p>При затяжном течении (с замедленным снижением активности трансаминаз – более 1,5 мес) тяжелых форм заболевания не показаны занятия видами спорта, направленными на развитие качества выносливости – относительный НЕДОПУСК.</p> <p>При отсутствии осложнений – временный НЕДОПУСК на период болезни и последующего диспансерного наблюдения – 3–6 мес.</p> <p>При выраженной тенденции к снижению активности трансаминаз через 1–1,5 мес после выписки из стационара возможна ОФП</p>	Через 6–9 мес – полноценные тренировки и при отсутствии изменений функционального состояния – соревнования: ДОПУСК – индивидуальные виды спорта, за исключением тенниса и бадминтона;

					<p>технические, за исключением бобслея, водных лыж, скелетона, санного спорта; прикладные, за исключением спортивного ориентирования. Через 12 мес: лица, проходящие отбор в спортивные секции, индивидуальные виды спорта – теннис, бадминтон, командные игровые, циклические, спортивные единоборства, силовые, сложнокоординационные, экстремальные, технические – бобслей, скелетон, санный спорт, водные лыжи, прикладные виды – спортивное ориентирование</p>	
1E50.1	B16	Острый гепатит В		<p>Осложненные (фульминантное течение с развитием печеночной комы, ко-инфекция с комой), рецидивирующие формы – НЕДОПУСК.</p> <p>При затяжном течении заболевания не показаны занятия видами спорта, направленными на развитие качества выносливости, – относительный НЕДОПУСК.</p> <p>При отсутствии осложнений – временный НЕДОПУСК на период болезни и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес. При выраженной тенденции к снижению активности трансаминаз через 3 мес после выписки из стационара возможна ОФП</p>	<p>Через 6–12 мес после выписки из стационара при отсутствии осложнений и нормальных показателях активности ферментов – условный ДОПУСК (контроль врача команды): исключение тренировок больших объемов и интенсивности (в пульсовой зоне до 140 уд. в мин), работы с весами, превышающими половину собственной массы, работу в анаэробном режиме. Через 9–12 мес – полноценные тренировки и при отсутствии изменений функционального состояния – соревнования, но ранее 12 мес. В этот срок ДОПУСК может быть предоставлен в</p>	

					индивидуальных видах спорта, за исключением тенниса, бадминтона; технических, за исключением бобслея, водных лыж, скелетона, санного спорта; прикладных, за исключением спортивного ориентирования. Через 18 мес: лицам, проходящим отбор в спортивные секции, индивидуальные виды спорта – теннис, бадминтон, командные игровые, циклические, спортивные единоборства, силовые, сложнокоординационные, экстремальные, технические – бобслей, скелетон, санный спорт, водные лыжи, прикладные виды – спортивное ориентирование	
1E50.1	B16.0	Острый гепатит В с дельта-агентом (ко-инфекция) и печеночной комой				
1E50.1	B16.1	Острый гепатит В с дельта-агентом (ко-инфекция) без печеночной комы				
1E50.1	B16.2	Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой				
1E50.1	B16.9	Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы				
1E50Y	B17	Другие острые вирусные гепатиты				
1E50.3	B17.0	Острая дельта(супер)-инфекция при		НЕДОПУСК		

		хроническом гепатите В				
1E50.2	B17.1	Острый гепатит С		<p>При осложнениях – НЕДОПУСК.</p> <p>При неосложненном течении – временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего динамического наблюдения – 24 мес – с последующим решением вопроса о возобновлении спортивной деятельности (тренировки/соревнования) в зависимости от исхода заболевания – элиминация вируса (отрицательный тест) или трансформация в хроническое течение (положительный тест).</p> <p>В случае элиминации – тактика аналогична ведению пациентов после острого гепатита В</p>		
1E50.4	B17.2	Острый гепатит Е		Тактика ведения после окончания лечения соответствует такой при остром гепатите А		
1E50.Y	B17.8	Другие уточненные острые вирусные гепатиты				
1E51	B18	Хронический вирусный гепатит				
1E51.0	B18.0	Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом		НЕДОПУСК		
1E51.0	B18.1	Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента		<p>Подтвержденная клинико-инструментальными и лабораторными методами активность патологического процесса вне зависимости от выраженности вирусной нагрузки, т. е. наличия маркеров репликации – ДНК HBV либо высокая вирусная нагрузка при низкой активности</p>	<p>Решение о допуске может быть принято врачебной комиссией с привлечением врача-инфекциониста на основании данных о 3 отрицательных тестах на ДНК HBV, выполненного в сроки через 1, 3 и 6 месяцев после скринингового выявления</p>	

			<p>патологического процесса – НЕДОПУСК.</p> <p>В отдельных случаях низкой вирусной нагрузки при низкой активности (или ее отсутствии) – решение об условном ДОПУСКЕ принимает врачебная комиссия. Основанием для принятия обоснованного заключения, ориентированного на предотвращение эпидемиологических рисков, является экспертное заключение о минимизации опасности заражения спортсменов в ходе полноконтактных поединков при устойчивых значениях ДНК HBV менее 200 МЕ/мл (эта же величина принята для контингента медицинских работников)</p>	<p>HBsAg или после проведенной противовирусной терапии</p>	
1E51.1	B18.2	Хронический вирусный гепатит С	<p>Осложненное течение заболевания, отсутствие устойчивого вирусного ответа – НЕДОПУСК.</p> <p>Неосложненные формы – временный НЕДОПУСК на период лечения до достижения устойчивого вирусного ответа (элиминации вируса) – 2 отрицательных ответа в тестах РНК HCV</p>	<p>Решение об условном ДОПУСКЕ принимается врачебной комиссией с привлечением врача-инфекциониста после успешного окончания противовирусной терапии</p>	<p>Диагностика хронического гепатита С основана на выявлении HCV-антител (скрининг) и РНК HCV. Постановка данного диагноза обуславливает обязательное проведение полного курса этиотропного лечения препаратами прямого действия – 8–12 нед. Устойчивый вирусологический ответ (отрицательные результаты тестирования на РНК HCV через 12 и 24 нед после завершения терапии – элиминация вируса) достигается у 90–95 % пациентов без цирроза печени. При этом основной акцент и в диагностике, и в оценке эффективности лечения делается именно на определении генетического материала возбудителя, т. е. HCV, а не на обнаружении антител, что</p>

						полностью соответствует положениям регламентирующих документов ВОЗ/WHO, которыми руководствуется также АИВА – Международная ассоциация бокса: отстранению от соревнований подлежат спортсмены с установленным ранее диагнозом гепатита, т. е. по результатам РНК HCV. Если же в результате лечения достигнут устойчивый вирусный ответ, то отстранение не обоснованно; в отдельных случаях ДОПУСК возможен и в случае невозможности добиться элиминации вируса, т.е. тогда, когда в 3 последовательно выполненных пробах с интервалом в 12 недель отмечаются крайне низкие уровни вирусной нагрузки – ниже 200 МЕ/мл
1E51.Y	B18.8	Другой хронический вирусный гепатит		НЕДОПУСК – до установления возбудителя с последующей тактикой ведения, соответствующей клиническому диагнозу		
1E51.Z	B18.9	Хронический вирусный гепатит неуточненный		НЕДОПУСК – до установления возбудителя с последующей тактикой ведения, соответствующей клиническому диагнозу		
1E5Z	B19	Вирусный гепатит неуточненный		НЕДОПУСК – до установления возбудителя с последующей тактикой ведения, соответствующей клиническому диагнозу		
1E5Z	B19.0	Неуточненный вирусный гепатит с комой		НЕДОПУСК – до установления возбудителя с последующей тактикой ведения, соответствующей клиническому диагнозу		
1E5Z	B19.9	Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы		НЕДОПУСК – до установления возбудителя с последующей тактикой ведения, соответствующей клиническому диагнозу		

				ведения, соответствующей клиническому диагнозу		
	В20–В24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)				
1С6	В20	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микробактериальной инфекции		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.3	Бол., вызв. ВИЧ, с проявл. др. вирусных инфекций		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.5	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.6	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i>		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	В20.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	

		других инфекций и паразитарных болезней				
	B20.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекций и паразитарных болезней		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований – лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B21.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	

	V21.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V22	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V22.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V22.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V22.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V22.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V23	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других состояний				
	V23.0	Острый ВИЧ-инфекционный синдром		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	V23.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии		ДОПУСК при заболевании в фазе ремиссии, а также при отсутствии или незначительном иммунодефиците - уровне CD4 лимфоцитов ≥ 500 кл/мкл и вирусной нагрузке ВИЧ ниже уровня определения (< 50 копий/мл). Контактные виды спорта – недопуск.	Решение о ДОПУСКЕ принимается врачебной комиссией с привлечением врача-инфекциониста при условии регулярного наблюдения спортсмена в территориальном центре по	Отдельные спортивные ассоциации/федерации по видам спорта с полноконтактным взаимодействием соперников (профессиональный бокс, ММА – профессиональная/любительская)

	B23.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках		ДОПУСК при заболевании в фазе ремиссии, а также при отсутствии или незначительном иммунодефиците - уровне CD4 лимфоцитов ≥ 500 кл/мкл и вирусной нагрузке ВИЧ ниже уровня определения (< 50 копий/мл). Контактные виды спорта – недопуск.	борьбе со СПИДом или другой уполномоченной организации, регулярном приеме им эффективной антиретровирусной терапии	запрещают участие в соревнованиях при положительных тестах на ВИЧ
	B23.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний		Индивидуальное решение (врачебная комиссия) при условии фазы ремиссии, а также при отсутствии или незначительном иммунодефиците - уровне CD4 лимфоцитов ≥ 500 кл/мкл и вирусной нагрузке ВИЧ ниже уровня определения (< 50 копий/мл). Контактные виды спорта – недопуск.		
	B24	Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная		НЕДОПУСК	НЕДОПУСК	
	B25–B34	Другие вирусные болезни (за исключением B26 Эпидемический паротит и B30 Вирусный конъюнктивит, которые включены в Методические рекомендации по допуску к занятиям спортом при патологии ЛОР-органов и органа зрения соответственно)				
1D82	B25	Цитомегаловирусная болезнь		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	
	B25.0	Цитомегаловирусная пневмония (J17.1 туб.)		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	
1D82.0	B25.1	Цитомегаловирусный гепатит (K77.0 туб.)		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	
1D82.1	B25.2	Цитомегаловирусный панкреатит (K87.1 туб.)		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	
1D82.Y	B25.8	Другие цитомегаловирусные болезни		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	

1D82.Z	B25.9	Цитомегаловирусные болезни неуточненные		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего восстановления	ДОПУСК не ранее чем через 3 мес после клинического выздоровления при отсутствии осложнений	
1D81	B27	Инфекционный мононуклеоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес	ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после завершения периода диспансерного наблюдения при отсутствии осложнений	
	B27.0	Мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес	ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после завершения периода диспансерного наблюдения при отсутствии осложнений	
1D81.1	B27.1	Цитомегаловирусный мононуклеоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес	ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после завершения периода диспансерного наблюдения при отсутствии осложнений	
1D81.Y	B27.8	Другой инфекционный мононуклеоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес	ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после завершения периода диспансерного наблюдения при отсутствии осложнений	
1D81.Z	B27.9	Инфекционный мононуклеоз неуточненный		Временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего диспансерного наблюдения – 12 мес	ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после завершения периода диспансерного наблюдения при отсутствии осложнений	
	B33	Другие вирусные болезни, не классифицированные в других рубриках		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес	Условный ДОПУСК с использованием ОФП и существенным ограничением интенсивности и продолжительности нагрузок (до 50 %) – не ранее чем через 3–6–12 мес (в зависимости от тяжести инфекционного процесса) после исчезновения симптоматики. Полноценная тренировочная активность – после прекращения диспансерного наблюдения	Интенсивные физические нагрузки, воздействие высоких/низких температур – неблагоприятное влияние на состояние реконвалесцентов
1D83	B33.0	Эпидемическая миалгия	Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес			
1D4D	B33.1	Болезнь Росс-Ривер	Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес			
1D85	B33.2	Вирусный кардит	Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес			

	B33.3	Ретровирусные инфекции, не классифицированные в других рубриках		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес	Условный ДОПУСК с использованием ОФП и существенным ограничением интенсивности и продолжительности нагрузок (до 50 %) – не ранее чем через 1–3–6 мес (в зависимости от тяжести инфекционного процесса) после исчезновения симптоматики. Полноценная тренировочная активность – после прекращения диспансерного наблюдения
	B33.8	Другие уточненные вирусные болезни		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и последующего диспансерного наблюдения – до 24 мес	
1D9Z	B34	Вирусные инфекции неуточненной локализации		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия	
1D90	B34.0	Аденовирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия	
1D91	B34.1	Энтеровирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия	

1D92	B34.2	Коронавирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		
1D93	B34.3	Парвовирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		
	B34.4	Паповирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		
	B34.8	Другие вирусные инфекции неуточненной локации		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания		

				(склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		
1D9Z	B34.9	Вирусная инфекция неуточненная		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		

Раздел В35–В49 Микозы, включен в 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 кожи.

1F40	B50	Малярия		Спортивная деятельность, реализуемая в водной среде вне помещений (плавание в «открытой воде», триатлон и т. д.) – НЕДОПУСК. В остальных случаях – временный НЕДОПУСК на период лечения дебюта заболевания и его обострений (рецидивов)	Условный ДОПУСК не ранее чем через 1 мес после полного выздоровления: (ОФП – 6–7 дней, тренировки в режиме нарастания нагрузок – еще 9–10 дней, далее – полноценные тренировки – 14–16 дней, после чего возможно участие в локальных соревнованиях)	
1F40	B50	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum				
1F40.0	B50.0	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum, с церебральными осложнениями				
1F40.Y	B50.8	Другие виды тяжелой и осложненной малярии, вызванной Plasmodium falciparum				
1F40.Z	B50.9	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum, неуточненная				
1F41	B51	Малярия, вызванная Plasmodium vivax				
1F41.0	B51.0	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, осложненная разрывом селезенки				
1F41.Y	B51.8	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, с другими осложнениями				

1F41.Z	B51.9	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, без осложнений			
1F42	B52	Малярия, вызванная Plasmodium malariae			
	B52.0	Малярия, вызванная Plasmodium malariae, с нефропатией			
1F42.Y	B52.8	Малярия, вызванная Plasmodium malariae, с другими осложнениями			
1F42.Z	B52.9	Малярия, вызванная Plasmodium malariae, без осложнений			
1F44	B53	Другие виды паразитологически подтвержденной малярии			
1F43	B53.0	Малярия, вызванная Plasmodium ovale			
1F44	B53.1	Малярия, вызванная плазмодиями обезьян			
1F44	B53.8	Другие паразитологически подтвержденные малярии, не классифицированные в других рубриках			
1F4Z	B54	Малярия неуточненная			
1F54	B55	Лейшманиоз			
1F54.0	B55.0	Висцеральный лейшманиоз	Тяжелые формы – НЕДОПУСК. Неосложненные формы легкого течения – временный НЕДОПУСК на период острых проявлений и лечения	ДОПУСК – не ранее чем через 1 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений	
1F54.1	B55.1	Кожный лейшманиоз			
1F54.2	B55.2	Кожно-слизистый лейшманиоз			
1F54.Z	B55.9	Лейшманиоз неуточненный			

1F51	B56	Африканский трипаносомоз		Осложнения, позднее начало лечения (вне зависимости от формы поражения) – НЕДОПУСК. В случаях возможности раннего начала лечения – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений	
1F51.0	B56.0	Гамбийский трипаносомоз				
1F51.1	B56.1	Родезийский трипаносомоз				
1F51.Z	B56.9	Африканский трипаносомоз неуточненный				
1F53	B57	Болезнь Шагаса		НЕДОПУСК		
1F53.0	B57.0	Острая форма болезни Шагаса с поражением сердца (I41.2туб., I98.1туб.)				
1F53.1	B57.1	Острая форма бол. Шагаса без поражения сердца				
1F53.2	B57.2	Болезнь Шагаса (хроническая) с поражением сердца (I41.2туб., I98.1туб.)				
1F53.3	B57.3	Болезнь Шагаса (хроническая) с поражением пищеварительной системы				
	B57.4	Болезнь Шагаса (хроническая) с поражением нервной системы				
	B57.5	Болезнь Шагаса (хроническая) с поражением др. органов				
1F57	B58	Токсоплазмоз		Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом)	ДОПУСК – врачебная комиссия, при отсутствии признаков органических поражений	
1F57.3	B58.0	Токсоплазмозная окулопатия				
1F57.0	B58.1	Токсоплазмозный гепатит (K77.0туб.)				

1F57.1	B58.2	Токсоплазмозный менингоэнцефалит (G05.2туб.)		определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия		
1F57.2	B58.3	Легочный токсоплазмоз (J17.3туб.)				
1F57.Y	B58.8	Токсоплазмоз с поражением других органов				
1F57.Z	B58.9	Токсоплазмоз неуточненный				
	B59	Пневмоцистоз		Осложненные формы (ассоциация с ВИЧ, онкологической патологией) – НЕДОПУСК. Временный НЕДОПУСК на период острых проявлений. Дальнейшая тактика (и, соответственно, вариативность принимаемых решений о возможности занятий спортом) определяется характером органических поражений, тяжестью течения заболевания (склонностью к развитию осложнений) и сопутствующей патологии – врачебная комиссия	Неосложненные формы – ДОПУСК, не ранее чем 12 мес после полного выздоровления	При наличии тяжелой патологии (ВИЧ) рассматривается как интеркуррентная инфекция. После полного выздоровления, но не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений
	B60	Другие протозойные болезни, не классифицированные в других рубриках		Осложненные формы, бактерионосительство – НЕДОПУСК Легкое течение – временный НЕДОПУСК на период лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений	После полного выздоровления, но не ранее чем через 12 мес при отсутствии осложнений
1F52	B60.0	Бабезиоз				
1F50	B60.1	Акантамебиаз				
1F55	B60.2	Неглериаз				
1F5Y	B60.8	Другие уточненные протозойные болезни				

1F5Z	B64	Протозойная болезнь неуточненная		Тяжелые формы, бактерионосительство – НЕДОПУСК. Легкие, доброкачественно текущие формы – временный НЕДОПУСК на период лечения и последующего наблюдения		
	B65–B83	Гельминтозы				
1F86	B65	Шистосомоз [бильгарциоз]		Хронические формы заболевания – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после выздоровления, при устойчиво отрицательных лабораторных пробах и отсутствии осложнений	
1F86.0	B65.0	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma haematobium</i> [мочеполовой шистосомоз]		Неосложненное острое течение – временный НЕДОПУСК на период лечения и наблюдения		
1F86.1	B65.1	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma mansoni</i> [кишечный шистосомоз]				
1F86.2	B65.2	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma japonicum</i>				
1F86.4	B65.3	Церкариальный дерматит				
1F86.Y	B65.8	Другие шистосомозы				
1F86.Z	B65.9	Шистосомоз неуточненный				
1F8Y	B66	Другие трематодозы				Тяжелые формы заболевания – НЕДОПУСК. Легкое течение – временный НЕДОПУСК
1F84	B66.0	Описторхоз				
1F80	B66.1	Клонорхоз				
1F81	B66.2	Дикроцелиоз				
1F82	B66.3	Фасциолез				
1F85	B66.4	Парагонимоз				
1F83	B66.5	Фасциолопсидоз				
1F8Y	B66.8	Инвазии, вызванные другими двуустками				
1F8Z	B66.9	Инвазия двуустками неуточненная				

1F73	B67	Эхинококкоз		<p>Множественные поражения (узлы/кисты) одного или нескольких органов – сочетанный эхинококкоз, хронические формы заболевания – НЕДОПУСК.</p> <p>При первичном выявлении заболевания (единичные поражения) печени – временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления</p>	<p>После полного выздоровления, но не ранее чем через 24 мес после оперативного лечения при отсутствии осложнений</p>	<p>При сочетанном эхинококкозе в патологический процесс чаще вовлекаются правая доля печени и легкие.</p> <p>При множественных поражениях – пожизненное диспансерное наблюдение, а при единичных – в течение 8–10 лет, т. е. в случае излечения легких форм возобновление спортивной деятельности возможно при нахождении пациента на диспансерном учете – врачебная комиссия</p>
1F73.0	B67.0	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i>				
1F73.1	B67.1	Инвазия легкого, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i>				
1F73.2	B67.2	Инвазия кости, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i>				
	B67.3	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз, вызванный <i>Echinococcus granulosus</i>				
1F73.Z	B67.4	Инвазия, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> , неуточненная				
1F73.0	B67.5	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus multilocularis</i>		<p>Множественные поражения (узлы/кисты) одного или нескольких органов – сочетанный альвеолярный эхинококкоз, хронические формы заболевания – НЕДОПУСК</p>	НЕДОПУСК	<p>При поражениях (единичных и множественных) – пожизненное диспансерное наблюдение</p>
	B67.6	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз,				

		вызванные Echinococcus multilocularis						
1F73.Z	B67.7	Инвазия, вызванная Echinococcus multilocularis, неуточненная						
1F73.0	B67.8	Эхинококкоз печени неуточненный						
1F73.Z	B67.9	Эхинококкоз других органов неуточненный						
1F76	B68	Тениоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения и диспансерного наблюдения (24 мес)	ДОПУСК не ранее чем через 24 мес после полного выздоровления, при отсутствии осложнений и снятии с диспансерного учета	После лечения обязательно 4- кратное паразитологическое исследование (с интервалами в 1 мес)		
1F76.0	B68.0	Инвазия, вызванная Taenia solium						
1F76.1	B68.1	Инвазия, вызванная Taenia saginata						
1F76.Z	B68.9	Тениоз неуточненный						
1F70	B69	Цистицеркоз		НЕДОПУСК				
1F70.0	B69.0	Цистицеркоз центральной нервной системы						
1F70.1	B69.1	Цистицеркоз глаза						
1F70.Y	B69.8	Цистицеркоз др. локализаций						
1F70.Z	B69.9	Цистицеркоз неуточненный						
	B70	Дифиллоботриоз и спарганоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения (до 1 мес) и диспансерного наблюдения (6 мес)	ДОПУСК не ранее чем через 6 мес после полного выздоровления, при отсутствии осложнений и снятии с диспансерного учета	Для снятия с учета необходимо 6- кратное отрицательное паразитологическое исследование (1 раз в месяц)		
1F71	B70.0	Дифиллоботриоз						
1F75	B70.1	Спарганоз						
1F7	B71	Другие инвазии, вызванные цестодами		Временный НЕДОПУСК на период лечения (до 1 мес) и диспансерного наблюдения (не менее 6 мес)	ДОПУСК не ранее чем через 6 мес после полного выздоровления, при	Для снятия с учета необходимо 6- кратное отрицательное паразитологическое исследование		
1F74	B71.0	Гименолепидоз						
1F72	B71.1	Дипилидиоз						

1F7Y	B71.8	Инвазия другими уточненными цестодами			отсутствии осложнений и снятия с диспансерного учета	(первые 2 месяца – 1 раз в 2 нед, затем 1 раз в месяц)
1F7Z	B71.9	Инвазия цестодами неуточненными				
1F64	B72	Дракункулез (ришта)		Осложнения при хроническом течении суставной формы заболевания (анкилоз) – НЕДОПУСК. Острое течение (менее 1 года) – временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений	Заболевание близко к искоренению (единичные случаи в странах Африки – Мали, Чаде, Эфиопии, Судане)
1F6A	B73	Онхоцеркоз		Офтальмологические осложнения при хроническом течении заболевания (атрофия зрительного нерва, хориоретинит, глаукома) – НЕДОПУСК. Конъюнктивит в сочетании с кожными проявлениями – временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений	
1F66	B74	Филяриатоз		Временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	ДОПУСК – не ранее чем через 12 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений	В России заболевание чаще протекает в атипичной форме, что препятствует его своевременной диагностике
1F66.30	B74.0	Филяриатоз, вызванный <i>Wuchereria bancrofti</i>				
1F66.31	B74.1	Филяриатоз, вызванный <i>Brugia malayi</i>				
1F66.32	B74.2	Филяриатоз, вызванный <i>Brugia timoti</i>				
1F66.0	B74.3	Лоаоз				
1F66.1	B74.4	Мансонеллез				
1F66.Y	B74.8	Другие виды филяриатоза				
1F66.Z	B74.9	Филяриатоз неуточненный				
1F6E	B75	Трихинеллез		Полиорганные поражения, затяжное течение – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – не ранее чем через 3 мес после полного выздоровления при легких формах и не менее 6 мес – при	Необходимость проведения противоэпидемических мероприятий в очаге выявления.

				Временный НЕДОПУСК на время лечения и восстановления	тяжелых; при отсутствии осложнений и отрицательном паразитологическом обследовании – не менее 3 раз (через 2 нед после лечения, через 1–2 и 5–6 мес)	Продолжительность диспансерного наблюдения – 2 года, т. е. спортивная деятельность может быть возобновлена до окончания данного периода – врачебная комиссия
1F68	B76	Анкилостомидоз		Временный НЕДОПУСК на время лечения и диспансерного наблюдения	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после полного выздоровления при отсутствии осложнений и отрицательном паразитологическом обследовании	При тенденции к затяжному тяжелому течению – риск железодефицитной анемии
1F68	B76.0	Анкилостомоз				
1F68.1	B76.1	Некатороз				
1F68	B76.8	Другие анкилостомидозы				
1F68	B76.9	Анкилостомидоз неуточненный				
1F62	B77	Аскаридоз		Временный НЕДОПУСК на время лечения и последующего наблюдения	После полного выздоровления, подтвержденного трехкратным отрицательным паразитологическим тестированием, которое проводится через 3 недели после окончания лечения	
1F62	B77.0	Аскаридоз с кишечными осложнениями				
1F62	B77.8	Аскаридоз с другими осложнениями				
1F62	B77.9	Аскаридоз неуточненный				
1F6B	B78	Стронгилоидоз		Хронические формы, диссеминированный процесс – НЕДОПУСК. Острое неосложненное течение – временный НЕДОПУСК на период лечения и диспансерного наблюдения	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после снятия с диспансерного учета, при отсутствии осложнений и отрицательном паразитологическом обследовании	
1F6B	B78.0	Кишечный стронгилоидоз				
1F6B	B78.1	Кожный стронгилоидоз				
1F6B	B78.7	Диссеминированный стронгилоидоз				

1F6B	B78.9	Стронгилоидоз неуточненный				
1F6G	B79	Трихуроз		При неосложненных формах – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 3 мес после полного выздоровления при отсутствии тяжелых осложнений со стороны ЖКТ (перитонит)	
1F65	B80	Энтеробиоз		Временный НЕДОПУСК на время лечения и последующего наблюдения	ДОПУСК – не ранее чем через 14 дней после выздоровления, подтвержденного паразитологическим исследованием, при отсутствии осложнений	
	B81	Другие кишечные гельминтозы, не классифицированные в других рубриках		Хронические формы – НЕДОПУСК. Острое течение – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после снятия с диспансерного учета, при отсутствии осложнений и отрицательном паразитологическом обследовании	
1F61	B81.0	Анизакидоз				
1F63.0	B81.1	Кишечный капилляриоз				
1F6F	B81.2	Трихостронгилоидоз				
1F60.1	B81.3	Кишечный ангиостронгилоидоз				
	B81.4	Кишечные гельминтозы смешанной этиологии				
	B81.8	Другие уточненные кишечные гельминтозы				
1F90.Z	B82	Кишечный паразитизм неуточненный		Хронические формы – НЕДОПУСК. Острое течение – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после снятия с диспансерного учета, при отсутствии осложнений и отрицательном паразитологическом обследовании	
1F90.2	B82.0	Кишечные гельминтозы неуточненные				
1F90.Z	B82.9	Кишечный паразитизм неуточненный				
	B83	Другие гельминтозы		Хронические формы – НЕДОПУСК. Острое течение – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – не ранее чем через 6 мес после снятия с диспансерного учета, при отсутствии осложнений и	
	B83.0	Висцеральная форма заболевания, вызванная миграцией личинок				

		гельминтов [висцеральная Larva migrans]			отрицательном паразитологическом обследовании	
1F67	B83.1	Гнатостомоз				
1F60	B83.2	Ангиостронгилоидоз, вызванный Parastrongylus cantonensis				
1F6C	B83.3	Сингамиоз				
	B83.4	Внутренний гирудиноз				
1F9Y	B83.8	Другие уточненные гельминтозы				
1F9Z	B83.9	Гельминтозы неуточненные				
	B85–B89	Педикулез, акариаз и другие инфестации				
	B85	Педикулез и фтириоз		Временный НЕДОПУСК на период лечения	ДОПУСК – после полного выздоровления	Противоэпидемические мероприятия в очаге
1G00.0	B85.0	Педикулез, вызванный Pediculus humanus capitis				
1G00.1	B85.1	Педикулез, вызванный Pediculus humanus corporeis				
1G00.Z	B85.2	Педикулез неуточненный				
1G03	B85.3	Фтириоз				
	B85.4	Смешанный педикулез				
1G04	B86	Чесотка		Временный НЕДОПУСК на период лечения	ДОПУСК после полного выздоровления	Противоэпидемические мероприятия в очаге
1G01	B87	Миаз		Полостные формы заболевания (в т. ч. паразитирование в пазухах носа) – НЕДОПУСК.	ДОПУСК – после полного выздоровления и отсутствия осложнений	
1G01.3	B87.0	Кожный миаз				
1G01.3	B87.1	Раневой миаз				
1G01.0	B87.2	Глазной миаз				
1G01.1	B87.3	Носоглоточный миаз		Поверхностные формы – временный НЕДОПУСК на период лечения		
	B87.4	Ушной миаз				
1G01.Y	B87.8	Миаз другой локализации				
1G01.Z	B87.9	Миаз неуточненный				

	B88	Другие инфестации		Неосложненные формы – временный НЕДОПУСК	ДОПУСК – после полного выздоровления и отсутствия осложнений (гангрена, сепсис)	
	B88.0	Другой акариаз				
1G05	B88.1	Тунгиоз [инфестация тропической песчаной блохой]				
	B88.2	Другие инфестации членистоногими				
1G02	B88.3	Наружный гирудиоз				
	B88.8	Другие уточненные инфестации				
1G0Z	B88.9	Инфестация неуточненная				
1G2Z	B89	Паразитарная болезнь неуточненная		Индивидуальное решение (врачебная комиссия)		
	B90–B94	Последствия инфестационных и паразитарных болезней				
1G80	B90	Последствия туберкулеза		НЕДОПУСК		
1G80	B90.0	Отдаленные последствия туберкулеза центральной нервной системы				
1G80	B90.1	Отдаленные последствия туберкулеза мочеполовых органов				
1G80	B90.2	Отдаленные последствия туберкулеза костей и суставов				
1G80	B90.8	Отдаленные последствия туберкулеза других уточненных органов				
1G80	B90.9	Отдаленные последствия				

		туберкулеза органов дыхания и неуточненного туберкулеза				
1G83	B91	Последствия полиомиелита		НЕДОПУСК	<p>НЕДОПУСК к олимпийским и неолимпийским (включая национальные) видам спорта, за исключением абстрактно-логических. Возможен ДОПУСК к занятиям паралимпийским/адаптивным спортом и адаптивной физической культурой, при условии отсутствия органических поражений и осложнений, как ранних (деструктивные процессы в легких, включая ателектазы), так и поздних (тяжелые формы сколиоза – с ограничением функции кардиоваскулярной и респираторной систем, а также при выраженном остеопорозе).</p> <p>Последствия полиомиелита с органическими поражениями и/или поздними осложнениями – НЕДОПУСК</p>	
1G82	B92	Последствия лепры		НЕДОПУСК		
	B94	Последствия других и неуточненных инфекционных и паразитарных болезней		Индивидуальное решение		
	B94.0	Отдаленные последствия трахомы				
	B94.1	Отдаленные последствия вирусного энцефалита				

	B94.2	Отдаленные последствия вирусного гепатита				
	B94.8	Отдаленные последствия других уточненных инфекционных и паразитарных болезней				
	B94.9	Отдаленные последствия неуточненных инфекционных и паразитарных болезней				
IH0Z	B99	Другие и неуточненные инфекционные болезни		Временный НЕДОПУСК до верификации диагноза	ДОПУСК – после полного выздоровления и отсутствия осложнений со стороны органов и систем, нормализации лабораторных показателей	
QC90.Z	Z20	Контакт с больным и возможность заражения инфекционными болезнями		Временный НЕДОПУСК до верификации диагноза	ДОПУСК – после полного выздоровления и отсутствия осложнений со стороны органов и систем, нормализации лабораторных показателей	
QD0Z	Z22	Носительство возбудителя инфекционной болезни		Носители возбудителей инфекционных заболеваний – НЕДОПУСК к занятиям спортом	ДОПУСК – после полного выздоровления и отсутствия осложнений со стороны органов и систем, нормализации лабораторных показателей	

Заключение

Применение разработанных на основе анализа данных литературы и обобщения накопленного опыта практической работы критериев допуска в повседневной деятельности учреждений, оказывающих медицинскую помощь и медико-биологическое обеспечение спортсменов, находящихся на этапах многолетней спортивной подготовки, позволит повысить эффективность взаимодействий профильных специалистов в процессе проведения периодической оценки здоровья спортсменов с инфекционной патологией, даст возможность не только обеспечить оптимальные алгоритмы проведения программ дополнительного обследования при подозрении на возможность персистирования бактериальных и вирусных агентов, систематически поражающих спортсменов в ходе тренировочного и соревновательного процесса, но и обеспечить безопасное возвращение к профессиональной деятельности самого спортсмена, а также предотвратить эпидемические риски в конкурентном противостоянии с соперником, при контактах с партнерами по команде, тренерским и техническим персоналом.

В настоящих методических рекомендациях учтены актуальные регламентирующие документы (включая материалы ВОЗ) по наиболее распространенным инфекциям.

Библиографические данные

УДК 61:796/799

Ключевые слова: СПОРТ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ, ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ СПОРТСМЕНЫ, ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОЛОГИЯ, ДОПУСК К СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Библиография

Ветряная оспа

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 383–385.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерцовского. – М., 2007, с. 99–101.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 62–65.
4. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 63–70.
5. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 765–771.
6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 549–550.
7. Таточенко В.К. Новый календарь, новые вакцины. Лечащий врач № 10 2009.
8. Кускова Т.К., Белова Е.Г., Мигманов Т.Э. Ветряная оспа. Лечащий врач № 1 2004.

ВИЧ

1. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача» / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: «Энциклопедия», 2004, с. 99–111.
2. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 71–80.
3. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 670–701.
4. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. и др. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень. М., 2009, с. 5–20.
5. ЮНИСЕФ. Дети и женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. М., 2004, с. 3–7.
6. Папаян А.Г. и др. Быстрая оценка и анализ мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДа в особо уязвимых группах молодых людей и подростков. Матер. Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. М., 2006, 90с.

7. Ряпалов Е.М. Беременность и роды у ВИЧ-инфицированных женщин Российской Федерации. Автореф. Дисс. ...канд. мед. наук М., 2005, 126–7 с.
8. Сухих Г.Т., Баранов И.И. Репродуктивное здоровье и ВИЧ-инфекция. М., 2009, 107–14 с.
9. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение. СПб., 2000, 323–4 с.
10. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням. СПб.: «Фолиант», 2003, 1037 с.
11. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 498–513.
12. Голохвастова Н.О. Врожденная ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. Лечащий врач № 1 2009.
13. Ющук Н.Д., Венгеров Н.Д., Шахгильдян И.В., Нагибина М.В., Ченцов В. Б., Груздев Б.М. , Баринова А.А., Мартынова Н.Н., Мясников В.А. Интенсивная и паллиативная терапия больных ВИЧ-инфекцией. Лечащий врач № 9 2008.

Дифтерия

1. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М, 2007, с. 46–48.
2. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 144–154.
3. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 109–117.
4. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 475–485.
5. Корженкова М.П., Берко А.И., Малышев Н.А., Гальвидис И.А., Яковлева И.В. Диагностика и лечение токсической дифтерии. Лечащий врач № 6 2010.
6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 432–436.
7. Ющук Н.Д. Дифтерия. Лечащий врач № 3 1998.
8. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 393–396.

Инфекционный мононуклеоз

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 389–390.

2. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 167–173.
3. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 120–127.
4. Авдеева М.Г., Намитоков Х.А., Полянский А.В. Триско А.А. Особенности современного течения инфекционного мононуклеоза у взрослых. Инфекционные болезни: Научно-практический журнал Национального научного общества инфекционистов / Под ред. В.И. Покровского. – ООО Издательство «Династия», № 7, 2009, с. 22–25.
5. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Сарсания Ж.Ш. и др. Клинические формы хронической Эпштейна – Барр-вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения. Лечащий врач 2003; 9: 32–8.
6. Уразова О.И., Новицкий В.В., Литвинова Л.С., Помогаева А.П. Хромосомные нарушения, апоптоз и активность репарации ДНК в лимфоцитах периферической крови при инфекционном мононуклеозе у детей. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2002; 3 (133): 323–7.
7. Ющук Н.Д., Рослый И.М., Белова Е.Г. и др. Функциональное состояние печени при инфекционном мононуклеозе у взрослых. Лечащий врач 1998; 3: 18–20.
8. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 776–784.
9. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 551–552.

Коклюш

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 390–392.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М, 2007, с. 50–57.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача» / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 192–195.
4. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 140–144.
5. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 421–423.
7. Сиземов А.Н., Комелева Е.В. Коклюш: клиника, диагностика, лечение. Лечащий врач № 7 2005.

Корь

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 387–389.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М, 2007, с. 61–71.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 200–207.
4. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 154–160.
5. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 801–809.
6. Сундуков А.В., Аликеева Г.К., Кожевникова Г.М., Кухтевич Е.В., Ющук Н.Д., Сафиуллина Н.Х. Корь. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач», № 6, 2011.
7. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 534–535.
8. Степанов А.А. Активная профилактика кори, эпидемического паротита и краснухи. Лечащий врач, № 9, 2005.

Краснуха

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 385–386.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М, 2007, с. 61–71.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 207–212.
4. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 160–164.
5. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 809–814.
6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 516–517.

7. Степанов А.А. Активная профилактика кори, эпидемического паротита и краснухи. Лечащий врач, № 9, 2005.

Лейшманиозы

1. Бронштейн А.М., Токмалаев А.К. Паразитарные болезни человека: Протозоозы и гельминтозы: Учеб. пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2004, с. 62–68.
2. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: «Энциклопедия», 2004, с. 223–227.
3. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 171–174.
4. Паразитарные болезни человека. Под редакцией В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова, С.-Петербург, Фолиант, 2008, 586 с.
5. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 402–403.
6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 641–644.

Малярия

1. Бронштейн А.М., Токмалаев А.К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы: М.: Изд-во РУДН, 2004, 207 с.
2. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача» / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 260–267.
3. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 928–943.
4. Микроскопическая диагностика малярии / ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2000, 87 с.
5. Малярия: клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика. Учебное пособие. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2005, 84 с.
6. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 195–199.
7. Прадхиб Венкатесан. Новые разработки в лечении инфекционных болезней. Лечащий врач, № 9, 2001.
8. Тропические болезни. Под редакцией Е.П. Шуваловой, М., «Медицина», 1989, 495 с.

9. Паразитарные болезни человека. Под редакцией В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова, С.-Петербург, Фолиант, 2008, 586 с.
10. Клиническая паразитология. Под редакцией А.Я. Лысенко, ВОЗ, Женева, 2002, 734 с.
11. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В. Маляриология. ВОЗ, Женева, 1999, 247 с.
12. Руководство по эпидемиологическому надзору за малярией в Российской Федерации. ВОЗ, ИМПитМ им. Е.И. Марциновского, Москва, 2000, 119 с.
13. Основные методы лабораторной диагностики паразитарных болезней. ВОЗ, Женева, 1994, с. 92–101.

Менингококковая инфекция

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 396–398.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерцовского. – М, 2007, с. 86–89.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 269–277.
4. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 370–374.
5. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 199–208.
6. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 461–475.
7. Харламова Ф.С. Менингококковая инфекция у детей. Лечащий врач, № 1, 2008.
8. Венгеров Ю.Я. Менингиты. Лечащий врач, № 2–3, 1999.

Натуральная оспа

1. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 282–284.
2. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 215–219.
3. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 552–554.
4. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 823–829.

5. Натуральная оспа (клиника, лечение, иммунопрофилактика). Методические рекомендации Федерального медико-биологического агентства, Москва, 2006, 61 с.

Паротит

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 386–387.

2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М, 2007, с. 61–71.

3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 475–479.

4. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 241–244.

5. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 814–823.

6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 533–534.

7. Степанов А.А. Активная профилактика кори, эпидемического паротита и краснухи. Лечащий врач, № 9, 2005.

8. Малов В.А., Горобченко А.Н. Эпидемический паротит. Лечащий врач, № 9, 2003.

Скарлатина

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2003, с. 392–393.

2. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача». / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 378–383

3. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 291–295.

4. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 363–366.

5. Астафьева Н.В., Еровиченко А.А., Оськина В.В., Бурчик М.А., Савина А.В. Скарлатина у взрослых. Лечащий врач, № 3, 2002.

6. Васюнин А.В., Краснова Е.И., Кретьен С.О. Острая стрептококковая инфекция ротоглотки в педиатрической практике – проблема и пути решения. Лечащий врач, № 8, 2011.

Столбняк

1. Инфекционные болезни: Национальное руководство. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 521–529.
2. Иммунопрофилактика-2007: Справочник – 8-е издание, дополненное / Под ред. В.К. Таточенко и Н.А. Озерецковского. – М., 2007, с. 48–50.
3. Инфекционные болезни. Серия «Справочники практического врача» / Под ред. В.И. Бородулина. – М.: Энциклопедия, 2004, с. 389–394.
4. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001, с. 453–454.
5. Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 307–309.

Гепатит В

1. World Health Organization. Hepatitis B Fact Sheet. July 27, 2020.
2. Ministerstvo zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. Hronicheskiy virusnyj gepatit B (HVGВ) u vzroslyh. 2019. Russian.
3. Pokrovskij VI, Totoljan AA, Jesaulenko EV, Suhoruk AA. Virusnye gepatity v Rossijskoj Federacii: Analiticheskiy obzor. 11 vypusk. SPb: FBUN NIIJeM imeni Pastera. 2018. Russian.
4. O sostojanii sanitarno-jepidemiologicheskogo blagopoluchija naselenija v Rossijskoj Federacii v 2020 godu: Federal'naja sluzhba po nadzoru v sfe-re zashhity prav potrebitelej i blagopoluchija cheloveka. 2021. Russian.
5. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of hepatology. 2017;67(2):370–98.
6. Torresi J, Locarnini S. Antiviral chemotherapy for the treatment of hepatitis B virus infections. Gastroenterology. 2000; 118(2):S83–S103.
7. Ivashkin VT, Jushhuk ND, Maevskaja MV, Znojko OO, Dudina KR, Karetkina GN, et al. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastrojenterologicheskoy associacii i Rossijskogo obshhestva po izucheniju pecheni po diagnostike i lecheniju vzroslyh bol'nyh gepatitom B. Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2014; № 3:58–88. Russian.
8. Panevkina S, Abdurahmanov D, Ibragimov Je, Rozina T, Nikulkina E, Tanashhuk E, et al. Ocenka fibroza pecheni pri dlitel'noj terapii hronicheskogo gepatita V nukleozidnymi i nukleotidnymi analogami. Terapija. 2021;7(6):24-31. Russian.

9. Orlov SG, Mjazin AE, Chulanov VP, editors. Rasprostranennost' genotipov virusa gepatita V sredi lic, hronicheski inficirovannyh virusom gepatita V v Moskve i Moskovskoj oblasti. Materialy Rossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii "Genodiagnostika infekcionnyh boleznej" 25–27 oktjabrja 2005 g Sosnovka, Novosibirskaja obl S 56; 2005. Russian.
10. Ono A, Suzuki F, Kawamura Y, Sezaki H, Hosaka T, Akuta N, et al. Long-term continuous entecavir therapy in nucleos (t) ide-naïve chronic hepatitis B patients. *Journal of hepatology*. 2012;57(3):508–14.
11. Luo J, Li X, Wu Y, Lin G, Pang Y, Zhang X, et al. Efficacy of entecavir treatment for up to 5 years in nucleos (t) ide-naïve chronic hepatitis B patients in real life. *International journal of medical sciences*. 2013;10(4):427.
12. Marcellin P, Heathcote EJ, Buti M, Gane E, de Man RA, Krastev Z, et al. Tenofovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(23):2442–55.
13. Yuen M-F, Seto W-K, Fung J, Wong DK-H, Yuen JC-H, Lai C-L. Three years of continuous entecavir therapy in treatment-naïve chronic hepatitis B patients: VIRAL suppression, viral resistance, and clinical safety. *Official journal of the American College of Gastroenterology|ACG*. 2011;106(7):1264–71.
14. Kayaaslan B, Akinci E, Ari A, Tufan ZK, Alpat SN, Gunal O, et al. A long-term multicenter study: Entecavir versus Tenofovir in treatment of nucleos (t) ide analogue-naïve chronic hepatitis B patients. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*. 2018;42(1):40–7.
15. Batirel A, Guclu E, Arslan F, Kocak F, Karabay O, Ozer S, et al. Comparable efficacy of tenofovir versus entecavir and predictors of response in treatment-naïve patients with chronic hepatitis B: a multicenter real-life study. *International Journal of Infectious Diseases*. 2014;28:153–9.
16. Chang T-T, Gish RG, De Man R, Gadano A, Sollano J, Chao Y-C, et al. A comparison of entecavir and lamivudine for HBeAg-positive chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(10):1001–10.
17. Lai C-L, Shouval D, Lok AS, Chang T-T, Cheinquer H, Goodman Z, et al. Entecavir versus lamivudine for patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(10):1011–20.
18. Jacobson IM, Washington MK, Buti M, Thompson A, Afdhal N, Flisiak R, et al. Factors associated with persistent increase in level of alanine aminotransferase in patients with chronic hepatitis B receiving oral antiviral therapy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2017;15(7):1087–94. e2.

19. Buti M, Tsai N, Petersen J, Flisiak R, Gurel S, Krastev Z, et al. Seven-Year Efficacy and Safety of Treatment with Tenofovir Disoproxil Fumarate for Chronic Hepatitis B Virus Infection. *Digestive Diseases and Sciences*. 2015;60(5):1457–64.
20. Petersen J, Heyne R, Mauss S, Schlaak J, Schiffelholz W, Eisenbach C, et al. Effectiveness and safety of tenofovir disoproxil fumarate in chronic hepatitis B: a 3-year prospective field practice study in Germany. *Digestive diseases and sciences*. 2016;61(10):3061–71.
21. Gish R, Chang TT, Lai CL, De Man R, Gadano A, Poordad F, et al. Loss of HBsAg antigen during treatment with entecavir or lamivudine in nucleoside-naïve HBeAg-positive patients with chronic hepatitis B. *Journal of viral hepatitis*. 2010;17(1):16–22.
22. Heathcote EJ, Marcellin P, Buti M, Gane E, Robert A, Krastev Z, et al. Three-year efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate treatment for chronic hepatitis B. *Gastroenterology*. 2011;140(1):132–43.
23. Park JW, Kwak KM, Kim SE, Jang MK, Suk KT, Kim DJ, et al. Comparison of the long-term efficacy between entecavir and tenofovir in treatment-naïve chronic hepatitis B patients. *BMC gastroenterology*. 2017;17(1):1–9.
24. Zoutendijk R, Reijnders JG, Brown A, Zoulim F, Mutimer D, Deterding K, et al. Entecavir treatment for chronic hepatitis B: adaptation is not needed for the majority of naive patients with a partial virological response. *Hepatology*. 2011;54(2):443–51.
25. Ibragimov JeK, Abdurahmanov DT, Rozina TP, Nikulkina EN, Tanashhuk EL, Odincov AV, et al. Jeffektivnost' i bezopasnost' dlitel'noj terapii hronicheskogo gepatita V nukleozidnymi i nukleotidnymi analogami. *Terapevticheskij arhiv*. 2019;91(2):40–7. Russian

Гепатит С

1. Clinical diagnosis of Viral Hepatitis: current status and future strategies
Author links open overlay panel. Shivangi, Manish Kumar Mishra, Sachin Gupta, Konika Razdan, Shashi Sudan, Shelly Sehgal. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* Available online 30 November 2023, 1 <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2023.116151> Get rights and content.
2. Interdisciplinary Care Coordination in Chronic Viral Hepatitis C
Author links open overlay panel Margaret J. Selph, Carter Hassinger, Divya Ahuja *The Journal for Nurse Practitioners* Volume 18, Issue 8, September 2022, Pages 893-896
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.05.015>.
3. Impact of hepatitis C virus point-of-care RNA viral load testing compared with laboratory-based testing on uptake of RNA testing and treatment, and turnaround times: a systematic review and meta-analysis. Author links open overlay

panel Adam Trickey PhD ^a, Emmanuel Fajardo PhD ^b, Daniel Alemu MD ^b, Andreea Adelina Artenie PhD ^a, Prof Philippa Easterbrook MD ^b. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* Volume 8, Issue 3, March 2023, Pages 253–270.

4. Viral eradication by direct-acting antivirals does not decrease the serum myostatin level in patients infected with hepatitis C virus Author links open overlay panel. Kei Endo M.D., Ph.D., Takuro Sato M.D., Ph.D., Yuichi Yoshida M.D., Ph.D., Keisuke Kakisaka M.D., Ph.D., Akio Miyasaka M.D., Ph.D., Yasuhiro Takikawa M.D., Ph.D. *Nutrition* Volume 101, September 2022, 111699. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2022.111699>.

5. THU-198 - Evaluation of patients treated with direct-acting anti-viral therapy for chronic hepatitis C and their risk of hepatocellular carcinoma in Hong Kong. Author links open overlay panel Victor Yung Sin Chow, Veronica Wing I Cheung. *Journal of Hepatology* Volume 78, Supplement 1, June 2023, Page S1195.

6. Shaimaa Sayed Khater, Azza Abd Elnaser, Doaa Abdallah, Dina Zamzam, Doaa Abd Elaziz Is Hepatitis C Virus Incriminated in Pathogenesis of Multiple Sclerosis? *Multiple Sclerosis and Related Disorders* Volume 80, December 2023, 105220. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2023.105220>.

7. Кичатова В.С., Кюрегян К.К. Современный взгляд на резистентность к препаратам прямого противовирусного действия при лечении вирусного гепатита С // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2019. Т. 8, 2. С 64–71.

Рекомендуемая литература

1. Harris, Mark D. MD, MPH, MBA. *Infectious Disease in Athletes*. *Current Sports Medicine Reports* 10(2):p 84–89, March 2011. DOI: 10.1249/JSR.00133182142381.

2. Ahmadinejad Z, Alijani N, Mansori S, Ziace V. Common sports-related infections: a review on clinical pictures, management and time to return to sports. *Asian J Sports Med*. 2014 Mar; 5(1):1–9. DOI: 10.5812/asjasm.34174.

3. Davies HD, Jackson MA, Rice SG; Committee On Infectious Diseases; Council On Sports Medicine And Fitness. Infectious Diseases Associated With Organized Sports and Outbreak Control. *Pediatrics*. 2017 Oct;140(4):20172477. DOI: 10.1542/peds.2017–2477.

4. Peterson AR, Nash E, Anderson BJ. Infectious Disease in Contact Sports. *Sports Health*. 2019 Jan/Feb;11(1):47-58. DOI: 10.1177/1941738118789954.