

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКАРСЬКОГО ОБСТЕ-
ЖЕННЯ.
ЛІКАРСЬКИЙ ВИСНОВОК

Навчально-методичний посібник

Запоріжжя, 2013

Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Черепок О.О. Аналіз результатів комплексного лікарського обстеження. Лікарський висновок. Навчально-методичний посібник. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2013. – 131 с.

Укладачі:

Михалюк Є.Л., д.мед.н., професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету.

Малахова С.М., к.мед.н., асистент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету.

Черепок О.О., к.мед.н., асистент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету.

Рецензенти:

Клапчук В.В., д.мед.н., професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації та рекреації Запорізького національного технічного університету.

Маліков М.В., д.біол.н., професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету.

Навчально-методичний посібник складено на основі діючого навчального плану та програми з навчальної дисципліни «Фізична реабілітація та спортивна медицина» для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації для напрямку підготовки «Медицина» 1101, для спеціальностей 7.110101 «Лікувальна справа», 7.110104 «Педіатрія», відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики і освітньо-професійної програми підготовки фахівців, затвердженими наказами МОН України від 16.04.03 №239 і від 28.07.03 №504, та експериментального навчального плану МОЗ України, розробленого на принципах Європейської кредитно-трансферної системи і затвердженого наказом МОЗ України від 31.01.2005 р., № 52.

Посібник призначено для самостійної роботи студентів IV курсу медичних факультетів при підготовці до практичних занять з навчальної дисципліни «Фізична реабілітація та спортивна медицина».

Навчально-методичний посібник обговорено та затверджено на засіданні циклової методичної комісії ЗДМУ з терапевтичних дисциплін і рекомендовано до видання Центральною методичною радою ЗДМУ (протокол № 5 від 23.05.2013 р.)

ЛІКАРСЬКИЙ ВИСНОВОК

У висновку, який лікар складає по закінченні лікарського обстеження спортсмена, узагальнюються всі отримані дані. При складанні висновку за даними диспансерного обстеження обсяг лікарської інформації значно збільшений, оскільки до такого обстеження залучаються лікарі вузьких спеціальностей (хірург, невропатолог, окуліст та ін.) і використовується широкий комплекс сучасних методів функціонального дослідження. Складання висновку, заснованого на настільки широкому обсязі даних, представляє для спортивного лікаря певні труднощі і вимагає широкої ерудиції та досвіду.

У висновку надається оцінка стану здоров'я, фізичному розвитку, пристосованості до фізичних навантажень, функціональному стану, зазначаються призначення, що стосуються лікування, профілактики, рекомендації за загальним режимом і режимом тренування.

За даними оцінки стану здоров'я, фізичного розвитку та функціонального стану визначається допуск до тренувань і змагань.

Оцінка стану здоров'я – перший і головний розділ заключення, за даними якого, по суті, вирішується питання про допуск до занять спортом. Цей розділ містить чітку розгорнуту характеристику стану здоров'я.

Якщо у стані здоров'я не виявлено жодних відхилень від норми, то у висновку зазначається: «здоровий». При невеликих порушеннях, які не впливають на загальний стан і працездатність – «практично здоровий», при цьому записується точний діагноз виявленого порушення (наприклад, каріозні зуби, хронічний тонзиліт без загострень впродовж року тощо). Якщо виявлено захворювання, яке може вплинути на працездатність і загальний стан, вимагає лікування або зміни режиму тренування, то в графі про стан здоров'я вказується діагноз захворювання з позначенням стадії, ступеня компенсації, можливості загострень і ін.

Оцінка фізичного розвитку проводиться виходячи з даних зовнішнього огляду, антропометричних і спеціальних вимірювань. Антропометричні по-

казники порівнюються зі стандартами, обчисленими для аналогічних за статтю, віком, характером рухової діяльності групи спортсменів. Результати спеціальних методів дослідження порівнюються з встановленими для спортсменів величинами. За даними зовнішнього огляду оцінюється тілобудова – як правильна або неправильна. На підставі комплексних даних, отриманих за допомогою антропометричних і спеціальних методів дослідження, оцінюється рівень фізичного розвитку: «вище середнього», «середній», або «нижче середнього». Записуються всі виявлені відхилення у фізичному розвитку.

Оцінка пристосовності до фізичних навантажень проводиться за результатами функціональної проби, при цьому враховуються всі компоненти реакції: впрацьовування, реактивність, взаємозв'язок різних показників, характер відновлення. Залежно від типу реакції організму на навантаження пристосовність до фізичних навантажень оцінюється як «хороша» або «задовільна» (при нормотонічній відповідній реакції) і «задовільна» або «незадовільна» (при атипових реакціях) із зазначенням характеру відновлення. При оцінці враховується характер і якість (за п'ятибальною системою) виконання навантаження. У випадках, коли проводяться дослідження в природних умовах з застосуванням специфічних тренувальних навантажень, оцінка відповідної реакції організму здійснюється окремо для кожного навантаження.

Нижче наведено приклади запису у висновку результатів функціональних проб.

«Пристосовність до фізичних навантажень функціональної проби хороша, з хорошим відновленням»; «Пристосовність до фізичних навантажень функціональної проби хороша, із задовільним відновленням після навантаження на витривалість»; «Незадовільна пристосовність до фізичних навантажень функціональної проби, ступінчастий тип реакції з незадовільним відновленням після навантаження на витривалість»; «Задовільна реакція на повторні фізичні навантаження з хорошим відновленням»; «Адекватна реакція на максимальне тренувальне навантаження із задовільним відновленням»; «Пристосовність до максимального тренувального навантаження пога-

на, з неадекватною реакцією і незадовільним відновленням»; «Задовільна пристосовність до повторних навантажень при низьких показниках працездатності»; «Гіпертонічна реакція на стандартні навантаження, що підсилюється при великих тренувальних і змагальних навантаженнях» та ін.

Функціональний стан оцінюється на основі комплексу отриманих даних анамнезу, дослідження в стані спокою, в умовах різних фізичних навантажень і в періоді відновлення записується як «добрий», «задовільний», «незадовільний» або «перевтома», «перетренованість» (із зазначенням стадії), «перенапруження».

Якщо виявлені відхилення в стані здоров'я спортсмена, які вимагають лікування, то у висновку фіксують призначення лікувально-профілактичних процедур, їх характер, терміни проведення, курс лікування, дозування, тривалість. При виявленні серйозних відхилень у стані здоров'я допуск до тренувань дозволяється тільки після закінчення лікування. При хронічних захворюваннях, які істотно не впливають на працездатність, найбільш зручний для лікування перехідний період підготовки. У висновку зазначаються види лікування: амбулаторне, стаціонарне, санаторно-курортне. Вказується, чи необхідно на час лікування припинити тренування або достатньо лише змінити їх характер. З метою підвищення опірності організму, попередження загострень хронічних захворювань і травм призначається відповідний загальний (харчування, відпочинок, загартовування, вітамінізація) і тренувальний режими, фізіотерапевтичні, бальнеологічні процедури, спеціальні медикаментозні засоби та ін. Призначення повинні бути конкретними.

Наприкінці висновку даються докладні вказівки лікарських рекомендацій по загальному режиму і режиму тренування. При діагностуванні лікарем хорошого функціонального стану у спортсмена зазначається у висновку, що застосовувана програма тренування відповідає можливостям його організму і, отже, не потребує зміни. Якщо виявляються несприятливі зміни у функціональному стані або ознаки перевтоми, перетренованості або перенапруги, то вказується, за рахунок яких компонентів слід зменшити обсяг і інтенсивність

навантаження в тренуванні, чи необхідно виділення додаткових днів відпочинку, зміна умов тренування або характеру використовуваних вправ, введення спеціальних вправ.

У випадку ускладнень в оцінці функціонального стану спортсмена в заключенні записується, що потрібне додаткове обстеження і призначається його термін, а також вказується дата наступного планового обстеження спортсмена.

Викладена форма заключення використовується при первинному лікарському обстеженні спортсмена в спортивному сезоні. При повторних і додаткових обстеженнях в заключенні фіксують зміни в стані здоров'я, фізичному розвитку і функціональному стані, які виявлені після останнього обстеження, а також роблять призначення з профілактики, лікування і режиму тренування.

Для прикладу нижче наводиться кілька можливих варіантів заключення.

«Здоров, фізичний розвиток вище середнього, пристосовність до навантажень добра, з хорошим відновленням. Функціональний стан добрий. Змін режиму тренування не потребує»; «Здоров, після останнього обстеження функціональний стан організму покращився. Можна змінити режим тренування, ввести додаткові дні активного відпочинку, ширше використовувати переключення на інший характер роботи. Вітамінізація. Наступне обстеження через два тижні». «Перетренованість, скарги на зниження працездатності, підвищену стомлюваність. Зміни кінцевої частини шлункового комплексу в грудних відведеннях (V_5-V_6), астенічна реакція на функціональну пробу. Неадекватна реакція на тренувальне навантаження з вираженими явищами втоми і незадовільним відновленням. Рекомендується тимчасове припинення тренування, стаціонарне обстеження та лікування»; «Перевтома, хронічний тонзиліт з періодичними загостреннями. Лівошлуночкова екстрасистолія. Незадовільна пристосовність до швидкісних навантажень, неадекватна реакція на тренувальні навантаження з різким почастишанням пульсу та дихання, зни-

женням артеріального тиску, вираженими змінами електрокардіограми, уповільненим відновленням. Скарги на погіршення загального стану, порушення сну, зниження працездатності, що викликано участю в змаганнях в період загострення тонзиліту. У зв'язку з тим, що консервативне лікування тонзиліту не дало потрібного ефекту, необхідна консультація ларинголога для вирішення питання про радикальне лікування. Рекомендується змінити режим навантажень за рахунок скорочення числа занять на тиждень, збільшення інтервалів відпочинку між вправами, обмеження швидкісних і силових вправ, введення змінної форми тренування. Вітамінізація, нормалізація сну. Повторне обстеження через два тижні».

Висновок необхідно обговорити з тренером, а також у доступній формі довести до відома спортсмена. Лікар повинен повідомляти тренеру про всі зміни, виявлених в стані спортсмена і, у свою чергу, отримувати від тренера інформацію про хід тренування, зміни в його плані, про результати педагогічних спостережень за спортсменами. Дані лікарських обстежень спортсмена є найбільш об'єктивними критеріями для тренера при плануванні тренування. Зазвичай спортивний лікар бере участь у складанні поточних і перспективних планів тренування, звертаючи особливу увагу на дотримання індивідуалізації тренування. При проведенні повторного обстеження він контролює, як виконуються спортсменом призначення і рекомендації, що фіксується в заключенні. Залежно від показань поточних лікарських спостережень можуть вноситися зміни до складених планів.

КРИТЕРІЇ РОЗПОДІЛУ НА МЕДИЧНІ ГРУПИ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я: ОСНОВНУ, ПІДГОТОВЧУ, СПЕЦІАЛЬНУ ТА ГРУПУ ЛФК

Медична група призначається на підставі результатів медичного обстеження, яке обов'язково включає вивчення анамнезу, загального стану здоров'я, особливостей фізичного розвитку та функціональних здібностей най-

важливіших систем організму. Послідувачі (поточні чи додаткові) медичні огляди дозволяють об'єктивно враховувати результати впливу на організм фізичних навантажень, що використовувались, та вносити відповідні корективи в призначений режим рухової активності, а також здійснювати, за необхідності, переведення з однієї медичної групи в іншу.

Правильний розподіл на медичні групи для занять фізичною культурою та фізичним вихованням забезпечує більш ретельне та оптимальне дозування фізичних навантажень, що дозволяє, з одного боку – підвищити ефективність й безпеку занять фізичними вправами, а з іншого – ліквідувати наслідки гіподинамії і гіпокінезії, притаманних в значній мірі, особам з відхиленнями в стані здоров'я.

Розподіляючи на медичні групи для занять фізичною культурою (фізичним вихованням) необхідно враховувати об'єм (дозу) фізичних навантажень, що допускається, а також зміст та нормативні вимоги, які встановлені для кожної з груп. На теперішній час виділяють 3 медичні групи: основну, підготовчу та спеціальну. Необхідно також виділяти окремо групу лікувальної фізичної культури (ЛФК) (табл. 1).

До *основної медичної групи* відносять здорових та практично здорових осіб, які не пред'являють ніяких скарг, не мають порушень фізичного та біологічного розвитку, володіють достатньою фізичною підготовленістю та добрими функціональними здібностями (про що свідчить нормотонічний тип реакції серцево-судинної системи на стандартне фізичне навантаження та нормальний період відновлення показників пульсу та артеріального тиску після функціональної проби).

До *підготовчої медичної групи* відносять осіб, які мають незначні порушення фізичного розвитку, задовільну фізичну підготовленість та дещо знижені функціональні здібності організму (зокрема, затримку відновлення показників пульсу та артеріального тиску при пробах зі стандартним фізичним навантаженням), а також відхилення в стані здоров'я, які не заважають заняттям фізичними вправами в обсязі загальних навчальних програм фізич-

ної культури (фізичного виховання) в закладах освіти. Підготовча медична група також призначається практично здоровим особам при незадовільній фізичній підготовленості, наявності неадекватного пристосування до фізичних навантажень (патологічних типах реакцій на дозоване фізичне навантаження), після тривалих перерв в тренуваннях (після перенесення деяких гострих захворювань). Заняття осіб, що займаються в підготовчій групі, здійснюються спільно з тими, хто займається в основній групі, за такими ж навчальними програмами, зі здачею встановлених контрольних нормативів. Особи, які займаються в підготовчій групі, потребують певного обмеження тренувальних навантажень, забезпечення більш поступового засвоєння комплексу рухових навичок та вмінь, особливо пов'язаних з підвищеними вимогами до організму, а також здачі контрольних нормативів в межах своїх здібностей. Для даної категорії осіб корисні організовані додаткові (позанавчальні) заняття загальною фізичною підготовкою чи лікувальною коригуючою гімнастикою.

Таблиця 1.

Характеристика медичних груп* та особливості організації занять в них у навчальних закладах

Назва медичної групи	Критерії віднесення до медичних груп	Характеристика фізичного навантаження	Примітка
Основна група	Здорові (або практично здорові, тобто з незначними відхиленнями в стані здоров'я) особи, які мають достатню фізичну підготовленість, гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку та високий або середній рівень функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи.	Фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку.	Дозволяються додаткові заняття спортом. Дозвіл лікаря щодо занять, які супроводжуються підвищеними фізичними навантаженнями (заняття в спортивних секціях, танці, хореографія та ін.), надається тільки після додаткового поглибленого обстеження.

Підготовча група	Особи, які мають несуттєві відхилення в стані здоров'я, без достатньої фізичної підготовленості та /або з незначними порушеннями фізичного розвитку (що не перешкоджають заняттям за загальними навчальними програмами з фізичного виховання), з нижчим за середній рівень функціональних можливостей серцево-судинної системи; а також після перенесених гострих захворювань (певний термін).	Заняття проводяться разом з основною групою, але з поступовим збільшенням навантаження, без здачі нормативів.	Не рекомендовано заняття в спортивних секціях, але рекомендовано додаткові заняття у групах загально-фізичної підготовки або в домашніх умовах з метою ліквідації недоліків у фізичній підготовці (за індивідуальними комплекс-завданнями вправ, спрямованих на підвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи та системи дихання, на зміцнення певної групи м'язів, на оволодіння певними руховими навичками або підвищення рівня їх виконання).
Спеціальна група	Особи із значними відхиленнями тимчасового чи постійного характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами; з низьким рівнем функціональних можливостей (в т.ч. при патологічних реакціях на фізичне навантаження).	Фізична підготовка проводиться груповим методом (в групі не більше 10 осіб), згідно розкладу занять основної групи в окремому приміщенні за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня порушень.	Заняття проводяться викладачем фізичної культури (фізичного виховання), який пройшов відповідну підготовку або спеціалістом з фізичної реабілітації з наданням індивідуальних завдань безпосередньо на заняттях.

Група лікувальної фізичної культури (ЛФК)**	Особи із значними відхиленнями постійного чи тимчасового характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами груповим методом.	Лікувальна гімнастика проводиться малогруповим (2-6 осіб) або індивідуальним методом, згідно розкладу занять основної групи, в окремому приміщенні за спеціальними комплексами лікувальної гімнастики з урахуванням характеру та ступеня порушень.	Заняття проводяться викладачем фізичної культури (фізичного виховання), який пройшов відповідну підготовку або спеціалістом з фізичної реабілітації з наданням індивідуальних завдань безпосередньо на заняттях. Можливі також додаткові заняття в позааудиторний час (для прискорення відновлювального ефекту).
---	--	--	--

* **Примітка.** Медична група може змінюватись протягом навчального року в залежності від даних поглиблених чи поточних медичних обстежень, змін фізичного розвитку, функціонального стану, перебігу захворювання та інших факторів.

** **Примітка.** Враховуючи збільшення (майже до 40-50%) кількості осіб з серйозною хронічною патологією, що потребують індивідуального підходу до застосування фізичних вправ для відновлення здоров'я, доцільно в кожному навчальному закладі створити умови та забезпечити можливість занять з таким контингентом осіб в групах ЛФК.

До *спеціальної* медичної групи відносять осіб зі значними порушеннями фізичного розвитку, незадовільною фізичною підготовленістю, при аномаліях розвитку чи дефектах опорно-рухового апарату, а також при відхиленнях в стані здоров'я тимчасового чи постійного характеру, наявності хронічної патології, при якій протипоказані інтенсивні фізичні навантаження та неможливі заняття за загальними державними програмами в основній чи підготовчій групах. Заняття в спеціальній медичній групі здійснюються за спеціально розробленими програмами в умовах звичайного режиму навчального закладу, шляхом організації групових занять (не більше 8-10 осіб в групі). Враховуючи схожість порушень систем життєзабезпечення при деяких захворюваннях, приблизно однакове зниження працездатності при цьому, а та-

кож схожість мети занять фізичними вправами, можлива організація групових занять з включенням в одну групу осіб з різними захворюваннями. Особи, що займаються в спеціальних медичних групах не здають нормативи і атестуються заліком.

До груп *лікувальної фізкультури (ЛФК)* слід відносити осіб із значними відхиленнями в стані здоров'я хронічного незворотного характеру, з виразними порушеннями функції опору-рухового апарату, а також після перенесення гострих захворювань, оперативних втручань чи травмувань, які не в змозі займатися в спеціальній медичній групі. Організація занять ЛФК здійснюється малогруповим або індивідуальним методом. Для цього в навчальних закладах необхідно створити відповідні умови – виділити окремі приміщення (зали чи кабінети ЛФК) та ввести додатково до існуючого штатного штатні одиниці спеціалістів з фізичної реабілітації (або лікувальної фізкультури) з вищою немедичною освітою.

В більш важких та серйозних випадках (але за умов відсутності протипоказань) для проведення занять ЛФК слід направляти в кабінети чи відділення ЛФК лікарень, поліклінік, лікарсько-фізкультурних диспансерів або інших лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання чи навчання (для забезпечення під час занять постійного нагляду медичних працівників).

Визначення медичної групи особам з відхиленнями в стані здоров'я повинно передбачати доступність фізичних навантажень, а також створення оптимальних умов для одужання та/або попередження загострень захворювань.

В комплектуванні медичних груп не повинно бути шаблону. Основним критерієм для включення в ту чи іншу групу є, безумовно, встановлення діагнозу. Проте в кожному випадку питання повинно вирішуватись індивідуально, з урахуванням особливостей перебігу захворювання. У випадках хронічного перебігу захворювання необхідні тимчасові обмеження фізичних нава-

нтажень при його загостреннях, причому тривалість обмежень повинна враховуючи частоту загострень, важкість хвороби, причини рецидивів та інші фактори.

Призначення спеціальної медичної групи або групи ЛФК може носити як тимчасовий, так і постійний характер, що також залежить від особливостей перебігу хвороби, наявності ускладнень, функціональних можливостей організму, адаптації до фізичних навантажень та інших супутніх відхилень в стані здоров'я.

Переведення із спеціальної медичної групи (чи групи ЛФК) в підготовчу, а надалі, можливо, і в основну групу, повинно здійснюватися послідовно, згідно рекомендацій, за умов позитивних результатів, отриманих під час занять в попередній групі. Слід також враховувати, що заняття в основній групі (або навіть заняття спортом) при деяких захворюваннях дозволяються лише при дотриманні певних вимог, зокрема під постійним наглядом лікарів, при систематичному проведенні необхідних клінічних обстежень, а також з виключенням занять тим чи іншим видом спорту чи фізичного навантаження.

Організація розподілу на медичні групи

Розподіл на медичні групи для занять фізичною культурою (фізичним вихованням) здійснюється за результатами:

- **обов'язкових поглиблених медичних оглядів** (з визначенням рівня та гармонійності фізичного розвитку, темпів біологічного розвитку, стану здоров'я, наявності вад розвитку, травм, гострих чи хронічних захворювань);
- **обов'язкового функціонального обстеження** – проведення функціональних проб, перш за все, зі стандартним фізичним навантаженням – для визначення рівня функціональних здібностей організму.

Порядок розподілу на медичні групи

1. Медичне обстеження для вирішення питань допуску для занять фізи-

чною культурою (фізичним вихованням) проводиться перед початком нового навчального року, відповідно до нормативних актів Міністерства охорони здоров'я України.

2. На основі результатів медичного обстеження надається лікарський висновок про стан здоров'я медичну групу та допуск до занять фізичною культурою (фізичним вихованням) чи спортом окремої особи.

3. У випадках, коли поглиблене медичне обстеження пройдено не повністю, висновок не може бути зроблено, тому допуск до занять фізичною культурою (фізичним вихованням) не видається.

4. У разі необхідності зміни медичної групи або за показаннями проводиться повторне або додаткове медичне обстеження.

5. При вирішенні питань допуску до занять фізичною культурою (фізичним вихованням) та, особливо, спортом, а також допущення до занять ЛФК, слід обов'язково враховувати перелік протипоказань.

6. Наказом керівника навчального закладу (підрозділу) списки осіб, віднесених до основної, підготовчої, спеціальної медичних груп та груп ЛФК, включаючи тимчасово звільнених, затверджуються на поточний рік (чи семестр) і доводяться до відома вчителів (викладачів) фізичної культури, класного керівника (куратора).

7. Інформація про зміну медичної групи (в разі необхідності) заноситься в відповідну, затверджену Держкомстатом, документацію.

8. По закінченню терміну перебування в підготовчій, спеціальній або групі ЛФК, класний керівник (куратор або викладач-тренер) за місяць до закінчення терміну письмово повідомляє учня (студента) та його батьків про необхідність проходження повторного медичного огляду з визначенням медичної групи.

9. Визначення гармонійності та рівня фізичного розвитку учнів проводиться з використанням стандартів фізичного розвитку.

10. Визначення функціональних можливостей серцево-судинної системи проводиться за допомогою проби зі стандартним фізичним навантажен-

ням – проби Мартіне-Кушелевського (20 присідань за 30 сек).

11. Показання для додаткового проведення функціональної проби з фізичним навантаженням після перенесеного гострого чи хронічного захворювання визначає лікар-педіатр, сімейний лікар або лікар спортивної медицини залежно від особливостей індивідуального розвитку та перебігу хвороби.

12. В разі визначення зниження рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи при відсутності клінічних проявів хвороби проводиться додаткове медичне обстеження, в т.ч. у вузьких лікарів-спеціалістів і вирішується питання про переведення в іншу медичну групу для занять фізичною культурою (фізичним вихованням).

ДОПУСК ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ, З ВИЗНАЧЕННЯМ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО ВИДУ СПОРТИВНОГО ТРЕНУВАННЯ

Найменування, форма та стадія захворювання, / примітки	М е д и ц н і г р у п и			
	Основна (в тому числі заняття спортом)	Підготовча	Спеціальна	Група ЛФК
1	2	3	4	5
Хвороби системи кровообігу				
<p>Пропалс мітрального клапану (ПМК)*</p> <p>* 1) Враховується етап виявлення, спортивна кваліфікація та спортивний стаж.</p> <p>2) Дітям і підліткам високого росту і астенічної статури (особливо, що займаються, волейболом, баскетболом, стрибками у висоту) проводиться цілеспрямоване клінічне обстеження на виявлення ознак дисплазії сполучної тканини і медико-генетична консультація для виключення спадкової патології (наприклад, хвороби Марфана)</p> <p>3) Обов'язкова санація осередків хронічної інфекції (через загрозу розвитку бактерійного ендокардиту).</p>	<p>Призначається (суворо індивідуально) тільки особам з первинним (природженим) ідіопатичним асимптоматичним ПМК I ст., при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження;</p> <p>за умов відсутності: міксоматозної дегенерації клапанів; порушень ритму серця (екстрасистол II-V класів) при холтеровському моніторингу (ХМ); змін на ЕКГ (як правило, у відв. III і aVF) та ішемії міокарду в ході навантажувального тесту (НТ).</p> <p>Виключаються тренування на витривалість, швидкість, травмонебезпечні (бокс, боротьба) та силові (штанга) види спорту!</p> <p>У разі допуску до занять потрібен ретельний систематичний контроль з проведен-</p>	<p>Призначається (суворо індивідуально) особам з первинним або вторинним ПМК I, II ст. при нормальній або задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.</p> <p>Контроль ЕКГ та ЕХОКГ, НТ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при первинному або вторинному ПМК більше I ст., при патологічній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження., при наявності порушень ритму серця та змін на ЕКГ, при помірних гемодинамічних порушеннях.</p> <p>Контроль ЕКГ та ЕХОКГ, НТ, ХМ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається (суворо індивідуально) при значних гемодинамічних розладах, при виразній недостатності кровообігу.</p> <p>Контроль ЕКГ та ЕХОКГ, НТ, ХМ 2-4 рази на рік..</p>

	ням ЕКГ, ЕХОКГ, НТ і ХМ 2 рази на рік.			
Вроджені аномалії (вади розвитку) серця без порушення кровообігу	Призначається (суворо індивідуально) тільки після успішно проведеного оперативного лікування в ранньому дитячому віці, за відсутності яких-небудь змін та /або ускладнень з боку серцево-судинної системи, при нормальній реакції на фізичне навантаження	Призначається за відсутності ознак перевантаження шлуночків серця і гемодинамічних розладів, при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається за відсутності ознак перевантаження шлуночків серця і гемодинамічних розладів, при патологічній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається (суворо індивідуально) за наявності ознак перевантаження шлуночків серця і при гемодинамічних розладах без декомпенсації.
Вроджені аномалії (вади розвитку) серця з порушенням кровообігу	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (суворо індивідуально) при незначних гемодинамічних розладах, при недостатності кровообігу I - II-A ст. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ не менш 2 раз на рік.	Призначається (суворо індивідуально) з мінімальним навантаженням при помірних гемодинамічних розладах і при недостатності кровообігу II-B - III ст. (без декомпенсації). Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ 2-3 рази на рік.
Післяопераційний період після хірургічних втручань з приводу вад серця	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (суворо індивідуально) за умов попередніх успішних занять ЛФК протягом не менш одного року. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ не менш 2 раз на рік.	Призначається в перед - і післяопераційному періодах та протягом одного року після операції. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2-3 раз на рік.
Блокади провідної системи серця (атріовентрикулярна блокада, синоаурикулярна блокада, повна блокада правої ніжки пучка Гіса)	Призначається після проведення успішного лікування (при необхідності) – за умов відсутності інших (патологічних) порушень функції міокарду чи його органічних уражень, а також при нормальній реакції серцево-	Призначається при наявності незначних порушень функції міокарду, але при нормальній або задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ	Призначається при наявності помірних порушень функції міокарду та / або при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.	Призначається при суттєвих порушеннях функції міокарду, при наявності органічних уражень серця, в тому числі при фізичному перенапруженні, а також при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне

	судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.	1-2 рази на рік.	.	навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 2-3 рази на рік. .
Вроджені аномалії провідної системи серця (додаткові хорди лівого шлуночка (ДХЛЖ та ін.), синдроми передчасного збудження шлуночків (синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта (WPW) і Клерка-Леві-Крістєсько (CLC)), синдроми укороченого інтервалу PQ .	Призначається (суворо індивідуально) тільки після всебічного клінічного обстеження з обов'язковим проведенням черезстраховідної електростимуляції передсердя (ЧСЕП), ХМ і НТ; за відсутності нападів пароксизмальної тахікардії і ознак порушення кровообігу (через загрозу фібриляції шлуночків і раптової смерті), при відсутності синкопальних станів, та при нормальній реакції на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ і ХМ 2-3 рази на рік.	Призначається за відсутності нападів пароксизмальної тахікардії, ознак порушення кровообігу, синкопальних станів, але за наявності інших супутніх вад і (або) аномалій розвитку (ПМК, вад серця і ін.) без істотних відхилень в стані здоров'я, при зниженні функціональних здібностей організму (нормотонический тип реакції на фізичне навантаження, але уповільнення періоду відновлення). Контроль ЕКГ 1-2 рази на рік.	Призначається (суворо індивідуально) за наявності одичних нападів пароксизмальної тахікардії (у тому числі при навантажувальному тестуванні та /або ЧСЕП), при незначному порушенні скоротливої функції міокарду, рідко виникаючих синкопальних станах, при патологічній реакції на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ 2 рази на рік.	Призначається (суворо індивідуально) за наявності частих нападів пароксизмальної тахікардії, істотному порушенні скоротливої функції міокарду, часто виникаючих синкопальних станах. Контроль ЕКГ 2-3 рази на рік.
Порушення ритму серця , що зумовлені нейровегетативними, рефлекторними чи емоційними чинниками (синусова браді- та тахікардія, синусова аритмія, прискорені автоматичні ритми, міграція джерела ритму, неповна атріовентрікулярна дисоціація, поодинокі екстрасистолія)	Призначається (суворо індивідуально) лише при порушеннях ритму функціонального характеру – за умов відсутності будь-яких змін на ЕКГ, органічної патології міокарду, та / або інших ускладнень, при нормальній реакції серцево-судинної на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ 2-3 рази на рік.	Призначається при функціональних порушеннях ритму (внаслідок фізичного перенапруження) – за умов відсутності симпатикотонії, змін на ЕКГ та / або інших ускладнень, при задовільній реакції серцево-судинної на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ 3-4 рази на рік.	Призначається при функціональних порушеннях ритму – при наявності змін на ЕКГ та / або інших ускладнень, при поєднанні з органічною патологією серця., а також при патологічних реакціях серцево-судинної на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ 3-4 рази на рік.	Призначається при наявності серйозних порушень ритму серця (але не загрозливих для життя) при наявності змін на ЕКГ та / або інших ускладнень, при патологічних реакціях серцево-судинної на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ 3-4 рази на рік.
Порушення ритму серця (позасерцеві)	Призначається після проведення лікування основного	Призначається після проведення лікування основного	Призначається після проведення лікування основного	Призначається індивідуально (за показаннями) в період

	захворювання за умов відсутності ускладнень та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	захворювання за умов відсутності ускладнень, при не зовсім задовільній реакції серцево-судинної системи на навантаження.	захворювання у разі виникнення ускладнень та при патологічній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	лікування основного захворювання.
Кардіоміопатії , що зумовлені захворюваннями системи кровообігу або не уточненого походження* * Перегляд медичної групи здійснюється кожні 3-6 місяців після ретельного клінічного обстеження..	Не призначається.	Не призначається.	Призначається при наявності незначних порушень функції міокарду, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 2 рази на рік.	Призначається при наявності суттєвих порушень функції міокарду, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 2-3 рази на рік.
Кардіоміопатії (КМП) гіпертрофічні (в т.ч., що виникають при надмірних фізичних навантаженнях * * категорично протипоказані заняття спортом та фізичною культурою при товщині міокарду лівого шлуночка (ТМЛШ) більш ніж 13 мм та / або кінцевий діастолічний розмір (КДР) більш ніж 65 мм (для жінок і підлітків –11 мм та 55 мм відповідно) в поєднанні з будь-якими іншими порушеннями морфології чи функціонування серця. Для попередження даної	Заняття відновлюються (строго індивідуально) не раніше ніж через 2-12 місяців (в залежності від швидкості позитивної динаміки) після успішного лікування та реабілітації – за умов повної нормалізації показників ЕКГ та інших проявів КМП, при відсутності будь-яких ускладнень, порушень морфологічної структури чи функціонування серця, при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ - 2 рази на рік (або за призначенням лікаря).	Призначається при КМП I- II ст., при необхідності зменшити інтенсивність тренувальних навантажень, до нормалізації показників ЕКГ та інших проявів КМП Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ 2-3 рази на рік (або за призначенням лікаря).	Призначається при КМП II-III ст., яка супроводжується вторинною кардіоміопатією – при відсутності позитивної динаміки після лікування, але за умов відсутності ознак суттєвої серцевої недостатності, міодистрофічного кардіосклерозу, кальцинозу міокарду та підклапанних структур чи інших ускладнень, при задовільній адаптації до фізичних навантажень. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ 3-4 рази на рік (або за призначенням лікаря).	Призначається при КМП III ст., яка супроводжується вторинною кардіоміопатією, при порушеннях ритму серця, при наявності ознак помірної серцевої недостатності, міодистрофічного кардіосклерозу, кальцинозу, фіброзу міокарду чи інших ускладнень, при незадовільній адаптації до фізичних навантажень. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ, НТ за призначенням лікаря.

<p>патології необхідно поступове збільшення фізичних навантажень, запобігання надмірних навантажень</p>				
<p>Кардіоміопатії (КМП), зумовлені іншими захворюваннями або різними зовнішніми чинниками, зокрема:</p> <p>а) при інфекційних та паразитарних захворюваннях (в тому числі тонзилиті):</p> <p>б) при метаболічних порушеннях, розладах харчування та ін.</p>	<p>Призначається після зняття з диспансерного обліку - при відсутності (видаленні) осередків хронічної інфекції (ОХІ) або їх стійкої компенсації чи санації; а також за умов відсутності ускладнень чи порушень функції міокарду та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p> <p>Призначається (строго індивідуально) тільки при ізольованій гіпертрофії міокарду, при відсутності обтяженої спадковості, ознак кардіосклерозу, фіброзу, кальцинозу чи інших ускладнень, не раніше ніж через 8 тижнів після успішного лікування, за умов повної нормалізації показників ЕХОКГ, ЕКГ (включаючи процеси реполяризації міокарду), та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 6-12 місяців після закінчення гострого патологічного процесу (чи після видалення ОХІ), при відсутності скарг та клінічних порушень функції міокарду, при нормальній та задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p> <p>Призначається (за показаннями) протягом 4-8 тижнів при ізольованій гіпертрофії міокарду, за умов відсутності обтяженої спадковості, ознак кардіосклерозу, фіброзу, кальцинозу чи інших ускладнень, при наявності позитивної динаміки показників ЕХОКГ та ЕКГ, при задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження (при уповільненому періоді відновлення).</p>	<p>Призначається протягом 6-12 місяців після закінчення гострого патологічного процесу (чи після видалення ОХІ) або при субкомпенсації ОХІ та наявності скарг і клінічних порушень функції міокарду, змінах на ЕКГ, при незадовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p> <p>Призначається (за показаннями) через 4-8 тижнів після лікування, при ізольованій гіпертрофії міокарду, при збереженні незначних порушень процесів реполяризації міокарду на ЕКГ, та / або при наявності незначних ускладнень, та / або при порушеннях реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕХОКГ, ЕКГ та НТ за рішенням лікаря.</p>	<p>Призначається при частих повторних стрептококових ангінах (після затухання гострих явищ) або при наявності нез'ясованих змін з боку серця – серцебиття, задишки, кардіалгії, систолічного шуму на верхівці (без змін розмірів серця), змінах на ЕКГ, скаргах на болі в суглобах та ін., незадовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.</p> <p>Призначається в основний період захворювання (при ІІІ ст. КМП) – протягом не менш 4-8 тижнів – до отримання позитивної динаміки на ЕХОКГ, ЕКГ; або постійно – при формуванні гіпертрофічної КМП, розвитку таких ускладнень, як кардіосклероз, фіброз, кальциноз міокарду, наявності екstrasistolій високих градацій, АВ-блокади ІІ ст. і вище, блокади лівої ніжки пучка Гіса, синдрому пригніченого</p>

	<p>навантаження. Контроль ЕХОКГ, ЕКГ та НТ 2-4 рази на рік (або за рішенням лікаря). Обов'язково проводиться санація ОХІ, корекція електролітного обміну.</p>	<p>Рекомендується лише загальна фізична підготовка. Контроль ЕХОКГ, ЕКГ, НТ за рішенням лікаря.</p>		<p>синусового вузла, подовженого інтервалу PQ), високого титру антитіл до міокарду, порушеннях гемостазу та ін., а також при обтяженій спадковості.</p>
<p>Кардіоміопатії ішемічні, кардіосклероз (різного походження)</p>	<p>Призначається при відсутності ускладнень чи порушень функції міокарду та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при наявності незначних порушень функції міокарду, при нормальній або задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при наявності ускладнень у вигляді порушень ритму серця або провідності, при незначних порушеннях функції міокарду, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при наявності ускладнень у вигляді порушень ритму серця або блокад, при суттєвих порушеннях функції міокарду, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 2 рази на рік.</p>

<p>Міокардити інфекційні (або неуточненої етіології)</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 1 рік після закінчення гострого періоду ураження міокарду, за умов відсутності ускладнень чи порушень функції міокарду та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, після попередніх успішних занять в підготовчій групі. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 6 місяців після закінчення гострого періоду при відсутності порушень функції міокарду та при нормальній або задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, після попередніх успішних занять в спеціальній групі. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після закінчення загострення за умов відсутності ознак, що свідчать про активність процесу або недостатність кровообігу, при незначних порушеннях функції міокарду та незадовільних реакціях на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається за індивідуальними показаннями в основному періоді захворювання (після затухання гострих явищ) та в перші 1-2 місяці після закінчення гострого періоду.</p>
<p>Ревматичний міокардит</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 2 роки після закінчення загострення, за умов відсутності ускладнень чи порушень функції міокарду та при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, після попередніх успішних занять в підготовчій групі. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 12-24 місяці після закінчення загострення, за умов відсутності клінічних ознак уражень серця і суглобів, при збереженні функції міокарду та при нормальній реакції на фізичне навантаження, після попередніх успішних занять в спеціальній групі. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 6-12 місяців після закінчення загострення за умов відсутності ознак, що свідчать про активність процесу або недостатність кровообігу, при незначних порушеннях функції міокарду та незадовільних реакціях на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається за індивідуальними показаннями в основному періоді захворювання (після затухання гострих явищ) та в перші 6-12 місяців після закінчення гострого періоду. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>
<p>Хронічні ревматичні хвороби серця (без вад серця), неактивна фаза</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Призначається не раніше ніж 24 місяці після затухання активного ревматичного процесу, за умов відсутності клінічних ознак уражень серця і суглобів, при збереженні функції міокарду та при нормальній або задовільній реакції на навантаження, після поперед-</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 10-12 місяців після закінчення загострення, при відсутності явищ активності ревматичного процесу, при недостатності кровообігу I ст., незначних порушеннях функції міокарду та / або незадовільних реакціях на</p>	<p>Призначається в перші 10-12 місяців після закінчення загострення, а також при наявності серцевої недостатності II-III ст. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>

		ніх успішних занять в спеціальній групі протягом 1 року. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.	фізичне навантаження, після попередніх занять ЛФК протягом 10-12 місяців.. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.	
Хронічні ревматичні хвороби серця (з вадами серця), неактивна фаза	Не призначається.	Призначається не раніше ніж 24 місяці після зупинки активного ревматичного процесу, за умов відсутності серцевої недостатності та при нормальній або задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, після попередніх успішних занять в спеціальній групі протягом 1-2 років. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 1-2 рази на рік.	Призначається не раніше ніж через 12 місяців після закінчення гострого періоду, при відсутності явищ активності ревматичного процесу, при недостатності кровообігу I ст. та / або незадовільних реакціях на фізичне навантаження, після попередніх занять ЛФК протягом 1 року. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.	Призначається в перші 12 місяців після закінчення загострення, а також при наявності недостатності кровообігу або при ознаках активності ревматичного процесу – постійно. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.
Латентний перебіг ревматичної хвороби з вадами серця	Не призначається.	Не призначається.	Призначається з моменту встановлення діагнозу, при серцевій недостатності I ст. та / або незадовільних реакціях на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.	Призначається при серцевій недостатності II - III ст. Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2-3 рази на рік.
Ревматична хорея	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) лише при рідких загостреннях, після попередніх успішних занять ЛФК протягом не менше 2 років.	Призначається (строго індивідуально) при частих загостреннях.

<p>Есенціальна (первинна) гіпертензія та інші види гіпертензивних станів*</p> <p>* - категорично заборонені заняття спортом при наявності стійкої артеріальної гіпертензії, особливо в поєднанні з виразною гіпертрофією та / або порушенням діастолічної функції міокарду, при порушеннях функції нирок чи інших ускладненнях.</p> <p>- у разі допуску виключаються види спорту, що потребують збільшення ваги тіла та передбачають статичні навантаження (важка та деякі види легкої атлетики, атлетична гімнастика, культуризм), емоційне перенапруження (ігри), а також травмонебезпечні види спорту (бокс, боротьба ін.).</p>	<p>Не призначається.</p> <p>Проте, в деяких випадках (у осіб з «феноменом гіпертонії на білій халат» або з лабільними формами гіпертонії, «гіперреакторів» та при гіпертонічній хворобі І стадії – питання допуску вирішується строго індивідуально – після ретельного клінічного обстеження, включаючи визначення остаточного АТ та проведення пресорних проб. Заняття дозволяються лише за умов відсутності обтяженої спадковості, ознак гіпертрофії або порушення діастолічної функції міокарду, при нормальних цифрах АТ під час добового моніторування, а також в разі нормальної реакції серцево-судинної системи при проведенні функціональних проб. Контроль АТ постійно, ЕКГ та ЕХОКГ, НТ – за рішенням лікаря.</p>	<p>Призначається при підвищенні артеріального тиску в стані спокою до 140/90 мм рт.ст., але при гіпертонічній реакції серцево-судинної системи на функціональні проби.</p> <p>Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при підвищенні артеріального тиску в стані спокою до 140/90 мм рт. ст. і вище, за умов рідких кризових станів, при наявності помірних порушень функції серця, при гіпертонічному типі реакції на фізичне навантаження.</p> <p>Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при підвищенні артеріального тиску в стані спокою вище 140/90 мм рт.ст., при наявності частих кризових станів та / або суттєвих порушень функції серця.</p> <p>Контроль ЕКГ, ЕХОКГ та НТ 2 рази на рік.</p>
<p>Гіпотензія ідіопатична*</p> <p>* при наявності інших видів гіпотензії необхідно додаткове обстеження з метою виявлення найбільш вірогідної її причини – фізичного перенапруження,</p>	<p>Призначається при наявності фізіологічної гіпотензії (в тому числі гіпотензії високої тренуваності), тобто за відсутності будь-яких скарг чи клінічних проявів, при нормальній реакції серцево-судинної системи на фізичне</p>	<p>Призначається при патологічних формах первинної гіпотонії – при скаргах на головокружіння, слабкість, швидку стомлюваність, зниження працездатності та ін. та / або при гіпотонічній реакції серцево-судинної</p>	<p>Призначається при патологічних формах первинної чи вторинної гіпотонії – при схильності до приступів запаморочення, при виникненні рідких колаптоїдних станів, при гіпотонічній чи дистонічній реакціях серце-</p>	<p>Призначається при патологічних формах первинної чи вторинної гіпотонії, в тому числі при перевтомленні чи фізичному перенапруженні, а також при виникненні частих приступів запаморочення та колаптоїдних станів.</p>

ОХІ, захворювань ендокринної системи або інших.	навантаження. При інших видах гіпотензії призначається після ліквідації її причин і нормалізації самопочуття і АТ.	системи на фізичне навантаження.	во-судинної системи на фізичне навантаження.	
Аневризми крупних судин та судин головного мозку	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) при відсутності скарг, при задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається при наявності будь-яких скарг при незадовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.
Ураження артерій, артеріол та капілярів (в т.ч. спадкова геморагічна телеангіектазія, а також захворювання периферичних судин неуточненого походження)	Не призначається.	Призначається при відсутності скарг, при задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається при наявності будь-яких скарг, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження, НК 0-I-ст.	Призначається при наявності скарг, клінічних проявів захворювання, НК II-III ст.
Варикозне розширення та інші захворювання вен і лімфатичних судин	Не призначається.	Призначається при відсутності скарг, при задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається при скаргах на набряки після тривалих фізичних навантажень, важкість в ногах, при патологічних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження, хронічній венозній недостатності (ХВН) 0-I-ст.	Призначається при скаргах на болі по ходу венозних чи лімфатичних судин, стійкі набряки, трофічні порушення шкіри схильність до флебітів, тромбозів, при прогресуючому перебігу захворювання, ХВН II-III ст.
Хвороби дихальної системи				

<p>Хронічні риніти, синусити, гіпертрофія аденоїдів, поліпи в носовій порожнині, зміщення носової перетинки,*</p> <p>* з обережністю проводяться заняття у відкритих плавальних басейнах та на відкритих майданчиках в холодну пору року.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після затухання гострого процесу, при рідких випадках загострення (не частіше 1-2 раз на рік), при відсутності порушень носового дихання та інших ускладнень, при нормальній адаптації до фізичних навантажень.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після затухання гострого процесу, при рідких випадках загострення (1-2 рази на рік), при незначних (часткових) порушеннях носового дихання, при серозних катаральних синуситах, за умов відсутності ускладнень, при задовільній реакції на фізичне навантаження.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу, при частих випадках загострення (3 і більше разів на рік), при повній відсутності носового дихання, при наявності дистрофічних явищ, гнійних та змішаних форм синуситів, розповсюдженні процесу на глотку, гортань, а також при незадовільних реакціях серцево-судинної системи на фізичне навантаження.</p>	<p>Призначається в основному періоді захворювання (після затухання гострих явищ) та в перші 1-2 місяці після закінчення загострення, а також при частих (понад 4-х на рік) випадках загострень та / або при наявності ускладнень.</p>
<p>Хронічні фарингіти, ларингіти</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу, при рідких випадках загострення (1-2 рази на рік), при повній відсутності порушень дихання та / або голосоутворення.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу, при рідких випадках загострення (1-2 рази на рік), при незначних порушеннях дихання та/або голосоутворення.</p>	<p>Призначається через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу, при частих випадках загострення (3 і більше разів на рік), при суттєвих порушеннях дихання та / або голосоутворення.</p>	<p>Призначається в основному періоді захворювання (після затухання гострих явищ) та в перші 1-2 місяці після закінчення загострення, а також при частих (понад 4-х на рік) випадках загострень та / або при наявності ускладнень.</p>

Хронічний тонзиліт	Призначається після зняття з диспансерного обліку - при відсутності загострень протягом 1 року і більше, а також за умов відсутності ускладнень.	Призначається через 3 місяці після загострення (чи після тонзилектомії), при відсутності скарг та ускладнень, при нормальній ЕКГ та задовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.	Призначається через 1-3 місяці після закінчення гострого процесу (чи після тонзилектомії) або при субкомпенсації процесу, при змінах на ЕКГ та незадовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Контроль ЕКГ та НТ 1-2 рази на рік.	Призначається в основний період захворювання (після затухання гострих явищ), та в перші 1-2 місяці після загострення, в до- та післяопераційному періоді після тонзилектомії, при частих повторних загостреннях, при наявності ускладнень, при змінах на ЕКГ та незадовільній реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.
Хронічний бронхіт	Призначається після зняття з диспансерного обліку - при відсутності загострень протягом 1 року і більше, а також за умов відсутності ускладнень, відсутності дихальної недостатності в стані спокою та при фізичних навантаженнях., після попередніх успішних занять в підготовчій групі протягом 9-12 місяців.	Призначається через 6 місяців після загострення при відсутності скарг та клінічних проявів ускладнень, за умов відсутності дихальної недостатності в стані спокою та при фізичних навантаженнях.	Призначається не раніше ніж через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу, протягом до 6 місяців, при частих загостреннях, за умов відсутності дихальної недостатності в стані спокою.	Призначається в основний період захворювання (після затухання гострих явищ) та протягом 1-2 місяців після загострення, при частих рецидивах, наявності скарг та ускладнень, ДН I-II.
Пневмонія	Призначається при тривалій ремісії (протягом не менше 1 року), при нормальних показниках дихальної системи, відсутності дихальної недостатності (ДН ₀) та ускладнень, при нормальній реакції на фізичне навантаження, за умов попередніх успішних занять в підготовчій групі протягом 6-12 місяців.	Призначається через 2-12 місяців після загострення, при відсутності залишкових явищ загострення, при відсутності дихальної недостатності в стані спокою та при фізичних навантаженнях, та за умов попередніх успішних занять в спеціальній групі протягом 6-12 місяців.	Призначається при наявності залишкових явищ загострення, а також через 1-6 місяців після загострення, при відсутності ознак дихальної та серцево-судинної недостатності в стані спокою, нормальній температурі тіла, за умов попередніх успішних занять ЛФК.	Призначається в основний період захворювання (після затухання гострих явищ) та протягом 1-2 місяців після загострення, при наявності ускладнень (які не є протипоказаннями до занять), ДН I-II, серцево-судинній недостатності I-II ст.

<p>Бронхіальна астма*</p> <p>* при бронхіальній астмі фізичного зусилля заняття спортом дозволяються, але виключаються види спорту, що пов'язані з тренуваннями в холодних, сухих та рідко провітрюваних залах, з використанням тальку та каніфолі, а також зимові види спорту.</p>	<p>Призначається не раніше ніж 2 роки після останнього приступу та /або зняття з диспансерного обліку, при доброму самопочутті, відсутності дихальної та / або серцево-судинної недостатності при фізичних навантаженнях., за умов попередніх успішних занять в підготовчій групі протягом не менше 12 місяців.</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 12 місяців після останнього приступу, при відсутності вторинних змін в легенях та ознак дихальної та / або серцево-судинної недостатності в спокої та при фізичних навантаженнях. після попередніх успішних занять в спеціальній медичній групі протягом не менше 12 місяців.</p>	<p>Призначається при відсутності дихальної та / або серцево-судинної недостатності в стані спокою, за умов, якщо приступи виникають не частіше 1-2 раз на рік і протікають в легкій формі, а також після попередніх успішних занять ЛФК.</p>	<p>Призначається (строго індивідуально) в основному періоді захворювання та в періоді ремісії – при частих приступах та / або й рідких приступах, що протікають у важкій формі, при наявності вторинних змін в легенях, ознаках дихальної та / або серцево-судинної недостатності.</p>
<p>Операції на легенях з приводу хронічних неспецифічних захворювань легень:</p> <p>а) лобектомія та сегментарна резекція легеневої тканини</p> <p>б) видалення легені</p>	<p>Не призначається.</p> <p>Не призначається.</p>	<p>Призначається не раніше ніж через 1 рік після операції при нормальному перебігу післяопераційного періоду, при відсутності рецидивів захворювання, відсутності ознак дихальної та / або серцево-судинної недостатності в спокої та при фіз. навантаженнях, при нормальній адаптації до навантажень після занять в спеціальній групі (або групі ЛФК) протягом не менше 12 місяців.</p> <p>Не призначається.</p>	<p>Призначається через 4-6 місяців після операції, при нормальному перебігу післяопераційного періоду, при відсутності рецидивів захворювання, відсутності ознак дихальної та / або серцево-судинної недостатності в стані спокою, а також при задовільній адаптації до навантажень після занять в групі ЛФК протягом не менше 4-6 місяців.</p> <p>Призначається не раніше ніж через 1 рік після операції, при нормальному перебігу післяопераційного періоду, при відсутності рецидивів захво-</p>	<p>Призначається в перед- та післяопераційному періодах (при нормальному перебігу) та протягом не менше 4-6 місяців після операції.</p> <p>Призначається в до- та післяопераційному періодах (при нормальному перебігу), а також протягом не менше</p>

			рювання, відсутності ознак дихальної та / або серцево-судинної недостатності в стані спокою, а також за умов доброї переносимості занять ЛФК.	12 місяців після операції.
Хвороби вуха та соскоподібного апарату				
Глухота та втрата слуху різної етіології	Не призначається.	Призначається (при навчанні в спеціалізованих закладах освіти) лише при ізольованих ураженнях слухового нерву.	Призначається (при навчанні в спеціалізованих закладах освіти) при наявності іншої супутньої патології.	Призначається (при навчанні в загальноосвітніх навчальних закладах) за індивідуальними показаннями.
Хронічні отити зовнішнього та /або середнього вуха і соскоподібного відростку (без перфорації або з перфорацією барабанної перетинки)* * Виключаються заняття в плавальному басейні, на відкритих майданчиках в холодну пору року та зимні види спорту.	Призначається при рідких випадках загострення (не частіше 1-2 раз на рік), за умов відсутності порушень функції слуху та інших ускладнень.	Призначається при рідких випадках загострення (не частіше 1-2 раз на рік), при односторонньому запальному чи адгезивному (катаральному чи адгезивному) процесі, за умов відсутності порушень функції слуху чи ускладнень, пов'язаних із запальними процесами.	Призначається при частих випадках загострення (понад 2-3 разів на рік), при хронічних гнійних процесах, особливо двосторонніх (поза фазою загострення), при незначних порушеннях функції слуху чи ускладненнях, пов'язаних із запальними процесами.	Призначається в основному періоді захворювання (після затухання гострих явищ), а також при частих випадках загострення, при хронічних гнійних процесах, при значних або швидко прогресуючих порушеннях функції слуху, атрофії слухового нерву та / або інших серйозних ускладненнях.

Хвороби ока та його придаткового апарату

<p>Порушення рефракції: міопія та гіперметропія*</p> <p>* Виключаються види стрибків</p>	<p>Призначається при порушеннях до ± 6 Д за умов відсутності будь-яких змін на очному дні.</p> <p>Забороняються види спорту: важка атлетика, бокс, кікбоксинг, тхеквондо та всі інші види бойових одноборств, хокей, футбол, акробатика, спортивна гімнастика, кінний спорт.</p>	<p>Призначається при порушеннях любого ступеня при наявності змін на очному дні.</p> <p>Виключаються статичні та силові вправи.</p> <p>Огляд окуліста 2 рази на рік.</p>	<p>Призначається при порушеннях ± 6 Д і більше, при наявності змін на очному дні і помутнінні склоподібного тіла.</p> <p>Обов'язковий огляд окуліста 2-3 рази на рік..</p>	<p>Призначається незалежно від ступеня порушень – при швидко прогресуючому зниженні гостроти зору.</p>
<p>Астигматизм</p>	<p>Призначається за умов відсутності іншої супутньої патології.</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Призначається при наявності іншої супутньої патології та / або порушення гостроти зору.</p>
<p>Запалення кон'юнктиви, ураження повік та орбіти</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Призначається при хронічному кон'юнктивіті за умов відсутності порушень гостроти зору.</p> <p>Виключаються заняття в басейні.</p>	<p>Призначається при наявності будь-яких порушень гостроти зору.</p>	<p>Призначається при частих загостреннях, при схильності до гнійних процесів, а також при швидко прогресуючому зниженні гостроти зору.</p>
<p>Хвороби склери, роговиці, радужної оболонки та циліарного тіла</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Призначається при зниженні гостроти зору до 50%.</p>	<p>Призначається при зниженні гостроти зору вище 50%.</p>	<p>Призначається індивідуально за показаннями.</p>
<p>Хвороби кришталика, в т.ч. дитяча, юнацька або травматична катаракта</p>	<p>Призначається за умов відсутності зниження гостроти зору.</p>	<p>Призначається при зниженні гостроти зору до 50%.</p>	<p>Призначається при зниженні гостроти зору понад 50% та при прогресуючому зниженні зору, а також після оперативних втручань.</p>	<p>Призначається при швидко прогресуючому зниженні зору, після оперативних втручань, при наявності будь-яких ускладнень чи супутньої патології..</p>

Глаукома	Не призначається.	Не призначається.	Призначається при зниженні гостроти зору понад 50% та при наявності ускладнень.	Призначається при швидко прогресуючому зниженні зору, після оперативних втручань, при наявності будь-яких ускладнень чи супутньої патології..
Атрофія зорового нерву	Не призначається.	Не призначається.	Призначається при зниженні гостроти зору понад 50% та при наявності ускладнень.	Призначається при швидко прогресуючому зниженні зору, при наявності будь-яких ускладнень чи супутньої патології..
Захворювання слъзових шляхів, які супроводжуються слъзотечією	Призначаються за умов відсутності ускладнень. Протипоказані (або обмежені) заняття на відкритому повітрі.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається. при наявності будь-яких ускладнень.
Хвороби органів травлення				
Хронічний гастрит, гастро-дуоденіт, ентерит, коліт, дисбактеріоз кишечника	Призначається в період стійкої ремісії – при відсутності загострень протягом 3 років і більше, при відсутності будь-яких скарг та при доброму загальному стані.	Призначається в період стійкої ремісії – при відсутності загострень протягом не менше 2-х років, при відсутності будь-яких скарг та доброму загальному стані, після попередніх успішних занять в спеціальній медичній групі не менше 2-х років.	Призначається в період ремісії – при відсутності загострень протягом не менше 6-12-ти місяців, при наявності рідких скарг, незначних ознак виснаження чи інтоксикації, при задовільному загальному стані.	Призначається в основному періоді захворювання – після затухання гострих явищ, та в перші 6-12 місяців після загострення, а також під час ремісії – при наявності скарг, не різко виразних ознаках виснаження та / або інтоксикації.
Виразковий хронічний коліт	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (індивідуально) після лікування, а також в періоди ремісії при не різко виразних ознаках виснаження та / або інтоксикації.

Мегаколон та інші вроджені аномалії кишечника	Призначається при повній компенсації патології, при відсутності будь-яких скарг та при доброму загальному стані.	Призначається при повній компенсації патології, при наявності рідких скарг, але при доброму загальному стані.	Призначається при неповній компенсації, при наявності скарг чи ускладнень, при задовільному загальному стані..	Призначається індивідуально за показаннями.
Виразка шлунку або кишечника* * Рекомендується спостереження у гастроентеролога, навіть при відсутності скарг, не менш 5 років.	Призначається (індивідуально) в період стійкої ремісії – при відсутності загострень протягом 3 років і більше, при відсутності будь-яких скарг та доброму загальному стані. Консультація гастроентеролога 1 раз на рік.	Призначається в період ремісії – при відсутності проявів хвороби протягом не менше 2-х років, при доброму загальному стані, після попередніх успішних занять в спеціальній медичній групі не менше 1 року. Консультація гастроентеролога 2 рази на рік.	Призначається після закінчення лікування, не раніше ніж 6 місяців після останнього загострення – при відсутності будь-яких скарг, при повному рубцюванні виразки та задовільному загальному стані – протягом не менше 1 року.	Призначається при не повному рубцюванні виразки, але за умов відсутності кровоточивості та / або різких частих приступів болю, які потребують постійного лікування.
Хронічні гепатити або реконвалесценти гострих гепатитів А чи В, інфекційного мононуклеозу	Призначається (індивідуально) не раніше ніж через 3 роки після загострення за умов відсутності ускладнень, при абсолютно нормальних показниках біохімічного аналізу крові, нормальних розмірах печінки і селезінки. Контроль УЗД печінки та біохімічного аналізу крові 1 раз на рік.	Призначається не раніше ніж через 1-2 роки після загострення за умов відсутності ускладнень, при нормальних показниках біохімічного аналізу крові та нормальних розмірах печінки і селезінки. Контроль УЗД печінки та біохімічного аналізу крові 1 раз на рік.	Призначається не раніше ніж через 6-12 місяців після загострення протягом не менше 1 року, а також в періоди ремісії – при наявності відхилень (навіть незначних) в показниках біохімічного аналізу крові, незначному збільшенні розмірів печінки. Контроль УЗД печінки та біохімічного аналізу крові 2 рази на рік.	Призначається в основному періоді захворювання після затухання гострих явищ та в перші 6-12 місяців після загострення, а також під час ремісії – при частих загостреннях, збільшенні розмірів печінки та селезінки, стійких порушеннях функції печінки. Контроль УЗД печінки та біохімічного аналізу крові 2 рази на рік.

Хронічні гепатити інших типів	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (індивідуально) не раніше ніж через 12 місяців після загострення – при незначних порушеннях функції печінки.	Призначається в основному періоді захворювання після затухання гострих явищ та в перші 6-12 місяців після загострення, а також під час ремісії – при стійких порушеннях функції печінки.
Хронічний холецистит та дискінезії жовчовивідних шляхів	Призначається (індивідуально) в періоді стійкої ремісії – при відсутності загострень протягом не менше 1-2-х років, за умов відсутності будь-яких ускладнень та при доброму загальному стані.	Призначається не раніше ніж через 1 рік після загострення за умов відсутності ускладнень, при доброму загальному стані.	Призначається не раніше ніж через 2-6 місяців після загострення протягом не менше 1 року, а також в періоді ремісії – при частих загостреннях, наявності піску чи невеликих камінців у жовчному міхурі. Контроль УЗД жовчного міхура 1-2 рази на рік.	Призначається в основному періоді захворювання після затухання гострих явищ та в перші 2-6 місяців після загострення, а також постійно – при частих загостреннях, наявності крупних камінців у жовчному міхурі чи будь-яких ускладнень.
Хронічний панкреатит	Не призначається.	Призначається не раніше ніж через 1 рік після загострення за умов відсутності ускладнень, при доброму загальному стані, після попередніх успішних занять в спеціальній медичній групі не менше 1 року.	Призначається через 6-12 місяців після загострення – протягом не менше 1 року, а також в періоді ремісії при частих загостреннях.	Призначається в основному періоді захворювання після затухання гострих явищ та в перші 6-12 місяців після загострення, а також постійно – при частих приступах загострення та наявності ускладнень.

Опущення внутрішніх органів	Призначається при відсутності будь-яких скарг та порушень функцій внутрішніх органів.	Призначається при наявності незначних порушень функцій внутрішніх органів.	Призначається при наявності скарг та значних порушень функцій внутрішніх органів.	Призначається постійно – при наявності виразних порушень функцій внутрішніх органів.
Хвороби сечостатевої системи				
Аномалії розвитку нирок, хронічні запальні захворювання нирок (пієлонефрити) або їх токсичні ураження, хронічний нефрит, нефро-зонефрит*	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) тільки за умов стійкої ремісії протягом не менше 2-х років. .	Призначається (індивідуально) в періоди стійкої ремісії, не раніше ніж через 1 рік після загострення – при наявності компенсованої ниркової функції – при відсутності змін в аналізах сечі, та при відсутності суттєвих змін з боку серцево-судинної системи.	Призначається після лікування або поза фазою загострення – при наявності компенсованої або при помірних порушеннях ниркової функції та/ або при помірному підвищенні артеріального тиску не вище 160/95 мм рт. ст., та / або при недостатності кровообігу І ст.
Сечокам'яна хвороба*	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (індивідуально) за умов відсутності частих приступів ниркової коліки та великих каменів в нирках, при збереженні нормальної функції нирок.	Призначається поза фазою загострення – за умов відсутності великих каменів в нирках, при наявності компенсованої або при помірних порушеннях ниркової функції.

Хронічні запальні хвороби органів малого таза у жінок (аднексити, сальпінгіти, оофорити та ін.)	Призначається після зняття з диспансерного обліку - при відсутності загострень протягом 1 року і більше, а також за умов відсутності будь-яких скарг та ускладнень, при нормальній менструальній функції.	Призначається через 6 місяців після загострення, при відсутності скарг та ускладнень, при нормальній або при незначних порушеннях менструальної функції.	Призначається через 1-2 місяці після закінчення гострого процесу при наявності рідких скарг та незначних порушень менструальної функції.	Призначається в основний період захворювання (після затухання гострих явищ), та в перші 1-2 місяці після загострення, а також – при частих повторних загостреннях, при наявності ускладнень та /або при порушенні менструальної функції.
Незапальні хвороби жіночих статевих органів (ендометріози, дисплазії, ерозії шийки матки тощо)	Призначається після зняття з диспансерного обліку – через 1 рік після успішного лікування, за умов відсутності будь-яких скарг та ускладнень, при нормальній менструальній функції.	Призначається через 6-12 місяців після успішного лікування, при відсутності будь-яких скарг та ускладнень, при нормальній менструальній функції.	Призначається через 1-2 місяці після лікування, при наявності рідких скарг, несуттєвих ускладнень, при незначних порушеннях менструальної функції.	Призначається в основний період захворювання (за показаннями) та в перші 1-2 місяці після лікування, а також при схильності до виникнення повторних патологічних процесів, при наявності ускладнень та /або при порушенні менструальної функції.
Надмірна, часта та / або нерегулярна менструація	Не призначається	Не призначається	Призначається при виразному больовому синдромі, значних крововтратах, постійних порушеннях менструального циклу. Під час менструації при поганому самопочутті заняття фізичними вправами не рекомендуються.	Призначається індивідуально за показаннями.
Доброякісні пухлини матки та яєчників (фіброми, міоми, кісти та ін.)	Не призначається.	Призначається після повного успішного лікування – при задовільному загальному стані, відсутності частих рецидивів, а також після ус-	Призначається після повного одужання, при задовільному стані, за умов відсутності больових явищ, кровотечі, частих рецидивів або	Призначається індивідуально за показаннями. Рекомендується постійне спостереження гінеколога.

		пішних занять в спец. групі протягом не менше 6-12 міс. Рекомендується постійне спостереження у гінеколога не рідше 2-х разів на рік.	важких порушень менструальної функції. Рекомендується постійне спостереження у гінеколога не рідше 2-х разів на рік.	
Опущення матки та/або вагіни.	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається індивідуально за показаннями. Рекомендується постійне спостереження гінеколога.
Хвороби крові й кровотворних органів				
Анемія (аліментарна) * * Диспансерне спостереження не менше 6 міс.	Призначається після підвищення гемоглобіну вище 115 г/л, при відсутності будь-яких скарг, при доброму загальному стані, нормальній адаптації до навантажень та після занять в підготовчій групі протягом не менше 6 міс.	Призначається через 6-12 місяців після лікування, за умов підвищення гемоглобіну до 110-115 г/л, при відсутності будь-яких скарг, при задовільному загальному стані та при нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при зниженні гемоглобіну до 90-100 г/л, за умов відсутності ускладнень та / або супутньої патології, Консультація гематолога 2-3 рази на рік.	Призначається (строго індивідуально) при зниженні гемоглобіну менше 90 г /л. Нагляд гематолога
Порушення здатності до згортання крові (в т.ч. гемофілія (хвороба Верльгофа), геморагічний васкуліт (хвороба Шенлейна-Геноха) та ін.)	Не призначається	Не призначається	Не призначається	Може бути призначена (строго індивідуально) тільки при дуже легких формах хвороб.
Злоякісні новоутворення лімфної чи кровотворної тканин	Не призначається	Не призначається	Призначається (строго індивідуально) після успішно проведеного лікування – у випадках стійкої і тривалої (не менш 2-3 роки) ремісії. Консультація онколога 2-3 рази на рік.	Призначається (строго індивідуально) в період лікування за показаннями та в залежності від загального стану.

Хвороби ендокринної системи

Захворювання щитовидної залози:	Не призначається.	Призначається при еутиреоїдних формах захворювання, при відсутності ускладнень, доброму загальному стані та нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при наявності таких порушень, як гіпотиреоз, гіпертиреоз, тиреотоксикоз або аутоімунний тиреоїдит, при відсутності суттєвих скарг та при задовільній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається в основний період захворювання (індивідуально) за показаннями, а також протягом 6-12 місяців після лікування, при помірних порушеннях функції щитовидної залози.
Цукровий діабет* * Необхідний постійний нагляд ендокринолога.	Не призначається.	Призначається лише при легкому перебігу захворювання, при відсутності скарг, ускладнень, при доброму загальному стані та нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається (індивідуально) при перебігу захворювання середньої тяжкості, при наявності незначних ускладнень, при задовільному загальному стані та задовільній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається (індивідуально) за показаннями – при важкому перебігу захворювання, при наявності ускладнень, при порушенні адаптації до фізичних навантажень.
Захворювання парашитовидної залози	Не призначається.	Призначається при легкому перебігу захворювання, при відсутності скарг чи ускладнень, при доброму загальному стані та нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при перебігу захворювання середньої тяжкості, при наявності незначних ускладнень, при задовільному загальному стані та незадовільній адаптації до навантажень.	Призначається (індивідуально) за показаннями – при наявності суттєвих ускладнень, в тому числі остеомаляції, та при значних порушеннях адаптації до навантажень.

Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду	Призначається при неускладнених формах, відсутності будь-яких скарг, при нормальних цифрах артеріального тиску, при відсутності надлишкової маси тіла та при нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при легких неускладнених формах, при транзиторному підвищенні АТ до 140/80 мм рт.ст., при наявності ожиріння I-го ступеню, при нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при ускладнених формах, при транзиторному підвищенні АТ вище 140/80 мм рт.ст., при наявності ожиріння II-го ступеню, при появі гіперкератозу, при порушеннях менструального циклу у дівчат та появі мастопатії у юнаків.	Призначається при важких ускладнених формах, при стійкому підвищенні АТ, яке може супроводжуватись підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр, тошнотою, гіперкератозом на значних ділянках, розладами психічного стану, вираженим ожирінням.
Порушення функції та захворювання гіпофізу	Призначається за умов відсутності будь-яких скарг, ускладнень, при доброму загальному стані та нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при незначних порушеннях, відсутності ускладнень, при задовільному загальному стані та задовільній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при помірно виразних порушеннях, наявності ускладнень, при відсутності інших ендокринних порушень.	Призначається при виразних порушеннях, а також при наявності інших ендокринних порушень або ускладнень.
Ожиріння	Призначається при I ступені ожиріння через 6 місяців успішних занять в підготовчій групі, при відсутності скарг, ускладнень та при нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при I-II ступені ожиріння, при відсутності скарг, ускладнень, при задовільній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при II та III ступені ожиріння, при наявності скарг, незначних ускладнень та / або при порушенні адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при III і більших ступенях ожиріння, при наявності скарг, ускладнень та при значних порушеннях адаптації до фізичних навантажень.
Інші порушення обміну речовин та ензимопатії	Вирішується індивідуально.	Вирішується індивідуально.	Вирішується індивідуально.	Вирішується індивідуально.
Хвороби нервової системи				
Компенсовані форми ураження ЦНС різної етіології	Призначається за умов відсутності порушень рухових та координаційних функцій, при нормальній адаптації до	Призначається за умов відсутності порушень рухових функцій, при незначних порушеннях координації, при	Призначається при наявності незначних порушень рухових та координаційних функцій.	Призначається при значних порушеннях рухових та координаційних функцій.

	фізичних навантажень. Виключаються заняття єдиноборствами та важкою атлетикою.	доброму загальному стані та при нормальній адаптації до фізичних навантажень.		
Остаточні явища та наслідки перинатальних уражень ЦНС, гіпоксичних, травматичних чи запальних уражень ЦНС, при ознаках гідроцефального синдрому тощо	Не призначається. В деяких випадках після ретельного клінічного обстеження вирішується індивідуально.	Призначається (після ретельного обстеження) при незначних порушеннях рухових та координаційних функцій, при нормальній адаптації до фізичних навантажень, не раніше, ніж через 1 рік після успішних занять в спеціальній групі.	Призначається при незначних порушеннях рухових та координаційних функцій.	Призначається при значних порушеннях рухових та координаційних функцій
Паралічі, парези, гіперкінези після різних захворювань нервової системи (енцефаліт, менингіт, поліомієліт), дитячий церебральний параліч (ДЦП)	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (індивідуально)	Рекомендується постійно при відсутності протипоказань.
Логоневроз	Призначається при відсутності будь-яких супутніх порушень, при доброму загальному стані та нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при відсутності супутніх порушень, при задовільному загальному стані.	Призначається при незначних супутніх порушеннях.	Призначається при значних супутніх порушеннях.
Невроз нав'язливих станів	Призначається при відсутності скарг, порушень рухових функцій та супутніх захворювань. Виключаються заняття єдиноборствами.	Призначається при незначних порушеннях рухових функцій та супутньої патології.	Не призначається.	Не призначається.
Судорожні стани, в тому числі епілепсія * * Забороняються заняття в басейнах!	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) при рідких приступах.	Призначається (строго індивідуально) при частих приступах.

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД)	Призначається лише за умов відсутності будь-яких скарг, кризових станів та ускладнень, при нормальній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при відсутності кризових станів, при задовільній адаптації до фізичних навантажень.	Призначається при наявності рідких кризових станів, при незначних порушеннях адаптації до фізичних навантажень. Виключаються заняття в плавальному басейні.	Призначається при наявності частих кризових станів, при суттєвих порушеннях адаптації до фізичних навантажень. Виключаються заняття в плавальному басейні.
Мігрень без аури	Не призначається.	Не призначається.	Призначається при помірно виразному больовому синдромі та рідких приступах. Рекомендується постійний нагляд невролога та контроль електроенцефалограми (ЕЕГ) 1 раз на рік.	Призначається при частих приступах, виразних болях та / або наявності ускладнень чи супутньої патології. Рекомендується постійний нагляд невролога та контроль ЕЕГ 2 рази на рік.
Ураження нервово-м'язового апарату різної етіології, прогресуючі м'язові дистрофії	Не призначається.	Не призначається.	Призначається на початкових стадіях захворювань.	Рекомендується постійно при відсутності протипоказань.

Порушення фізичного розвитку				
Відставання фізичного розвитку (при відсутності ендокринних порушень)	Не призначається.	Призначається при незначних відхиленнях фізичного розвитку (в межах від – 1 до – 2) в порівнянні з віковими стандартами.	Призначається при суттєвих відхиленнях фізичного розвитку (– 2 і більше) в порівнянні з віковими стандартами.	Призначається індивідуально за показаннями.
Деяка хірургічна та травматологічна патологія				
Стан після оперативних втручань з приводу грижі пахової, стегнової, варікоцеле та ін.	Призначається не раніше ніж через 6 місяців, рахуючи від відновлення занять в навчальному закладі після оперативного втручання – за умов відсутності будь-яких скарг чи ускладнень та після успішних попередніх занять в підготовчій чи спеціальній медичній групі.	Призначається не раніше ніж через 2 місяці після оперативного втручання – за умов відсутності ускладнень – протягом до 6 місяців.	Призначається не раніше ніж через 1-2 місяці після оперативного втручання – при наявності тих чи інших ускладнень – протягом до 6 місяців.	Призначається в до та після-операційному періоді.
Відновлюваний період після перелому кісток.	Призначається не раніше ніж через 6-12 місяців після травми (в залежності від місця та виду перелому), за умов відсутності скарг та ускладнень, після попередніх успішних занять в спеціальній або підготовчій групі.	Призначається (в разі необхідності) не раніше ніж через 2-6 місяців після травми, при наявності незначних ускладнень, які унеможливають виконання певних фізичних вправ, після попередніх успішних занять ЛФК або в спеціальній групі.	Призначається (в разі необхідності) через 1-2 місяці після травми, при виникненні значних ускладнень, які знижують рухові можливості. Призначають протягом до 6-12 місяців (в залежності від швидкості відновлюваних процесів) після попередніх успішних занять ЛФК.	Призначають в іммобілізаційному та післяіммобілізаційному періодах при відсутності протипоказань.

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини

<p>Порушення постави та сколіози*</p> <p>* Не рекомендуються заняття асиметричними видами фізичних навантажень, наприклад великим тенісом, баскетболом, бадмінтоном та ін.</p>	<p>Призначається при функціональних (нефіксованих) порушеннях постави та сколіозах I-II ступеню, які виникли внаслідок недоліків в організації навчального чи домашнього режиму, при малорухомому способі життя. Рекомендується, крім звичайних занять, додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при функціональних порушеннях постави та сколіозах I-II ступеню, при наявності скарг та незначних порушеннях функції хребта. Рекомендуються додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при сколіозах III ступеню і вище, незалежно від етіології, при незначних порушеннях функції хребта та / або при наявності незначних ускладнень з боку інших органів. Рекомендуються додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається постійно – при сколіозах III ступеню і вище, сколіотичній хворобі, а також при сколіозах з патологічною етіологією – після рахіту, поліомієліту чи інших захворювань, при суттєвих порушеннях функції хребта та / або при наявності інших ускладнень</p>
<p>Кіфози</p>	<p>Призначається при кіфозах I-II ступеню, за умов відсутності порушень рухових функцій та будь-яких ускладнень. Рекомендується, крім звичайних занять, додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається кіфозах I-II ступеню, при наявності скарг та незначних порушеннях функції хребта. Рекомендуються додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при кіфозах III ступеня і вище, при незначних порушеннях функції хребта та / або при наявності незначних ускладнень з боку інших органів. Рекомендуються додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при кіфозах III ступеню і вище, а також при кіфозах патологічного походження, при суттєвих порушеннях функції хребта та / або при наявності ускладнень. При юнацькому кіфозі в поєднанні з деякими іншими порушеннями постави – за призначенням лікаря-ортопеда.</p>

<p>Деформації стопи</p>	<p>Призначається при деформаціях стопи I-II ступеню, за умов відсутності артрозу та порушень функції суглобів стоп. Рекомендується , крім звичайних занять, додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при деформаціях стопи I-II ступеню, при наявності скарг та незначних порушеннях функції суглобів стоп. Рекомендується додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при деформаціях стопи III ступеню і вище, при незначних порушеннях функції суглобів стоп, при наявності інших деформацій опорно-рухового апарату. Рекомендується додаткові заняття коригуючою лікувальною гімнастикою.</p>	<p>Призначається при деформаціях стопи III ступеню і вище, при артрозі та суттєвих порушеннях функції суглобів стоп, та / або при наявності ускладнень чи поєднанні з іншими виразними деформаціями опорно-рухового апарату.</p>
<p>Малі аномалії розвитку хребта (синдром «короткої ший», додаткові шийні ребра та ін.)</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Не призначається.</p>	<p>Призначається при помірних порушеннях функції хребта при відсутності будь-яких ризиків для виникнення серйозної патології хребта, порушень кровообігу головного мозку у вертебро-базиллярному басейні, травмування спинного мозку з розвитком неврологічної симптоматики.</p>	<p>Призначається суворо індивідуально (лише на базі лікувально-профілактичних закладів!) у випадках наявності високого ризику виникнення серйозної патології хребта з порушеннями кровообігу головного мозку у вертебробазиллярному басейні, травмуванням спинного мозку та розвитком неврологічної симптоматики.</p>
<p>Остеохондропатії дитячого та юнацького віку (хвороба Пертеса, синдром Осгуда-Шлаттера, хвороба Кальве, хвороба Шеєрмана-Мау)</p>	<p>Категорично заборонені</p>	<p>Категорично заборонені</p>	<p>Питання вирішуються індивідуально, може призначатися при синдромі Осгуда-Шлаттера, але повністю виключаються стрибки, стрибкові вправи біг.</p>	<p>Призначається суворо індивідуально (лише на базі лікувально-профілактичних закладів!)</p>
<p>Остеохондропатії іншого походження*</p> <p>* При нестабільності шийних хребців, що супроводжується головним болем, напруженням м'язів, забороняються контактні види</p>	<p>Призначається лише за умов повного одужання, при відсутності порушення рухових функцій та будь-яких ускладнень.</p>	<p>Призначається при не різко виразних порушеннях рухових функцій.</p>	<p>Призначається при незначних порушеннях рухових функцій та наявності ускладнень, які обмежують рухові можливості.</p>	<p>Призначається при значних порушеннях рухових функцій – систематично, бажано на базі лікувально-профілактичних закладів).</p>

спорту, де є зіткнення чи удари – бокс, хокей, боротьба, баскетбол, стрибки у воду, плавання стилем батерфляй, брас, старт стрибком та ін.				
Інші вроджені або придбані деформації опорно-рухового апарата	Призначається при відсутності скарг та будь-яких порушень рухових функцій.	Призначається при не різко виразних порушеннях рухових функцій.	Призначається при незначних порушеннях рухових функцій та наявності ускладнень, які обмежують рухові можливості.	Призначається при суттєвих порушеннях рухових функцій – систематично.
Ревматоїдний артрит та інші рецидивуючі поліартрити	Не призначається.	Не призначається.	Призначається при рідких загостреннях, при помірних порушеннях функції вражених суглобів, при відсутності ускладнень. Рекомендуються додаткові заняття ЛФК.	Призначається при частих загостреннях, при суттєвих порушеннях рухових функцій та / або при наявності ускладнень.

Деякі інфекційні хвороби				
Туберкульоз: а) віраж ТБ-проби	Призначається при туберкульозній інтоксикації без осередкових уражень, при відсутності ознак гострого процесу і відсутності дихальної недостатності.	Призначається при сприятливому перебігу післяопераційного осередкового процесу та при відсутності дихальної недостатності.(поза фазою загострення).	Призначається при сприятливо перебігаючому та компенсованому процесі, при дихальній недостатності I ст. (поза фазою загострення).	Вирішується індивідуально.
б) закрыта форма	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається індивідуально.
в) відкрита форма	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.	Вирішується індивідуально.
Синдром придбаного імунodefіциту	Призначається лише за умов носійства, при відсутності скарг, клінічних проявів, при доброму загальному стані.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) при наявності клінічних проявів захворювання, за умов відсутності протипоказань.
Венеричні захворювання	Призначається лише після успішного лікування та дозволу венеролога, за умов відсутності будь-яких скарг та ускладнень.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (строго індивідуально) при наявності клінічних проявів захворювання, за умов відсутності протипоказань.
Деякі хвороби шкіри				
Інфекційні захворювання шкіри (в т.ч. чесотка, педикульоз, мікози, піодермія, герпес та ін.)	Призначається лише після успішного лікування та дозволу дерматолога, за умов відсутності будь-яких скарг та ускладнень.	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.
Псоріаз, екзема	Призначається при дуже легкому перебігу хвороби, рідких загостреннях, при незначних поодиноких ура-	Призначається при легкому перебігу хвороби, незначних ураженнях шкіри та при відсутності її мацерації.	Призначається при ураженні значних ділянок шкіри, при рідких загостреннях, але в періоди ремісії та лише за	Призначається при ураженні великих ділянок шкіри, при частих загостреннях, але в періоди ремісії та лише за

	женнях шкіри та при відсутності її мацерації.		умов відсутності мацерації та мокнуття.	умов відсутності мацерації та мокнуття.
Дерматити різного походження (в т.ч. алергічні) * * при алергічних дерматитах не бажані заняття в плавальних басейнах	Призначається за умов відсутності мацерації шкіри та мокнуття.	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.
Онкологічні захворювання				
Онкологічні злоякісні захворювання будь-якої локалізації	Не призначається.	Не призначається.	Не призначається.	Призначається (суворо індивідуально) за умов успішного лікування, при відсутності протипоказань.

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ. ПРИНЦИПИ ДОПУСКУ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ ОСІБ З ГРАНИЧ- НИМИ СТАНАМИ

I. Всі гострі і хронічні захворювання в стадії загострення.

II. Особливості фізичного розвитку

1. Різко виражене відставання у фізичному розвитку, або його аномалії чи дефекти, які перешкоджає виконанню вправ і нормативів, передбачених навчальними програмами.
2. Різка диспропорція між довжиною кінцівок і тулуба.
3. Надлишкова вага, яка в значній мірі не відповідає показникам росту.

III. Захворювання внутрішніх органів

Захворювання серцево-судинної системи

1. Захворювання серцевого м'язу, перикарду, ендокарду та судин серця; всі захворювання аорти; кардіоміопатії; вроджені та придбані вади серця; пролапс клапанів (II ступінь і вище, I ступінь – за наявності регургітації, міксоматозної дегенерації клапанів, порушень серцевого ритму, змін на ЕКГ)*.

** Примітка. Оцінка клінічних даних здійснюється на основі ретельного обстеження з обов'язковим проведенням функціональних проб з фізичним навантаженням, ЕКГ, ЕхоКГ та ін.*

Особи, що перенесли неревматичний міокардит без переходу в міокардіосклероз, за відсутності порушень ритму серця і провідності, на фоні високої толерантності до фізичного навантаження, можуть бути допущені до занять спортом, але не раніше ніж через 12 міс. після повного одужання.

2. Ревматизм; ревматичні хвороби серця (ревматичний перикардит, міокардит, ревматичні вади клапанів); позасерцеві ускладнення ревматизму (поліартрити, нефрити та ін.).
3. Органічні порушення серцевого ритму і провідності; синдроми

передчасного збудження шлуночків, синдром слабкості синусного вузла*.

** Примітка. В усіх випадках порушень серцевого ритму та провідності необхідно ретельне електрокардіографічне обстеження (без навантаження та з навантаженням).*

Рідкісні поодинокі екстрасистоли спокою, які зникають при фізичному навантаженні, а також синусова аритмія функціонального характеру не є протипоказаннями для занять спортом, при безумовному виключенні їх органічної природи.

4. Ішемічна хвороба серця.

5. Гіпертонічна хвороба*, симптоматичні гіпертонії.

** Примітка. Необхідно не обмежуватися одноразовим вимірюванням артеріального тиску, а перевіряти його протягом декілька днів, обов'язково з проведенням функціональної проби (20 присідань за 30 сек. або 2 чи 3-хвилинний біг на місці в помірному темпі); при відсутності інших даних перевищення систолічного АТ не вище 140 мм рт.ст. та діастолічного АТ не вище 80 мм рт.ст. не є протипоказаннями для вступу до фізкультурних навчальних закладів.*

6. Нейроциркуляторна дистонія (гіпертензивного, гіпотензивного, кардіального або змішаного типів)*.

**Примітка. При задовільному стані та відсутності інших протипоказань – допускаються умовно.*

Захворювання дихальної системи

7. Захворювання легенів, дихальних шляхів, плеври, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів туберкульозної етіології, навіть в стадії повної компенсації, в тому числі виразні остаточні явища після ексудативних плевритів (шварти, обмеження рухливості легеневих країв) і т.д.

8. Хронічні неспецифічні захворювання та наслідки гострих захворювань дихальних шляхів, легенів і плеври, дисеміновані хвороби легенів нетуберкульозної етіології, в тому числі захворювання (хронічні бронхіти, бронхоектатична хвороба), що супроводжуються навіть незначними порушеннями функції дихання.

9. Бронхіальна астма (навіть з рідкими нападами)*.

** Примітка. За відсутності нападів протягом п'яти років і більше, але при збереженні зміненої реактивності бронхів, допуск до занять окремими*

видами спорту можливий (не рекомендуються види спорту, спрямовані на розвиток витривалості, зимові види спорту, а також види спорту, заняття якими проходять в залах та пов'язані з використанням тальку, каніфолі і т.п.).

Захворювання шлунково-кишкового тракту

10. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (виразні порушення секреції і моторики шлунку, дискінезії жовчних шляхів).

11. Виразкова хвороба шлунку та/або дванадцятипалої кишки у стадії загострення. Виразка шлунку і дванадцятипалої кишки у стадії ремісії з порушеннями функції травлення і частими загостреннями в анамнезі*.

** Примітка. Особи з виразкою шлунку або дванадцятипалої кишки, які знаходяться протягом 6 років в стані ремісії (без порушень функції травлення), можуть бути допущені до занять спортом (не рекомендуються види спорту, спрямовані на розвиток витривалості).*

12. Інші хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, включаючи аутоімунний гастрит і особливі форми гастритів (гранулематозний, еозинофільний, гіпертрофічний, лімфоцитарний), захворювання підшлункової залози, тонкого і товстого кишечника, із значними і помірними порушеннями їх функцій та частими загостреннями, навіть при помірному зниженні живлення*.

** Примітка. Особи з хелікобактерним гастритом можуть бути допущені до занять спортом після відповідного лікування.*

Особи з хронічними гастритами і гастродуоденітами з незначними порушеннями функції і рідкісними загостреннями, а також дискінезіями жовчовивідних шляхів з рідкими загостреннями можуть бути допущені до занять спортом.

13. Хронічні захворювання печінки (включаючи доброякісні гіпербілірубінемії), гепатити, цироз печінки.

14. Хронічні захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, в т.ч. жовчнокам'яна хвороба, запалення жовчного міхура, ангіохоліт.

15. Хвороби стравоходу (езофагіт, язва – до повного лікування; кардіоспазм, стеноз, дивертикули – за наявності значних і помірних порушень функції).

16. Наслідки після оперативних втручань або ушкоджень органів черевної порожнини, навіть при помірному порушенні їх функцій.

Захворювання нирок та сечовивідних шляхів

17. Хронічні захворювання нирок (хронічний гломерулонефрит, хронічний первинний пієлонефрит, нефросклероз, нефротичний синдром, первинно-зморщена нирка, амілоїдоз нирок, хронічний інтерстиціальний нефрит та інші нефропатії)*.

** Примітка. Наявність в анамнезі пролікованих гострих захворювань нирок та сечовивідних шляхів, які не давали загострень протягом не менше 1 року, не є протипоказаннями до занять спортом.*

18. Пієлонефрит (вторинний), гідронефроз.

19. Сечокам'яна хвороба*.

** Примітка. Інструментальне видалення або самотійне відходження поодинокого каменя з сечовивідних шляхів (лоханка, сечовід, сечовий міхур) без дроблення каменя сечовивідної системи, дрібні (до 0,5 см) поодинокі конкременти нирок і сечоводів, підтверджені тільки ультразвуковим дослідженням, без патологічних змін в сечі, односторонній або двосторонній нефроптоз I стадії не є протипоказаннями до занять спортом.*

20. Хронічні та клінічно виявлені наслідки недавно перенесених захворювань сечовивідних шляхів – цистити, уретрити.

Захворювання опорно-рухового апарату

21. Системні захворювання сполучної тканини.

22. Захворювання суглобів – ревматоїдний артрит, артрита, що поєднуються із спондилоартритом, анкілозуючий спондилоартрит, остеоартроз, метаболічні артрита, наслідки інфекційних артритів*.

** Примітка. Особи, що перенесли реактивний артрит з повним зворотним розвитком, можуть бути допущені до занять спортом через 6 міс. після повного лікування.*

23. Системні васкуліти.

Захворювання крові та кровотворних органів

24. Всі хвороби крові і кровотворних органів, незалежно від ступеня їх виразності*.

** Примітка. Особи, що мають тимчасові функціональні розлади після несистемних хвороб крові, допускаються до занять спортом після повного лікування.*

25. Стійкі зміни складу периферичної крові (кількість лейкоцитів менш $4,0 \times 10^9/\text{л}$ або більш $9,0 \times 10^9/\text{л}$, кількість тромбоцитів менш $180,0 \times 10^9/\text{л}$, вміст гемоглобіну менше 120 г/л).

26. Злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної і споріднених тканин: лимфо-, міело-, ретикулосаркоми, лейкоз, лімфози, лімфогрануломатоз, парапротеїнемічні гемобластози (включаючи стани після хірургічного лікування, променевої і цитостатичної терапії).

27. Гостра променева хвороба будь-якого ступеня тяжкості в анамнезі, а також отримана раніше при аварії або випадковому опромінюванні доза випромінювання, що перевищує річну гранично допустиму дозу в п'ять разів (відповідно до норм радіаційної безпеки – 76/87).

Ендокринні хвороби та деякі порушення обміну речовин

28. Гіперплазія щитовидної залози, навіть з легкими явищами тиреотоксикоза; простий зоб, нетоксичний вузловий зоб; тиреїдит; гіпотиреоз; хвороби білящитовидних залоз; захворювання надниркових залоз.

29. Цукровий діабет, незалежно від ступеня виразності.

30. Акремегалія, незалежно від ступеня виразності акремегалоїдних рис.

31. Подагра.

32. Ожиріння III-IV ступеня.

IV. Нервово-психічні захворювання. Травми центральної та периферичної нервової системи

1. Психотичні та непсихотичні психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку. Ендогенні психози: шизофренія (всі форми) і афективні психози, незалежно від терміну останнього загострення. Симптоматичні психози й інші психічні розлади екзогенної етіології*.

**Примітка: Особи, які мають легкий короточасний астеничний стан після гострого психічного захворювання, допускаються до занять спортом після повного лікування.*

2. Реактивні психози і невротичні розлади*.

**Примітка. Особи, які мали гострі реакції на стрес, порушення адаптації і незначні невротичні розлади, що характеризуються в основному емоційно-вольовими і вегетативними порушеннями, допускаються до занять спортом після повного лікування.*

3. Розумова відсталість.

4. Епілепсія, навіть при відсутності психічних розладів та відсутності нападів протягом тривалого часу (більше 5 років).

5. Всі види проявів судорожних розладів та наявність прихованої тетанії.

6. Вазовегетативні дисфункції з прихильністю до ангіоспазмів, головокружіння, з підвищеною збудливістю серцевої діяльності та різними проявами вазопатій (зокрема, акропарестезіями і еритромелалгіями).

7. Інфекційні, паразитарні, вірусні захворювання центральної нервової системи та їх наслідки, в тому числі після арахноїдитів.

8. Психічні розлади, ураження головного і спинного мозку при загальних інфекціях, гострих і хронічних інтоксикаціях та їх наслідки (явища астенізації, нейроциркуляторна дистонія, стійкі розсіяні органічні знаки), навіть при повному відновленні до моменту обстеження психічної діяльності (без порушення рухів, чутливості і рефлексів).

9. Травми головного і спинного мозку та їх наслідки при наявності остаточних явищ у вигляді мікросимптоматики.

10. Судинні захворювання головного і спинного мозку та їх наслідки (субарахноїдальні, внутрішньомозкові й інші внутрішньочерепні крововили-

ви, інфаркт мозку, транзиторна ішемія мозку та ін.)*.

**Примітка. Особи з рідкими випадками непритомності підлягають поглибленому медичному обстеженню і лікуванню. Діагноз «нейроциркуляторна дистонія» встановлюється тільки в тих випадках, коли цілеспрямоване обстеження не виявило інших захворювань, що супроводжуються порушеннями вегетативної нервової системи. Особи з наявністю навіть рідких випадків непритомності не можуть бути допущені до занять єдиноборствами, складнокоординаційними, травмонебезпечними та водними видами спорту.*

11. Органічні захворювання центральної нервової системи (дегенеративні, пухлини головного і спинного мозку, вроджені аномалії й інші нерво-м'язові захворювання).

12. Захворювання периферичної нервової системи (включаючи наявність об'єктивних даних без порушення функцій).

13. Травми периферичних нервів та їх наслідки, незалежно від локалізації (включаючи легкі залишкові явища у формі незначно виражених порушень чутливості або невеликого ослаблення м'язів, що інервуються пошкодженим нервом), вторинні неврити.

14. Наслідки переломів кісток черепа (зведення черепа, лицьових кісток, у тому числі нижньої і верхньої щелепи, інших кісток) без ознак органічного ураження центральної нервової системи, але за наявності чужорідного тіла в порожнині черепа, а також заміщеного або незаміщеного дефекту кісток зведення черепа.

15. Тимчасові функціональні розлади після гострих захворювань і травм центральної або периферичної нервової системи, а також їх хірургічного лікування*.

**Примітка. Особи, які перенесли закриту травму головного чи спинного мозку, за умов відсутності інструментально підтверджених ознак ураження центральної нервової системи, можуть бути допущені до занять спортом не раніше ніж через 12 міс. після повного лікування (не рекомендуються травмонебезпечні види спорту).*

V. Хірургічні захворювання

1. Хвороби хребта та їх наслідки (остеохондроз, спондиліоз й пов'я-

зані з ним стани, хвороби міжхребцевих дисків, інші хвороби хребта)*.

** Примітка. Особи з початковими ознаками міжхребцевого остеохондрозу з безсимптомним перебігом можуть бути допущені до занять симетричними видами спорту.*

2. Виражені деформації хребта, які ускладнюють функціонування органів грудної та /або черевної порожнини (сколіози, сколіотична хвороба, кіфоз рахітичний, кіфоз туберкульозний, хвороба Шейерманна-Мау, хвороба Кальве; явища вираженої нестабільності та ін.)*.

** Примітка. Особи з нефіксованим викривленням хребта у фронтальній площині (сколіотична постава) можуть бути допущені до занять симетричними видами спорту.*

3. Наслідки переломів хребта, грудної клітки, верхніх та нижніх кінцівок, тазу, що супроводжуються порушеннями функцій.

4. Виражені деформації грудної клітки, що ускладнюють функціонування органів грудної порожнини.

5. Виражені деформації тазу, що впливають на статику тіла або порушують біомеханіку ходьби.

6. Всі види деформацій верхніх кінцівок, що виключають або ускладнюють можливість виконання різних видів спортивних вправ, в тому числі на гімнастичних снарядах.

7. Дефекти або відсутність пальців рук, що порушують функції кисті.

8. Укорочення однієї нижньої кінцівки більш ніж на 2 см, навіть при повноцінній ході; виражене викривлення ніг всередину (X-подібне викривлення) або назовні (O-подібне викривлення) при відстані між внутрішніми мищівками стегнових кісток або внутрішніми лоджками більшоберцових кісток понад 12 см.

9. Зведення, нерухомість, викривлення або відсутність пальців стопи, які порушують повноцінну опороздатність, утрудняють ходьбу та носіння взуття (звичайного і спортивного)*.

** Примітка. За відсутність пальця на стопі вважається відсутність*

його на рівні плюснево-фалангового суглоба. Повне зведення або нерухомість пальця також вважається як його відсутність.

10. Подовжнє або поперечне сплющення зведення стопи (особливо в поєднанні з деформацією великого пальця та вальгусним положенням п'ятки), повна стопа, плоскостопість, клишоногість й інші деформації стопи із значними та помірними порушеннями її функцій*.

** Примітка. За наявності плоскостопості II ступеня на одній нозі і плоскостопості I ступеня на іншій нозі висновок вноситься по плоскостопості II ступеня.*

Особи з плоскостопістю I ступеня, а також II ступеня без артрозу в таранно-ладьовидних зчленуваннях можуть бути допущені до занять спортом

При деформаціях стопи з порушеннями її повноцінної опороздатності та при функціональній недостатності (швидкій стомлюваності м'язів стопи і гомілки, болях в суглобах стоп при тривалому стоянні, ходьбі чи під час бігу), а також при явищах невралгії чи невриту підшовного нерву заняття спортом протипоказані.

При відсутності функціональної недостатності питання допуску вирішуються з особливою обережністю для легкоатлетів (стрибунів та бігунів), для лижників (особливо в стрибках на лижах), для штангістів, конькобіжців та фігуристів, а також для тих, хто спеціалізується в спортивних іграх.

11. Ампутації на кінцівках, незалежно від їх рівня, в тому числі ампутації одного чи декілька пальців на кистях рук, які супроводжуються порушеннями охоплюючої або утримуючої функцій кисті, та ампутації декілька пальців на одній чи обох стопах.

12. Наслідки уражень та хронічні захворювання суглобів, кісток, хрящів, м'язів; остеопатії і придбані кістково-м'язові деформації (внутрішньосуставні ураження, остеомієліт, періостит, інші ураження кісток, деформуючий і остеопатії, остеохондропатії, стійкі контрактури суглобів, інші хвороби та ураження суглобів, кісток і хрящів)*.

** Примітка. При хворобі Осгуда-Шлаттера питання про можливість допуску до занять спортом вирішується індивідуально.*

13. Застарілі або звичні вивихи в крупних суглобах, що виникають при незначних фізичних навантаженнях, в тому числі звичний вивих плечо-

вого суглобу, порушення охоплюючої та /або утримуючої функції кисті внаслідок зведення одного чи декілька пальців кисті, наслідки спортивних травм і спортивні захворювання опорно-рухового апарату, які призвели до значного зниження спортивної працездатності – розбовтаність суглобів, хронічні менісцити, спортивні артрозоартрити крупних суглобів кінцівок, спондиліози, хронічні міоентезити і періостити, хронічні бурсити та ін.

14. Хвороби судин та/або наслідки пошкоджень аорти, магістральних і периферичних артерій і вен, лімфатичних судин: облітеруючий ендартеріт, аневризми, флебіти, тромбофлебіти, варикозна та післятромботична хвороба, слоновість (лімфодема), варикозне розширення вен сім'яного канатика та гемороїдальних вен (середнього і значного ступеня вираженості); ангиотрофоневрози, гемангіоми*.

** Примітка. Після оперативних втручань з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок, варикозного розширення вен сім'яного канатика гемороїдального розширення вен заняття спортом та вступ в фізкультурні навчальні заклади дозволяється лише у випадках, коли протягом не менше 1 року після операції не було ознак рецидиву захворювання та розладів місцевого кровообігу.*

15. Грижі (пахові, стегові, пупкові) та іншої локалізації; розширення одного або обох пахових кілець з випинанням вмісту черевної порожнини при натуженні, що явно відчувається в момент пальцевого обстеження, – до повного лікування*.

**Примітка. Невелика пупкова грижа, передчеревний жирюк білої лінії живота, а також розширення пахових кілець без грижового випинання при фізичному навантаженні і натуженні не є протипоказанням до занять спортом.*

16. Геморой з частими загостреннями і вторинною анемією, випаданням вузлів II-III стадії. Рецидивуючі тріщини заднього проходу*.

**Примітка. Особи, що перенесли оперативні втручання з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок, вен сім'яного канатика, гемороїдальних вен, тріщин заднього проходу, можуть бути допущені до занять спортом, якщо після закінчення 1 року після операції відсутні ознаки рецидиву захворювання і розладів місцевого кровообігу.*

17. Випинання (близьке до випадіння) всіх шарів стінки прямої кишки при натуженні, рецидивуючі тріщини заднього проходу.

18. Водянка яєчка або сім'яного канатика.

19. Затримка обох яєчок в черевній порожнині або пахових каналах.

20. Наслідки травм шкіри і підшкірної клітковини, що супроводжуються порушеннями рухових функцій або ускладнюють носіння спортивного одягу, взуття або спорядження.

21. Рубці, що не окріпнули, після операцій і пошкоджень, які по своїй локалізації ускладнюють виконання фізичних вправ; рубці, схильні до виразки; рубці, які спаяні з прилеглими тканинами та перешкоджають рухам в тому або іншому суглобі при виконанні фізичних вправ.

22. Захворювання грудних залоз, в тому числі хронічні мастити.

23. Злоякісні новоутворення, незалежно від їх виду та локалізації, включаючи стани після їх радикального лікування.

24. Доброякісні пухлини, особливо якщо вони за своїми розмірами чи локалізацією ускладнюють виконання фізичних вправ або носіння спортивного одягу – до повного лікування*.

** Примітка. Особи, що мають тимчасові функціональні розлади після хірургічного лікування доброякісних новоутворень, допускаються до занять спортом після повного лікування.*

25. Остеомієліт та його наслідки.

VI. Травми і захворювання ЛОР-органів та зубів

1. Хвороби і пошкодження гортані, шийного відділу трахеї, що супроводжуються навіть незначними порушеннями дихальної і голосової функцій.

2. Викривлення носової перетинки з вираженим порушенням носового дихання (операція в подібних випадках проводиться у віці не молодше 15 років).

3. Хвороби зовнішнього вуха – до повного лікування.
4. Захворювання Євстахієвої труби – до повного лікування.
5. Гнійний одно- або двосторонній епітимпаніт або мезатимпаніт у всіх формах і стадіях.
6. Стійкі залишкові явища перенесеного отиту (стійкі рубцеві зміни барабанної перетинки, наявність перфорації барабанної перетинки).
7. Отосклероз, лабіринтопатія, кохлеарний неврит й інші види глухоти або стійкого пониження слуху на одне або обидва вуха; сприйняття шепітної мови на відстані до 3-х м при пониженні слуху на друге вухо (в нормі на обидва вуха сприйняття шепітної мови повинне бути на відстані 6 м, мінімально допустиме зниження цієї відстані до 4 м).
8. Порушення прохідності Євстахієвої труби та розлад барофункції вуха для всіх видів спорту, крім шахів.
9. Вестибулярно-вегетативні розлади, навіть в помірно вираженому ступені.
10. Захворювання додаткових пазух носа (гайморових, лобних) – до повного лікування.
11. Деформації і хронічні зміни в стані тканин носа, порожнини рота, глотки, гортані і трахеї, що супроводжуються порушеннями дихальної функції, особливо функції носового ковтання.
12. Хвороби верхніх дихальних шляхів (поліпи порожнини носа, аденоїди, хронічні ларингіти, фарингіти, ларинготрахеїти, а також дистрофічні зміни в верхніх дихальних шляхах, які супроводжуються послабленням захисних властивостей їх слизових оболонок.
13. Хронічні тонзиліти, декомпенсовані форми – до повного лікування*.

** Примітка. Під хронічним декомпенсованим тонзилітом прийнято розуміти форму хронічного тонзиліту, що характеризується частими загостреннями (2 і більше на рік), наявністю тонзилогенної інтоксикації (субфебрилітет, швидка стомлюваність, млявість, нездужання, зміни з боку внутрішніх органів), залученням в запальний процес білямигдалевої тканини, регіонарних лімфовузлів (паратонзиллярний абсцес, регіонарний лімфаденіт).*

До об'єктивних ознак хронічного декомпенсованого тонзиліту відносяться: виділення гною або казеозних пробок з лакун при натисканні шпательом на мигдалину або при її зондуванні, грубі рубці на піднебінних мигдалинах, гіперемія і набряклість піднебінних дужок і зрощення їх з мигдалинами, наявність в підепітеліальному шарі фолікулів, що нагноювалися, збільшення лімфатичних вузлів по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібних м'язів.

14. Озена.
15. Повна відсутність нюху (аносмія).
16. Альвеолярна піорея.
17. Множинний карієс зубів (понад 10), що потребує санації; повна відсутність понад 10 зубів; наявність знімних зубних протезів; всі види захворювань зубів, що супроводжуються ротовим сепсисом, а також порушення нормального прикусу (для тих, хто поступає на відділення боксу).
18. Особи, що мають тимчасові функціональні розлади після загострення хронічних захворювань ЛОР-органів, їх травм і хірургічного лікування, допускаються до занять спортом після повного лікування.

VII. Травми і захворювання очей

1. Лагофталм, заворот вік та зростання вій у напрямку до очного яблука (тріхіаз), що викликає постійне роздратування очей; виворіт вік, що порушує функцію ока, зрощення вік між собою або з очним яблуком, яке перешкоджає або обмежує рух очей і порушує функцію зору, хоча б одного ока.
2. Птоз віка, що порушує функцію зору одного або обох очей.
3. Наполеглива невиліковна сльозотеча внаслідок захворювання слізних шляхів.
4. Хронічні захворювання кон'юнктиви, рогівки, увеального тракту і сітківки запального або дегенеративного характеру з частими загостреннями.
5. Захворювання зорового нерва.
6. Атрофія зорового нерва.
7. Виражена природжена і придбана (у тому числі травматична) катаракта.

8. Помутніння, деструкція склоподібного тіла.
9. Природжені і придбані дефекти розвитку оболонок ока, що порушують функцію зору.
10. Афекія.
11. Зміни на очному дні.
12. Стани після проникаючого поранення ока.
13. Чужорідне тіло в оці, не показане до витягання.
14. Обмеження поля зору одного або обох очей більш ніж на 20°.
15. Порушення рухового апарату очей.
16. Виражений ністагм очного яблука при значному зниженні гостроти зору.
17. Співдружнтя косоокість більше 20° – питання про допуск вирішується індивідуально.
18. Порушення кольоровідчуття – питання про допуск вирішується індивідуально залежно від специфіки вибраного виду спорту (особливо в велосипедному, лижному, видах спорту, греблі, спортивних іграх).
19. Прогресуюча короткозорість, «висока короткозорість».
20. Всі види порушення рефракції, які потребують постійного носіння очок.
21. Порушення гостроти зору: а) менше 0,6 на обидва ока (без корекції); б) не менше 0,6 на краще і 0,3 на гірше око (без корекції).

VIII. Шкірно-венеричні захворювання

1. Захворювання шкіри (епідермоліз, склеродермія, склеродактілія, псоріаз, кератодермія, екзема, грибкові захворювання шкіри та ін.), незалежно від локалізації процесу*.

** Примітка. При епідермофітії питання допуску вирішуються індивідуально, в залежності від можливості швидкого лікування, при невеликій розповсюдженості та при підгострому перебігу захворювання.*

При вирішенні питань допуску осіб з неконтагіозними захворюваннями шкіри, слід враховувати: а) необхідність значного оголення при носінні спортивного одягу; б) можливу травматизація уражених ділянок шкіри при

виконанні фізичних вправ; в) негативне та насторожене відношення до всіх осіб, що мають хоча б обмежені шкірні захворювання.

2. Всі венеричні захворювання – до повного лікування.

ІХ. Гінекологічні захворювання та зміни в фізичному стані, які пов'язані з функцією жіночих полових органів

3. Різко виражені аномалії, дефекти, вади або затримка розвитку жіночої статеві сфери (виразний інфантилізм) гермафродитизм.

4. Порушення нормальних анатомо-топографічних взаємовідносин жіночих статевих органів, опущення або часткове випадіння матки, піхви та ін.

5. Виразний сакропетальний тип статури з кутом нахилу тіла менш 35^{0*}.

** Примітка. Навіть у жінок, які не народжували, при цьому виявляється зяання статевої щілини, опущення статевих органів, надмірна рухомість матки та виразні рефлекторні реакції статевих органів на різні «механічні» подразники – стрибки, швидкі зміни положення тіла, різкі зсуви при внутрішньочеревному тиску і т.п.*

6. Стійкі порушення менструальної функції (аменореї, меноррагії, метроррагії, дісменореї та ін.).

7. Запальні захворювання матки, придатків, тазової черевини та клітковини, а також їх наслідки, які порушують нормальні топографічні взаємовідносини органів малого тазу.

8. Захворювання вульви: варикозне розширення вен в цій області, крауроз вульви, дерматози, що зудять, хронічні кольпіти, пухлини (незалежно від їх етіології), хронічний бартолініт.

9. Новоутворення жіночої статеві сфери (кісти яєчників, фіброміоми та ін.).

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ЛФК В НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

1. Гострий період захворювання.
2. Дуже виразний больовий синдром.
3. Небезпека виникнення кровотечі чи тромбоемболії.
4. Підвищення температури тіла вище $37,5^{\circ}$.
5. Наявність запальних або гнійних процесів будь-якої локалізації.
6. Синусова тахікардія або синусова брадикардія.
7. Часті напади пароксизмальної або миготливої аритмії, екстрасистоля з частотою більше 1:10.
8. АВ-блокада II-III ступеня.
9. Негативна динаміка ЕКГ (суттєве порушення коронарного кровообігу).
10. Наростання недостатності кровообігу.
11. Артеріальна гіпертензія підвищення АТ вище вікових норм (навіть при задовільному стані).
12. Артеріальна гіпотензія (зниження АТ нижче вікових норм) при наявності скарг на головокружіння, головний біль, слабкість ті ін.).
13. Будь-які судинні або діенцефальні кризові стани, незалежно від величини АТ.
13. Анемія (при зниженні кількості еритроцитів нижче $2,6 \times 10^{12}/л$).
14. Підвищення ШОЕ понад 20-25 мм/год, лейкоцитоз.

ВІКОВІ МЕЖІ ДОПУСКУ ДІТЕЙ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ

Окремо вирішується питання щодо занять спортом дітей та підлітків. Зважаючи на великі навантаження, притаманні спортивним заняттям, дозвіл на такі заняття лікар дає лише тим, хто віднесений до основної медичної групи, не має жодних відхилень у стані здоров'я і досяг певного віку (табл. 2).

Вікові межі допуску дітей до занять спортом

Вид спорту	Вік, роки	
	Початкові групи	Групи спеціалізації
Акробатика	8–9	10–11
Баскетбол	10–12	12–14
Бокс	12–14	14–15
Боротьба	10–12	12–14
Волейбол	10–12	12–14
Гімнастика спортивна	8–9	10–11
Гімнастика художня	7–8	9–10
Гірськолижний	8–9	10–11
Гребля академічна	10–11	12–16
Лижний	10–11	12–13
Легка атлетика	10–12	13–14
Плавання	7–8	8–10
Стрибки у воду	7–8	9–10
Фігурне катання	7–8	9–10
Хокей із шайбою	10–11	12–13

Спортивна спеціалізація і участь дітей у спортивних змаганнях допускаються лише після 2–3 років початкової підготовки. Принцип помірності повинен витримуватись стосовно тренувань і участі у змаганнях.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЗА ОСОБАМИ РІЗНОГО ВІКУ ТА СТАТІ: ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЖІНОК, ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Найважливіша мета тренування – поліпшення морфофункціонального стану організму, його опірності до несприятливих чинників зовнішнього середовища. Здоров'я людини досягається у будь-якому віці. Ані фази онтоге-

незу, ані похилий вік не заважають організмові отримувати оздоровчий вплив від фізичного тренування. Можливостями оздоровчого тренування організм забезпечений зі значним запасом – від антенатального стану до згасання життя, справа лише в оптимальному, тобто відповідному до можливостей організму, дозуванні навантаження і доборі найбільш доцільних вправ. Так, сприятливий вплив на розвиток ще не народженої дитини досягається завдяки фізичним вправам, які виконує вагітна жінка. Стан гіпоксії у її крові, що розвивається під час вправ, стимулює обмін речовин в організмі плода. Дослідженнями останніх років доведено можливість у похилому віці тренуватись і значно, навіть відносно більше, ніж у молодому віці, поліпшувати функціональний стан організму.

Для найбільш ефективної організації оздоровчих занять треба враховувати, що тренувальний ефект у молодих осіб і людей похилого віку формується з різною швидкістю. Чим молодший організм, тим раніше в умовах систематичних занять фізичними вправами настає підвищення працездатності і коротший відновлювальний період після навантажень (табл. 3).

Таблиця 3.

Вікові особливості розвитку тренувального ефекту в процесі освоєння нового рухового навичку

Вік, роки	Кількість тренувальних навантажень, необхідних для підвищення працездатності на 100%	Тривалість періоду несприятливих відчуттів, дні	Величина наступного тренувального ефекту, %
11–14	3–4	Не більше ніж 1	150–190
18–20	5–6	1–2	130–135
41–45	9–12	2–4	116–120
60–69	14–18	4–5	112–115

Отже, слід дуже повільно підвищувати інтенсивність і загальний об'єм навантажень для осіб похилого віку. Разом з тим не варто різко збільшувати навантаження у дітей та підлітків зважаючи на велику сприйнятливність їх – несформований організм можна легко пошкодити. Ось чому для оптимального дозування фізичних навантажень у будь-якому віці треба орієнтуватися на стан найбільш вразливої системи, яка тісно пов'язана з руховою функцією – серцево-судинної системи.

У заняттях оздоровчим тренуванням слід враховувати також статеві особливості організму. Так, жінкам доцільно рекомендувати більш пластичні, порівняно з чоловіками, вправи без різких рухів. Період менструації не вимагає відмови від тренувальних занять, якщо ці заняття не пов'язані з необхідністю перебування у воді (плавання). Заборона оздоровчих тренувальних занять необхідна лише у 3 випадках: 1) коли маємо справу з дисменореєю, тобто порушенням оваріально-менструального циклу з болем, сильним виділенням крові тощо; 2) коли йдеться про необхідність виконання максимальних зусиль (наприклад, в умовах змагань); 3) у разі недостатньої тренуваності організму (початковий період занять).

Особливості лікарського контролю дітей і підлітків

У процесі занять дітей та підлітків фізкультурою і спортом вирішуються тісно взаємопов'язані завдання – оздоровлення, виховання та фізичної підготовки.

В даний час теоретично обґрунтовано і широко застосовується система багаторічної підготовки юних спортсменів. Ця система передбачає такі основні етапи: попередню підготовку – у віці 6–9 років; початкову спортивну спеціалізацію – в 10–12 років, поглиблене тренування в обраному виді спорту – в 13–15 років, спортивне вдосконалення – у віці 16 років і старше з урахуванням вікових та індивідуальних анатомо-фізіологічних особливостей.

При лікарському обстеженні юних спортсменів слід брати до уваги те-

нденції розвитку сучасного спорту, які проявляються у все зростаючій інтенсифікації тренувальних навантажень з акцентом на спеціалізовану підготовку, зниження вікового цензу на всіх етапах підготовки резервів для спорту вищих досягнень. Вочевидь, подібна тенденція виникла внаслідок того, що в кожному шкільному колективі є діти та підлітки, які випереджають однолітків у темпах росту та розвитку і в зв'язку з цим здатні переносити значні за обсягом і інтенсивністю тренувальні навантаження і показувати високі спортивні результати.

З позиції вітчизняної спортивної медицини більш виправдана така система спортивного тренування, при якій в основу планування характеру, обсягу та інтенсивності фізичних навантажень покладений облік морфофункціональної зрілості нервової системи, опорно-рухового апарату, основних вегетативних систем життєзабезпечення. При цьому дотримується основний принцип системи фізичного виховання, згідно з яким фізична культура і спорт насамперед повинні використовуватися для нормального фізичного розвитку, зміцнення здоров'я і підвищення функціональних можливостей дітей, підлітків, юнаків і дівчат.

Лікарський контроль за юними спортсменами здійснюється відповідно до загальних організаційно-методичних положень спортивної медицини та передбачає визначення стану здоров'я, особливостей фізичного розвитку і статури, функціональних можливостей. Недооцінка вікових та індивідуальних анатомо-фізіологічних особливостей юних спортсменів є причиною припинення зростання спортивних результатів, розвитку передпатологічних і патологічних станів. У практиці лікарського контролю прийнято розподіл школярів на такі групи: молодшого шкільного віку (6–10 років), середнього шкільного віку (11–14 років) і старшого шкільного віку (15–17 років).

Діти і підлітки, початківці, що займаються в дитячо-юнацькій спортивній школі (ДЮСШ), допускаються до тренувань за довідкою лікаря підліткового кабінету, дійсною протягом 3 місяців. Надалі юні спортсмени повинні перебувати під наглядом фахівців у лікарсько-фізкультурному диспансері.

Принциповим положенням проведеного лікарського контролю є те, що до спортивних тренувань допускаються тільки здорові діти. При обґрунтуванні лікарських рекомендацій слід враховувати, що відхилення у стані здоров'я, які не позначаються на працездатності при звичайних заняттях з фізичного виховання, можуть обмежувати показання або служити протипоказанням до занять спортом. Необхідно виявляти і проводити санацію вогнищ хронічної інфекції, таких як каріозні зуби, хронічний тонзиліт та інші, що є причиною порушень серцевого ритму, судинної дистонії, а також провокують перенапруження у юних спортсменів.

Слід з'ясувати, які захворювання і травми переніс школяр. Важливі анамнестичні дані про спадкові захворювання, особливості статури і рухових можливостях батьків, бо ці відомості мають значення при спортивному відборі. Заслуговують уваги матеріально-побутові умови життя дітей. У спортсменів 12–16 років необхідно з'ясувати, чи існують шкідливі звички (паління та інші). Спортивний анамнез дозволяє уточнити уявлення про функціональний стан юних спортсменів, дізнатися, з якого віку почалися регулярні спортивні тренування, динаміку спортивних результатів в обраному виді спорту. Необхідно отримати відомості про характер, обсяг та інтенсивність тренувальних навантажень, навчально-тренувальні збори, кількість і масштаб змагань.

При дослідженні фізичного розвитку належну увагу слід приділяти соматоскопії і антропометрії. Важливо своєчасно виявити порушення постави, деформації грудної клітки і хребта, сплющення стоп. Оцінка фізичного розвитку проводиться за допомогою стандартів, розроблених для відповідних вікових груп юних спортсменів.

Відомо, що особливості фізичного розвитку дітей і підлітків у більшій мірі взаємопов'язані з біологічним, ніж з паспортним, віком, тому необхідно визначати біологічний вік юних спортсменів. Критеріями біологічного віку можуть бути морфологічні та функціональні показники.

У практичній роботі для визначення біологічного віку у юних спорт-

сменів користуються даними стосовно розвитку зубів і ознак статевого дозрівання. Облік термінів прорізування і зміни зубів дозволяє судити про біологічний вік юних спортсменів 6–12 років, в наступні роки діагностична цінність «зубної» формули знижується. Біологічний вік юних спортсменів старше 12 років можна визначати за розвитком ознак статевого дозрівання. З цією метою у хлопчиків оцінюють стадії розвитку волосяного покриву в пахвовій западині (Ах) і на лобку (Р), а у дівчаток, крім того, враховують розвиток молочних залоз (Ма) і вік першої менструації (Ме).

1. Оволосіння пахвовій западини. Ax_0 – відсутність волосся. Ax_1 – поодинокі коротке волосся на невеликій ділянці пахвової западини. Ax_2 – добре виражений волосяний покрив, волосся більш довгі, але ще не займають всієї пахвової западини. Ax_3 – волосся довге, густе, кучеряве, займає всю поверхню пахвової западини.

2. Оволосіння лобка. P_0 – відсутність волосся. P_1 – поодинокі коротке волосся на лобку. P_2 – добре виражений волосяний покрив, волосся більш довге, але ще не займає всієї поверхні лобка. P_3 – волосся довге, густе, кучеряве, у формі трикутника, займає всю поверхню лобка, переходячи на стегна. P_4 – волосся займає не тільки всю поверхню лобка, а й внутрішню поверхню стегон, а також утворює волосяну доріжку у напрямку до пупка.

3. Молочна залоза (підлітки жіночої статі). Ma_1 – маленький, слабопігментований навколососковий кружок, сосок ледве підноситься. Ma_2 – навколососковий кружок утворює конусоподібне піднесення на обмеженій ділянці. Ma_3 – молочні залози мають вигляд сплосчених півкуль, навколососковий кружок слабопігментований, починається формування соска. Ma_4 – молочні залози зрілі, різні за розміром і формою, з добре вираженою пігментацією навколососкового кружка, сосок сформований.

4. Менструація. Ме – вказується вік першої менструації у вигляді десятичного дробу, де ціле число – роки, а цифри після коми – місяці.

Результати обстеження записують у вигляді «статевої» формули, в якій біля символу вказують стадію розвитку ознаки. Для підлітків чоловічої статі

ця формула має вигляд А, Р, жіночої статі – А, Р, Ма, Ме.

Одним з комплексних критеріїв біологічного віку юних спортсменів 10–16 років є тип соматичного статусу. Визначення типу соматичного статусу включає оцінку довжини і маси тіла, окружності грудної клітки і стадій розвитку ознак статевого дозрівання. З урахуванням довжини, маси тіла і окружності грудної клітки обстежувані особи поділяються на макро-, мезо- та мікросоматиків залежно від суми сигмальних відхилень цих ознак фізичного розвитку, від стандартів. Якщо сума сигмальних відхилень дорівнює 21–16 балам, обстежуваний відноситься до макросоматичного типу, 15–11 – до мезосоматичного, 10–8 – до мікросоматичного. Дефінітивні стадії розвитку вторинних ознак позначаються символом А, ювенільні – В, відсутність цих ознак – С.

При дослідженні центральної нервової системи і нервово-м'язового апарату спортсменів слід звертати увагу, що формування нервової системи закінчується в шкільному віці. Але сила і врівноваженість цих процесів відносно невеликі, що при нераціональному тренуванні може швидко приводити до виснаження клітин кори головного мозку і стомлення. Велика збудливість і реактивність, висока пластичність нервової системи сприяють швидкому засвоєнню рухових навичок у 6–10 років. Цим пояснюється те, що спортсмени молодшого шкільного віку порівняно легко опановують технічно складну форми рухів.

У молодшому шкільному віці при впливі надсильних або монотонних рухових подразників легко розвивається стомлення. Подібні особливості нервової системи в молодшому шкільному віці необхідно враховувати при використанні в тренувальному процесі фізичних вправ на витривалість.

Загальні функціональні особливості центральної нервової системи спортсменів середнього шкільного віку характеризуються підвищеною збудливістю і нестійкістю збуджувального і гальмівного процесів, у зв'язку з чим при несприятливих умовах зовнішнього середовища легко виникають функціональні розлади нервової системи. Психіка підлітків своєрідна, їм властива

деяка переоцінка своїх сил і можливостей. Нерідко значно виражена лабільність вегетативної нервової системи, яка проявляється підвищеною пітливістю, нестійкістю серцевого ритму і артеріального тиску. Рухова функція досягає високого рівня розвитку у зв'язку з тим, що закінчується формування центральної нервової системи, рухового і вестибулярного аналізаторів.

У старшому шкільному віці високого рівня досягає розвиток другої сигнальної системи, складаються основні риси особистості, формується характер, більш об'єктивною стає самооцінка, змінюється мотивування тих чи інших вчинків.

У розвитку окремих груп м'язів у дітей шкільного віку помітні статеві та вікові відмінності. Наприклад, сила м'язів, розгинаючих хребет, у хлопчиків з 6 до 12 років збільшується на 40%, а у дівчаток – на 36%; сила м'язів згиначів кисті у хлопчиків більше, ніж у дівчаток, на 1–4 кг. З 10 до 12 років збільшується темп рухів. Швидкість і довільна частота рухів, здатність підтримувати їх максимальний темп до 14–15 років досягають величин, які істотно не відрізняються від дорослих. Виражені також віково-статеві відмінності в темпах приросту результатів швидкісно-силових вправ. До 13–14 років значної досконалості досягають просторова орієнтація, точність стрибків на задану висоту, відмінність амплітуди рухів.

Витривалість до динамічної роботи в 8–10 років у хлопчиків і дівчаток істотно не відрізняється. З 11–12 років у хлопчиків показники витривалості до динамічної роботи стають вище, ніж у дівчаток. Витривалість до статичних зусиль зростає у періоді з 10 до 14 років. Результати бігу на 500 м у хлопчиків інтенсивно підвищуються в 13–14 років, а у дівчаток – в 10–13 років.

Функціональні можливості у дітей та підлітків значно нижче, ніж у дорослих. Якщо максимально можливу потужність для людей 20–30 років взяти за 100%, то у 9-річних вона становить лише 40%; у 12-річних – 65%, а у 15-річних – 92%. Продуктивність роботи за одиницю часу у підлітків 14–15 років становить 65–70% продуктивності дорослих.

Підлітки поступаються дорослим в можливості довгостроково зберіга-

ти певний рівень працездатності. Про це свідчить різке зниження швидкості проходження дистанції і порушення координації рухів.

При дослідженні ендокринної системи юних спортсменів необхідно враховувати, що кожному віковому етапу властиві певні морфологічні та функціональні особливості залоз внутрішньої секреції. Особливості «гормонального ансамблю» в 6–11 років знаходять своє відображення у високій пластичності організму, переважанні процесів збудження, недосконалості механізмів адаптації до фізичних навантажень.

У періоді статевого дозрівання в крові у хлопчиків значно зростає вміст андрогенів, а у дівчаток – естрогенів у зв'язку з початком функціонуванням яєчок і яєчників. Статеві гормони зумовлюють у підлітків появу вторинних статевих ознак, впливають на довжину тіла і розвиток опорно-рухового апарату, морфологічні та функціональні перетворення найважливіших вегетативних систем життєзабезпечення (серцево-судинна, дихальна та ін.).

Підвищена збудливість і недостатня врівноваженість процесів збудження і гальмування можуть зумовити у підлітків тимчасове порушення взаємодії рухової і вегетативних функцій, менш раціональні адаптивні реакції дихання та кровообігу на тренувальні та змагальні навантаження.

При дослідженні серцево-судинної системи юних спортсменів слід враховувати вікові зміни анатомічної будови серця і кровоносних судин, а також характер нейрогуморальної регуляції кровообігу. Частота серцевих скорочень у 6–7 років становить 80–88, в 8–9 років – 76 – 80 і в 10–11 років – 72–76 за хвилину. Найважливішим показником кровообігу є систолічний об'єм крові, який в 6–7 років дорівнює 30–40 мл, в 8–9 років – 34–42 мл і в 10–11 років – 38–54 мл. Особливістю функцій кровообігу в молодшому шкільному віці є відносно низькі величини систолічного об'єму крові та артеріального тиску в поєднанні зі значною частотою серцевих скорочень. При визначенні обсягу та інтенсивності тренувальних навантажень доцільно брати до уваги відносно низький функціональний резерв серця у спортсменів молодшого шкільного віку (6–11 років).

Значні зміни серцево-судинна система зазнає у середньому шкільному віці. У спортсменів-підлітків досить часто зустрічаються випадки порушення серцевого ритму, функціональні серцеві шуми, порушення судинного тону, варіанти гіпоеволютивного серця (мітральна конфігурація, юнацька гіпертрофія). Порушення серцевого ритму обумовлено переважно екстракардіальним впливом, однак в окремих випадках причиною порушень серцевого ритму можуть бути вогнища хронічної інфекції, ураження міокарда (кардіоміопатія, міокардит та ін.).

Однією з вікових особливостей серця у юних спортсменів є наступні: I тон трохи голосніше II тону, нерідко відзначаються акцент і розщеплення II тону на легеневої артерії, можуть вислуховуватися приглушені або навіть глухі тони серця, досить часто прослуховується систолічний шум. Наявність функціонального систолічного шуму не є протипоказанням до занять спортом.

Враховуючи тенденцію до підвищення абсолютних величин артеріального тиску у дітей та підлітків, верхньою межею норми у юних спортсменів слід вважати 130 мм рт.ст. для максимального тиску і 70–75 мм рт.ст. для мінімального. Підвищення артеріального тиску, так звана «юнацька гіпертонія», частіше спостерігається у 12–15 років, що пов'язано з нейроендокринною перебудовою і посиленням адренергічних впливів у періоді статевого дозрівання. «Юнацька гіпертонія» частіше спостерігається у добре фізично розвинених підлітків, які випереджають однолітків у розвитку. Випадки зниженого артеріального тиску зустрічаються, як правило, у дітей молодшого та середнього шкільного віку з низькими антропометричними показниками, які відстають у розвитку від однолітків.

На підставі клініко-рентгенологічних даних у спортсменів-підлітків розрізняють три варіанти відхилень у розвитку серця: мітральну конфігурацію, юнацьку гіпертрофію і мале серце.

Поєднання мітральної конфігурації серця з функціональним систолічним шумом і акцентом II тону на легеневій артерії нерідко зустрічається у пі-

длітків-спортсменів. Подібний симптомокомплекс може бути причиною помилкової діагностики органічного ураження мітрального клапана.

Юнацька гіпертрофія серця зустрічається переважно при відносно ранньому статевому дозріванні і високих показниках фізичного розвитку.

Мале (гіпопластичне) серце зазвичай спостерігається у підлітків високого росту, які відстають у статевому дозріванні. Діяльність «гіпопластичного» серця відрізняється малою економічністю, недостатнім функціональним резервом і зниженням адаптаційних можливостей до фізичних навантажень. Особливості розвитку серця слід враховувати при складанні індивідуальних тренувальних програм.

З віком у юних спортсменів відбувається значне збільшення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи до фізичних навантажень. При раціональній побудові тренувального процесу багато спортсменів 13–16 років досягають видатних результатів. Проте слід пам'ятати, що у дітей молодшого та середнього віку на тлі морфологічної та функціональної незрілості різних елементів серця і судин особливо помітно виступає незавершеність формування механізмів, регулюючих і координуючих різні функції апарату кровообігу.

З віком розширюється діапазон функціональних можливостей системи дихання. Завдяки збільшенню обсягу грудної клітки і легень, а також у зв'язку з перебудовою і вдосконаленням регуляції дихання зменшується частота дихальних рухів і збільшується дихальний об'єм: у 6–11 років частота дихальних рухів в середньому дорівнює 20 на хвилину, дихальний об'єм – 280 мл, ЖЕЛ – 1800 мл, хвилинний об'єм дихання – 5600 мл, в 12–14 років – відповідно 18 на хвилину, 340 мл, 2600 мл, 6100 мл, в 16–16 років – 17 в хвилину, 420 мл, 4000 мл, 7100 мл. В результаті вікового розвитку кровообігу і дихання підвищується один з інтегральних показників функціонального стану організму – максимальне споживання кисню.

У старшому шкільному віці збільшується кількість циркулюючої крові. При перерахунку кількості крові на 1 кг маси тіла виявляється, що в 15–16

років цей показник стає таким же, як у дорослих. У 6–11 років вміст гемоглобіну сягає 130 г/л, в 12–14 років – 132 г/л, у 15 – 16 років – 140 г/л. Кількість еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів у юних спортсменів молодшого, середнього та старшого шкільного віку коливається в досить широких межах. У юних спортсменів порівняно з однолітками, які займаються вправами в обсязі шкільної програми фізичного виховання, більше кількість еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів. У спортсменів молодшого шкільного віку збільшена кількість сегментоядерних лейкоцитів і знижена кількість лімфоцитів.

У спортсменів молодшого шкільного та середнього віку захисна функція крові розвинена слабше, ніж у дорослих, менш ефективні імунологічні реакції на інтенсивні фізичні та емоційні навантаження. У зв'язку з цим опірність організму інфекції при напружених тренуваннях знижена. Біохімічні особливості крові у дітей середнього шкільного віку зумовлені інтенсивним процесом обміну речовин. Показники дихальної функції крові і кислотно-основного стану (вміст гемоглобіну, величина рН, концентрація стандартних бікарбонатів крові, парціального тиску вуглекислоти) віддзеркалюють формування і завершення в середньому і особливо у старшому шкільному віці механізмів підтримки гомеостазу.

При дослідженні функції виділення у юних спортсменів слід мати на увазі, що наявність білка в сечі не завжди є ознакою захворювання нирок. Нерідко причиною альбумінурії бувають вікові особливості періоду статевого дозрівання. Альбумінурія частіше зустрічається у підлітків, які випереджають однолітків у розвитку, зі слаборозвиненими м'язами, плоскою грудною кліткою і неправильною поставою.

Методика проведення та аналізу результатів тестів, що використовують для оцінки функціонального стану юних спортсменів, такі ж, як і при обстеженні дорослих. Відмінності полягають тільки в потужності фізичних навантажень, які дозуються залежно від віку та маси тіла.

У юних спортсменів з віком удосконалюються нейрогуморальні регуляторні механізми, підвищується ефективність взаємодії вегетативних сис-

тем, зокрема кардіо-респіраторної, внаслідок чого підвищуються показники фізичної працездатності. Однак функціональні можливості юних спортсменів, навіть старшого шкільного віку, нижче, ніж у дорослих. Висока працездатність юних спортсменів досягається за рахунок як значного фізичного, так і емоційного напруження. Вікові особливості адаптивних реакцій кардіореспіраторної системи у них виявляються тим, що під час фізичних навантажень і на ранніх етапах відновлення порівняно з дорослими в більшій мірі змінюється частота серцевих скорочень і дихання, ніж артеріальний тиск і дихальний об'єм. У відновному періоді у юних спортсменів у порівнянні з дорослими більш виражений метаболічний ацидоз. Хоча з віком величина аеробної продуктивності підвищується, абсолютні величини максимального споживання кисню нижче, ніж у дорослих. У юних спортсменів значно частіше, ніж у дорослих, спостерігаються атипові реакції серцево-судинної системи на фізичні навантаження (дистонічна реакція, східчастий підйом максимального тиску, негативна фаза пульсу і ін.).

Вікові нормативи щодо початку занять спортом, етапів підготовки юних спортсменів, тренувальних і змагальних навантажень засновані на обліку лише паспортного віку (табл. 4).

Таблиця 4.

Вікові етапи спортивної підготовки дітей

Вид спорту	Вік допуску до занять, роки		
	група початкової підготовки	навчально-тренувальна група	група спортивного вдосконалення
Акробатика	8–10	10–14	14–17
Баскетбол і волейбол	10–13	12–17	16–18
Бадмінтон	10–13	12–17	16–18
Батут	9–12	11–17	16–18
Боротьба (всі види)	10–13	12–17	16–18
Велоспорт (шо-се, трек)	12–14	14–17	17–18
Бокс	12–15	14–17	17–18

Водне поло	10–13	12–17	16–18
Гімнастика спортивна:			
юнаки	8–10	10–14	14–17
дівчата	7–9	9–14	14–17
Гімнастика ху- дожня	7–9	9–13	13–17
Веслування ака- демічне	10–12	12–17	17–18
Веслування на байдарках і ка- ное	11–14	13–17	16–18
Кінний спорт	11–13	13–17	17–18
Ковзанярський спорт	10–12	12–17	17–18
Легка атлетика	11–13	13–17	17–18
Лижний спорт:			
гонки і біатлон	9–12	12–17	17–18
гірські види	8–11	10–15	14–17
двоборство	9–12	11–17	16–18
стрибки з трам- пліна	9–11	12–17	17–18
Вітрильний спорт	9–12	11–17	16–18
Плавання	7–10	7–14	12–17
Стрибки в воду	8–11	10–15	14–17
Ручний м'яч	10–13	12–17	16–18
Санний спорт	11–14	13–17	16–18
Сучасне п'яти- борство	10–13	12–17	16–18
Стрілецький спорт	11–14	13–17	16–18
Стрільба з лука	11–13	13–17	17–18
Стрільба стен- дова	14–15	15–17	18
Теніс і теніс на- стільний	7–10	9–15	14–17
Важка атлетика	13–14	14–17	17–18
Фехтування	10–13	12–17	16–18
Фігурне катання	7–9	9–13	13–17
Футбол, хокей з шайбою і з м'я- чем	10–12	12–17	17–18
Шахи	9–13	11–17	15–18

Однак орієнтації тільки на паспортний вік дітей і підлітків у спорті вищих досягнень в даний час недостатньо. Важливою умовою ефективності лікарського контролю є визначення біологічного віку.

Феномен акселерації супроводжується почастищенням випадків невідповідності паспортного віку біологічному. Виділяють індивідуумів з різними варіантами розвитку (звичайне, гармонійна акселерація і ретардація, негармонійна акселерація і ретардація). Варіант розвитку, при якому дитина випереджає однолітків або відстає від них на 1–2 роки за всіма морфофункціональними показниками, визначається як гармонійна акселерація або ретардація. Випадки випередження або відставання від однолітків за одним або кількома морфофункціональними показниками відносяться до негармонійної акселерації або ретардації.

Найбільш різко внутрішньогрупові відмінності в індивідуальних темпах росту і розвитку, тобто в біологічному віці, виражені в періоді статевого дозрівання. У гармонійно акселерованих підлітків показники, що характеризують фізичний розвиток, рівень прояву сили, швидкості і витривалості, функцію кровообігу і зовнішнього дихання, істотно не відрізняються від показників у дорослих. Між тим у негармонійно акселерованих підлітків вище, ніж у однолітків, підвищується артеріальний тиск, порушується серцевий ритм, зустрічаються гіпоеволютивні варіанти розвитку серця. У гармонійно ретардованих підлітків морфофункціональні показники відповідають нормативам для більш молодших вікових груп.

Адаптивні реакції кардіореспіраторної системи при різних варіантах розвитку мають ряд специфічних особливостей. При виконанні стандартних фізичних навантажень у негармонійно акселерованих юних спортсменів зазвичай спостерігається більш виражений приріст частоти серцевих скорочень і числа дихальних рухів, більше зниження рівня насичення крові киснем, більше число атипових реакцій артеріального тиску, а також затяжний відновний період.

При виконанні фізичних вправ, що вимагають максимальних зусиль, негармонійно акселеровані юні спортсмени нерідко показують високі результати, які, проте, поєднуються у них з великими зрушеннями частоти серцевих скорочень, дихальних рухів, рівня насичення крові киснем. Відновлення зазначених показників кардіореспіраторної системи у підлітків даної категорії більш тривале, що свідчить про менш досконалу адаптацію організму до фізичних навантажень.

Індивідуальні особливості росту і розвитку дітей і підлітків необхідно враховувати при спортивному відборі, тому що успіхи в спорті залежать від комплексу морфофункціональних показників. Значущість окремих компонентів цього комплексу нерівноцінна для різних видів спорту. У зв'язку з цим при відборі до різних морфофункціональних показників пред'являються специфічні для конкретного виду спорту вимоги.

Особливості лікарського контролю жінок

Сприятливий вплив занять спортом на жінок можливий за повною відповідністю застосовуваних засобів і методів біологічним особливостям жіночого організму та рівнем їх підготовленості.

Анатомічна будова органів і перебіг основних життєвих функцій у жінок визначаються загальними для людини фізіологічними закономірностями. Тому головні положення лікарського контролю і багато методів обстеження для жінок і чоловіків, що займаються спортом, однакові. Але організм жінок має свої морфологічні та функціональні особливості, які накладають відбиток на всю життєдіяльність в умовах м'язового спокою і особливо при великих фізичних напругах. І хоча основи побудови тренувань у спортсменів різної статі однакові, в практиці фізичного виховання існують відмінності в організації та методиці занять фізичними вправами для жінок і чоловіків.

Особливості організму жінки. Біологічна особливість жінок – це періодичні зміни, що відбуваються в їх організмі у зв'язку з протіканням оваріально-менструального циклу, і дітородна функція. Крім того, за своїм фізич-

ним розвитком жінки слабші за чоловіків і тому вимагають до себе більш пильної уваги при заняттях спортом, особливо дівчата і початківці спортсменки.

Для жінок характерно більш часте дихання (вдих і видих у них менш глибокі), ніж у чоловіків. ЖЄЛ коливається (за даними А. Г. Дембо) в межах 2500–5000 мл (у чоловіків – 3200–7200 мл). Максимальна вентиляція легень складає 3–5 л (у чоловіків – 5–7 л). У стані спокою споживання кисню дорівнює 150–160 мл (у чоловіків – 180–250 мл). Різниця в максимальному споживанні кисню при фізичних навантаженнях максимальної інтенсивності, що відображує ступінь зусиль функцій серцево-судинної і дихальної систем, досягає (О. Шуст) у добре тренуваних жінок 3–4 л (у чоловіків – 4–5 л і більше).

Серце жінки відрізняється меншим обсягом і величиною порожнин. Його відносна величина (об'єм серця на 1 кг маси тіла) дорівнює 9,8 (у чоловіків – 11,7).

В процесі занять фізичними вправами об'єм серця у жінки збільшується не в такій значній мірі, як у чоловіка.

У спокої частота серцевих скорочень у жінок більше, ніж у чоловіків, величина максимального, мінімального і середнього тиску нижче. Кровообіг у жінок прискорений (табл. 5).

Таблиця 5.

Показники функції серцево-судинної системи у спокої у спортсменів різної статі

Показники	Жінки	Чоловіки
Частота серцевих скорочень на 1 хвилину	62	55
Артеріальний тиск (мм рт. ст.):		
максимальне	107	116
мінімальне	67	71
середнє	79	84
Швидкість кровотоку (сек)	5,8	7,4

Особливості ЕКГ у жінок полягають у тому, що тривалість систоли у них дещо більше, ніж у чоловіків, при однаковій тривалості серцевого циклу; подовження інтервалу PQ спостерігається у жінок дещо частіше, ніж у чоловіків; зустрічається синусова аритмія, низький вольтаж. Синдром Вольфа–Паркінсона–Уайта, повна і стійка блокада правої і лівої ніжок пучка Гіса у жінок бувають значно рідше, ніж у чоловіків.

Вплив фізичних навантажень організм жінки. При порівняльному вивченні реакції організму жінки і чоловіка на стандартні лабораторні навантаження найбільші відмінності відзначаються в реакціях на фізичні навантаження, які виконуються в максимальному темпі (15-секундний біг). Дослідження безпосередньо під час фізичних вправ показали, що під час бігу жінки не можуть досягти такої ж високої працездатності, як чоловіки: в середньому вони робили 136 кроків за 15 секунд (чоловіки – 148).

У жінок значно рідше, ніж у чоловіків, спостерігаються атипові типи реакції, особливо ступінчастий підйом артеріального тиску, на швидкісну частину функціональної проби і на повторне проходження коротких відрізків в тренуваннях і змаганнях. Поява атипової реакції служить сигналом погіршення функціонального стану (перевтома, перенапруження) і вимагає детального аналізу тренувального режиму.

Певні закономірності в залежності від статі виявляються і при дослідженні серцево-судинної системи у відновному періоді після лабораторних навантажень. Зрушення в реакції серцево-судинної системи на 15-секундний біг (зміна частоти серцевих скорочень і мінімального тиску) у жінок менше, ніж у чоловіків. З поліпшенням тренуваності ця різниця згладжується, але повністю не зникає. При порівнянні тих же показників у спортсменів різної статі низької кваліфікації відмінності виражені більш чітко.

Реакція серцево-судинної системи у жінок на 3-хвилинний біг мало відрізняється (лише тенденцією до більшого почастішання пульсу і меншому

зниженню мінімального тиску, найбільш помітною при швидкісному навантаженні) від реакції у чоловіків. Максимальний тиск у спортсменок зростає більше, ніж у спортсменів. З покращенням підготовленості спортсменок адаптація серцево-судинної системи йде по шляху економізації вегетативних функцій. Відмінності в реакції пульсу і мінімального тиску між висококваліфікованими спортсменками і спортсменами виражені значно менше, ніж у спортсменок і спортсменів низької кваліфікації (табл. 6).

Таблиця 6.

Реакція серцево-судинної системи у спортсменів різної статі і різної кваліфікації на фізичні навантаження (у % до вихідних величин)

Показники серцево-судинної системи	Кваліфікація спортсменів	15-секундний біг			3-хвилинний біг		
		жінки	чоловіки	різниця в показниках	жінки	чоловіки	різниця в показниках
Частота серцевих скорочень							
	Низька	207	227	20	257	242	15
	Висока	216	227	11	216	213	3
Артеріальний тиск							
максимальний	Низька	132	129	3	145	141	4
	Висока	129	128	1	140	134	6
мінімальний	Низька	90	53	37	72	59	13
	Висока	73,5	61	12,5	83	80	3
пульсовий	Низька	212	244	32	261	269	8
	Висока	229	241	12	243	230	13

Час відновлення різноманітних показників у спортсменів різної статі відрізняється мало. Різниця залежить більше від рівня тренуваності.

Як у жінок, так і у чоловіків стан перетренованості зазвичай проявляється у нейровегетативних і гормональних змінах. Але у жінок вегетативні розлади більш різноманітні. У них нерідко відзначаються зміни в шлунково-му тракті (здуття живота, болі в епігастральній ділянці, застійні явища в області жовчного міхура), що не спостерігається у чоловіків.

У жінок більше резерв аскорбінової кислоти, ніж у чоловіків, тому при

навантаженні у них рідко відзначається його вичерпання.

Перетренованість може викликати в гормональній системі жінок несприятливі зміни, аж до порушення менструального циклу, що виражається в подовженні міжменструального періоду. Тому порушення менструацій (затримка, збільшення або зменшення крововиділення, повне припинення) вимагає ретельного аналізу тренувальних навантажень. Спортсменку в цих випадках необхідно направити на консультацію до гінеколога.

Гінекологічний контроль. Планове гінекологічне обстеження жінок, а також дівчат, які беруть участь у змаганнях за програмою дорослих, проводиться 1–2 рази на рік при диспансеризації. Позапланові обстеження обов'язкові для спортсменок за наявності скарг та функціональних розладів з боку статеві сфери, після перенесених інфекційних захворювань і запальних процесів в органах черевної порожнини, після гінекологічних захворювань, абортів і пологів.

При обстеженні спортсменок лікар докладно розпитує про самопочуття і перебіг менструацій (регулярність, тривалість, кількість крововиділення, вплив фізичних навантажень; якщо спортсменка виступає у змаганні під час менструацій, то – вплив на спортивні результати).

Питання про допуск до тренувань і змагань в період менструацій вирішується індивідуально, залежно від самопочуття спортсменки, стану здоров'я, гінекологічної сфери, від загальної та спеціальної підготовленості. Здоровим спортсменкам початківцям в період менструацій потрібно обмежити тренувальне навантаження і не дозволяти змагання. Спортсменки низьких розрядів можуть тренуватися при зменшеному навантаженні і брати участь у змаганнях за умов задовільного загального самопочуття і задовільній переносимості тренувальних навантажень.

Спостереження показують, що у 64% кваліфікованих спортсменок оваріально-менструальний цикл протікає без відхилень від норми. Отже, для них цілком припустимі тренування та участь у змаганнях при менструації. У тренуваннях необхідно обмежити або виключити зовсім вправи статичного ха-

рактеру, які посилюють застій крові в органах малого таза, вправи для черевного преса, вправи, пов'язані з охолодженням; замінити вправи на витривалість і силу вправами на розтягування і гнучкість (вправи на гнучкість хребта вимагають великої обережності, бо набрякла матка в цей час легко змінює своє положення – відхиляється назад).

Для спортсменок, що пред'являють скарги і мають відхилення у стані здоров'я, необхідні спеціальні тренування з включенням вправ, що поліпшують циркуляцію крові в порожнині малого тазу. Спортсменок, які перенесли аборти, інфекційні та гінекологічні захворювання, не можна допускати до тренувань і змагань до зникнення всіх морфологічних і функціональних змін (потрібно простежити за перебігом одного-двох менструальних циклів). У спортсменок з інфантильною статевою сферою фізичне навантаження може викликати припинення менструації, тому їм не можна під час менструації тренуватися і брати участь у змаганнях.

Категорично забороняється застосування засобів, що впливають на менструальний цикл, прискорюють або затримують чергову менструацію, бо це може призвести не тільки до зміни менструального циклу, до небажаного збільшення маси тіла, але і до важких патологічних порушень в організмі жінки.

Всім жінкам в період менструації забороняється купатися в холодній воді, приймати гарячі ванни і загоряти на сонці.

Спортсменки легше переносять вагітність в порівнянні з жінками, які не займаються спортом. У них рідше бувають явища токсикозу (легкі форми токсикозу відзначаються лише в 1,4–15% випадків, а важкі форми взагалі не зустрічалися, тоді як у жінок, які не займаються спортом, вони спостерігалися приблизно в 50% випадків).

Руховий режим спортсменок у першу половину вагітності повинен бути активним, але участь у змаганнях не допускається. Протипоказані інтенсивні тренувальні заняття, бо великі навантаження, а також вправи, пов'язані із струсом тіла, з охолодженням, можуть викликати кровотечу, патологію ро-

дового акту, перервати вагітність. О.Л. Ягунов і Л.І. А. Старцева вказували на деякі види акушерської патології у спортсменок, які продовжували без обмеження тренувальні заняття. Заняття повинні проводитися за спеціально розробленою методикою і по можливості на свіжому повітрі. Необхідно включати вправи для підвищення розтяжності м'язів тазового дна (з метою профілактики розриву промежини), вправи на гнучкість хребта (для попередження застійних явищ в тазовій області).

Тривалість родового акту у спортсменок на 5–6 годин менше, ніж у жінок, які не займаються спортом. Це обумовлено тим, що у спортсменок добре розвинена вся мускулатура, зокрема м'язи черевного преса, тазового дна і самої матки. У них рідше зустрічаються випадки ускладнень при пологах (асфіксія плода, кровотеча, розриви промежини, розходження прямих м'язів живота).

Після пологів включення до заняття спортом має бути поступовим. Ранній початок занять після пологів в обсязі, що перевищує функціональні можливості організму матері, може призвести до змін в ендокринній системі, які важко піддаються нормалізації, незважаючи на вжиті заходи (зниження навантаження і медикаментозне лікування).

Заняття спортом після пологів повинні проходити при систематичному контролі спортивного лікаря та гінеколога. При допуску до них необхідно звертати увагу на стан таза, бо під час вагітності всі його зчленування розрихлюються і набувають більшої рухливості. Заняття в перші шість тижнів після пологів повинні носити характер лікувальної фізкультури. Основна мета їх у наступні півроку – загальне зміцнення організму матері. У цей час можна включати окремі спеціальні вправи. Тільки через 6–9 місяців після пологів дозволяється починати звичайні тренування. Поновлення тренувань, як правило, не впливає негативно на утворення молока.

Лікарський контроль за спортсменками і методика їх обстеження відповідають таким у чоловіків. Крім того, проводять додаткове обстеження (не рідше одного разу на рік) у гінеколога, спостереження за оваріально-

менструальним циклом і спеціальний контроль на статеву приналежність. Додаткове обстеження обов'язково при появі скарг, після захворювань органів черевної порожнини і гінекологічної сфери.

При відборі дівчат для занять спортом слід ретельно вивчити інтра- і постнатальний анамнез, історію розвитку, визначити вік менархе, генетичні особливості, виключити прихований перебіг захворювань. Треба проводити регулярні огляди з визначенням антропометричних показників та відповідності біологічного віку паспортному. Особливо ретельне спостереження (в тому числі контроль за формуванням вторинних статевих ознак і оваріально-менструального циклу) необхідно в перед- і пубертатному періоді. Під особливим наглядом повинні перебувати дівчинки з запізненням статевого дозрівання (відсутність вторинних статевих ознак у 13–14 років і менструацій у 15 років), гіпоплазією матки, порушенням циклу, а також у період від менархе до встановлення циклу. Відбудовні засоби слід використовувати з урахуванням фаз оваріально-менструального циклу. Для профілактики порушень статевої сфери у дівчаток-спортсменок до звичайного вітамінного комплексу рекомендується додавати 30–60 мг токоферолу впродовж 30–40 днів, а також засоби, що стимулюють захисні функції організму. Обережності слід дотримуватися при використанні гормональних протизаплідних засобів. Слід заборонити застосування засобів для штучного зсуву оваріально-менструального циклу і стероїдних препаратів, бо це може призвести до пригнічення функції щитовидної і статевих залоз, порушень циклу, атрофії і дегенеративних змін яєчників, статевих деформацій. При появі скарг і захворювань органів черевної порожнини і гінекологічної сфери необхідно негайне спеціальне обстеження, обмеження або припинення тренувань і змагань.

Залучати дівчаток до занять у спортивних школах без шкоди для здоров'я можна не раніше 10 років.

Контроль на статеву приналежність. Пам'ятні, хоча і нечисленні випадки, коли на спортивній арені виступали жінки з сумнівною походою, з надто чоловічою морфологією. Допущення тренерами (можливо і несвідомо)

участі подібних осіб у змаганнях серед жінок призвело до того, що організатори змушені були вдатися до контролю за хроматиною статтю. У 1968 році Міжнародний олімпійський комітет прийняв рішення про проведення статевого контролю (секс-контролю) і, починаючи з 1972 року, такому контролю підлягають всі спортсменки.

Сучасний секс-контроль здійснюється з допомогою методів медичної генетики. Найбільш простий і доступний метод діагностування статевої приналежності – за визначенням статевого хроматину в соматичних клітинах людини. Статевий хроматин – це хроматинова маса, яка у вигляді трикутника або сочевиці розташовується в ядрі клітини (тільця Барра). Між тільцями Барра і кількістю статевих хромосом існує певний зв'язок, що і лежить в основі методу.

Досліджується зішкріб епітеліальних клітин зі слизової оболонки рота в області щоки на процентну кількість клітин, що містять статевий хроматин. У жінок 20–70% епітеліальних клітин містять статевий хроматин, а у чоловіків він виявляється тільки в 5%.

Секс-контроль проводиться тільки один раз (на перших етапах спеціалізованого відбору в спорт), при цьому видається сертифікат про статеву приналежність. Особи, що не з'явилися на секс-контроль з неповажних причин, до змагань серед жінок не допускаються.

Особливості лікарського контролю людей похилого віку

Форми і методи активного рухового режиму для контингентів старших віків вельми різноманітні. Збільшення тренуючого впливу лікувальної фізичної культури досягається підвищенням інтенсивності, кількості та складності вправ, а також включенням в гімнастичний комплекс бігу на місці, присідань.

Безсумнівно, більш ефективною формою занять осіб середнього і літнього віку є організовані тренування в групах здоров'я. В них використовуються широке коло засобів фізичної культури: гімнастика, спортивні ігри, елементи легкої атлетики, плавання, прогулянки на лижах, ближній туризм та ін. У методиці проведення занять враховуються індивідуальні особливості

осіб, які займаються: вік, стан здоров'я, фізична підготовленість. Колективний характер занять – досить важливий фактор їх позитивного впливу на емоційну сферу.

В останні роки велику популярність отримав повільний біг. Він має виражений тренувальний вплив на найголовніші функції організму – кровообіг і дихання, покращує окислювально-відновні процеси в тканинах, активізує ферментативну і гормональну діяльність. Особливо ефективним є поєднання бігу із загартовуванням.

Не можна не враховувати і той факт, що з кожним роком збільшується число ветеранів спорту, які продовжують систематичні тренування і навіть беруть участь у деяких спортивних змаганнях (у своїй віковій групі і за певними нормативами). Цей контингент потребує особливо ретельного лікарського контролю. Лікарське обстеження і консультація передбачають рекомендацію певного рухового режиму для осіб середнього і літнього віку, початківців, а також для осіб, які бажають відновити раніше перервані заняття або продовжити систематичне тренування, розпочате в молоді роки.

Окремі рухові режими, які можуть бути рекомендовані для осіб старшого віку, розрізняються за спрямованості, обсягом використовуваних навантажень, умовами проведення занять.

За своїми характеристиками рухові режими можуть підрозділятися на 4 групи:

- 1) реабілітаційний;
- 2) загальної фізичної підготовки;
- 3) тренувальний;
- 4) підтримання спортивного довголіття.

Реабілітаційний режим передбачає використання засобів фізичної культури з метою відновлення здоров'я і фізичної працездатності (професійної та побутової), порушених в результаті захворювання (в першу чергу серцево-судинної системи), а також після травм або перенесених оперативних втручань.

Реабілітація проводиться у формі групової або індивідуальної лікувальної фізичної культури (зазвичай в комплексі з медикаментозними, фізіотерапевтичними та іншими методами лікування) на базі кабінетів лікувальної фізичної культури (зокрема, в лікарсько-фізкультурних диспансерах) або спеціальних реабілітаційних центрах. Підбір засобів фізичної культури, дозування і методи проведення занять встановлюються лікарем спільно з лікарем фізичної культури. Лікарі забезпечують відповідний контроль за станом здоров'я осіб, які займаються, з урахуванням характеру перенесеного захворювання (або травми), перебігу і ступеню клінічного одужання.

Режим загальної фізичної підготовки спрямований на поліпшення функціональних показників серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, а також фізичного розвитку (нормалізація маси тіла, підвищення життєвої ємкості легень). Режим сприяє коригуванню деяких порушень в діяльності організму, пов'язаних з віковими змінами або захворюваннями, властивими старшому віку (корекція постави, поліпшення рівноваги, нормалізація неправильної функції кишкового, навчання навичкам правильного дихання). Фізичні вправи сприяють відновленню втрачених рухових навичок і умінь (пересування на лижах, плавання) або навчання цим навичкам, а також підвищенню загальної витривалості. Загальна фізична підготовка здійснюється в системі занять у групах здоров'я.

Тренувальний режим використовується в групах повільного бігу «підтюпцем» або індивідуального бігу (для більш підготовлених). Мета цього режиму – шляхом поступового збільшення тренувальних навантажень, в основному їх обсягів, домогтися підвищення функціональних можливостей організму. Передбачається дотримання основних дидактичних принципів тренування, раціональне, об'єктивно обґрунтоване підвищення навантажень, дотримання правил загального режиму.

Режим підтримки спортивного довголіття спрямований на максимально тривале збереження резервних можливостей організму, збереження спортивного довголіття ветеранами спорту, а також у осіб, які розпочали за-

няття в молодому віці і продовжують систематичне тренування. Заняття спортом у цьому випадку сприяють високій суспільній активності та пропаганді ідей спорту серед населення.

Наведений поділ рухових режимів по їх спрямованості певною мірою умовний, оскільки будь-який з них має більш-менш виражений тренувальний ефект.

Руховий режим у кожному конкретному випадку призначається з урахуванням зацікавленості обстежуваного, клінічного та функціонального діагнозу (медичної групи), відомостей про руховий досвід і фізичну підготовленість досліджуваного, отриманих з даних анамнезу. Важливе значення надається результатами визначення фізичної працездатності.

Медичні групи підбираються з урахуванням таких характеристик стану здоров'я.

До першої групи відносять осіб без відхилень у стані здоров'я, з помірними віковими змінами при відсутності або незначному порушенні функцій окремих органів (систем) перехідного характеру.

До другої групи відносять осіб, які страждають хронічними захворюваннями (без частих загострень) у фазі стійкої ремісії з помірним порушенням функцій окремих органів (систем).

У третю групу включають осіб з хронічними захворюваннями, які протікають з відносно частими загостреннями при вираженому порушенні функцій органів (систем) у фазі нестійкої ремісії (субкомпенсації). Сюди ж включають людей з обтяженим анамнезом (перенесений інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу, гострий гломерулонефрит та ін.) при наявності клінічної ремісії не менше 3 років. У цю ж групу слід віднести осіб, які перенесли операції, травми, хвороби, які спричинили часткову втрату працездатності або інвалідність.

Поява позитивних чи негативних клініко-функціональних порушень у стані здоров'я при заняттях фізичною культурою служить підставою для переведення з однієї медичної групи в іншу.

Медичні показання та протипоказання до призначення того чи іншого рухового режиму будуються за нозологічним принципом, заснованим на клінічному і функціональному діагнозах. Враховуються також деякі симптоми, які нерідко протікають приховано. Однак ці симптоми (виявляються в основному при лабораторних та інструментальних дослідженнях) сигналізують про необхідність значного обмеження рухової активності. При комплексній оцінці стану здоров'я приймаються до уваги фактори ризику розвитку ішемічної хвороби та індивідуальні показники фізичної підготовленості та фізичної працездатності.

На основі комплексного лікарського обстеження і приведених вище критеріїв призначається відповідний руховий режим (табл. 7).

Таблиця 7.

Варіанти рухових режимів залежно від медичної групи, фізичної працездатності і фізичної підготовленості

Медична група	Фізична працездатність і фізична підготовленість				
	низька	нижче середнього	середня	вище середнього	висока
Руховий режим					
Перша	II	II–III	III	III–IV	IV
Друга	II	II	II	II–III	III
Третя	I	I–II	II	II	II

Примітка. Поліпшення або погіршення фізичної працездатності з урахуванням стану здоров'я служить підставою для зміни рухового режиму.

Організація лікарського контролю у людей похилого віку

Лікарське обстеження осіб середнього і літнього віку, які займаються фізичною культурою, здійснюється два рази на рік. Додаткові обстеження проводяться перед участю ветеранів спорту у змаганнях.

Висновок за результатами лікарського обстеження повинен містити наступні оцінки:

I – стан здоров'я (клінічний і функціональний діагнози);

II – стан фізичної підготовленості (за даними анамнезу), стан фізичної

працездатності (за результатами тестування);

III – рекомендації з вибору рухового режиму (з урахуванням інтересів обстежуваних, діагнозу і комплексної оцінки їх фізичного стану).

Організаційно-методичним центром роботи з лікарського контролю є лікарсько-фізкультурний диспансер, який працює в тісному контакті і під керівництвом відділів охорони здоров'я, з одного боку, та комітету з фізичної культури – з іншого.

Лікарсько-фізкультурний диспансер здійснює методичне керівництво та контролює роботу кабінетів лікарського контролю в поліклініках, лікарів на промислових підприємствах. Лікарсько-фізкультурний диспансер безпосередньо бере участь у консультативній роботі і проведенні поглиблених лікарських обстежень ветеранів спорту та осіб, які займаються в групах здоров'я і оздоровчим бігом.

Порядок проходження медичного контролю людей похилого віку

Первинною медичною документацією для осіб, які приступають до занять фізичною культурою в середньому або літньому віці є довідка про стан здоров'я, видана лікувальним закладом (поліклінікою, стаціонаром). Довідка дійсна як медична документація впродовж трьох місяців, після закінчення яких необхідно пройти спеціальне лікарське обстеження за короткою або поглибленою програмою, залежно від характеру передбачуваного рухового режиму.

При призначенні реабілітаційного режиму лікарське обстеження (первинне і динамічне) здійснюється при кабінеті лікувальної фізичної культури лікарсько-фізкультурного диспансеру (поліклініки) або в спеціалізованому центрі за методикою, яка визначається характером захворювання.

Особи, яким станом здоров'ю дозволений тренувальний руховий режим – повільний біг (груповий або індивідуальний), а також ветерани спорту, які продовжують заняття обраним видом спорту, знаходяться під динамічним наглядом лікаря при лікарсько-фізкультурному диспансері або кабінету лі-

карського контролю поліклініки.

Програма короткої або поглибленої методики обстеження наводиться в табл. 8.

Таблиця 8.

Програма лікарського обстеження

Коротка	Поглиблена
Анамнез	
Антропометрія	
Зріст, вага, спірометрія. Визначення росто-вагових показників	Зріст, вага, окружність грудної клітини (у спокої, на вдиху, видиху, розмах), спірометрія, динамометрія (кистьова, станова). Визначення основних показників фізичного розвитку
Фізикальне обстеження і проведення функціональних проб серцево-судинної системи	
Електрокардіографія	
За показаннями	Всім обстежуваним
Рентгеноскопія органів грудної клітини	
За показаннями	Всім обстежуваним
Інші інструментальні методи дослідження за показаннями	
Лабораторні дослідження	
Загальний аналіз крові (гемоглобін, кількість лейкоцитів, ШОЕ), загальний аналіз сечі	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі. Біохімічні дослідження за показаннями
Тестування працездатності	
За показаннями	Всім обстежуваним

**ОРИЄНТОВНІ ТЕРМІНИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗАНЯТЬ
ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ І СПОРТОМ
ПІСЛЯ ЗАХВОРЮВАНЬ, ТРАВМ ТА УШКОДЖЕНЬ**

Назва захворювання	Ознаки одужання	Небезпека для здоров'я у випадках передчасного відновлення занять фізичними вправами або нераціональному їх проведенні	Через скільки днів від моменту одужання дозволяється**			Примітки
			розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням)	розпочинати спортивне тренування	приймати участь у змаганнях або в здачі залікових нормативів	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби						
Грип та інші гострі респіраторні вірусні та ентеровірусні інфекції: а) катаральна, шлунково-кишкова та нервова форми; легкі та середні по тяжкості випадки (підвищення температури тіла не довше 4-х діб; відсутність різко виразних місцевих явищ).	Задовільне загальне самопочуття. Нормальна температура тіла не менш 5-7 днів, повна відсутність запальних процесів в носоглотці, кон'юнктиві, а також хворобливих симптомів з боку дихальних шляхів, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту й інших орга-	Небезпека повторення і загострення захворювання, можливість ускладнень з боку додаткових порожнин носа, легенів, нирок і т.д. Можливість різких розладів з боку серцево-судинної системи.	7-10 днів	7-10 днів	12-20 днів	

	нів. Задовільні дані функціональних серцево-судинних проб. Нормалізація показників периферичної крові.					
б) більш тяжкі випадки, особливо з ураженням ЦНС (підвищення температури тіла довші 5-ти діб, виразні розлади з боку окремих органів, а також ознаки виразної інтоксикації)	Задовільний результат функціональних проб.	Можливість важких ускладнень з боку серцево-судинної та інших систем.	14-21 день	14-21 день	21-30 днів	Тренування починають зі щадного рухового режиму.
Кір	Задовільний загальний стан. Нормальна температура тіла не менше 7-ми днів. Повна відсутність висипань на шкірі, змін з боку дихальної, серцево-судинної та нервової систем.		30-45 днів	30-45 днів	45-60 днів	
Вітряна віспа	Задовільний загальний стан. Відпадиння кірок на шкірі. Нормальна температура тіла не менше 7-ми днів. Відсутність хворобливих явищ с	Небезпека затримки остаточного одужання. Можливість розвитку різних ускладнень з боку внутрішніх органів.	30-45 днів	30-45 днів	45-60 днів	

	боку дихальних шляхів, суглобів, ЦНС та шкіри. Задовільний результат функціональних проб.					
Дизентерія	Повне клінічне та бактеріологічне одужання. Нормальні випорожнення кишечника не менш 15 діб. Добрий апетит, близька до звичайної вага тіла. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека затримки остаточного одужання, відновлення сил; можливість ускладнень з боку серцево-судинної та інших систем.	14-21	30-35 днів	30-60	Ретельний контроль за самопочуттям, діяльністю серцево-судинної системи і кишечника. Нагляд гастроентеролога та інфекціоніста.
Дифтерія	Повне клінічне та бактеріологічне одужання. Нормальна температура тіла не менш 15 діб. Добре загальне самопочуття. Повне зникнення хворобливих явищ з боку підщелепних та шийних лімфовузлів. Відновлення звичайної ваги тіла. Відсутність патологічних змін з боку серцево-судинної, нервової систем та нирок.	Небезпека виникнення важких та необоротних розладів з боку серцево-судинної, нервової систем і нирок.	45-60	45 днів – 6 міс.	до 6 міс.	Особлива обережність і поступовість втягування в заняття. Ретельний контроль за діяльністю серцево-судинної системи. Обов'язковий контроль ЕКГ та аналіз сечі після перших тренувань.

Скарлатина	Задовільний загальний стан. Нормальна температура тіла протягом не менш 20 діб. Повна відсутність злущування шкіри. Відсутність патологічних змін на ЕКГ, в загальних аналізі крові та сечі.	Небезпека виникнення ускладнень: запалення нирок, розлади серцевої діяльності.	30 днів	30-45 днів	45-60 днів	Особлива обережність та поступовість в підвищенні навантаження. Перед початком та після одного з перших тренувань обов'язкові аналізи сечі.
Вірусний гепатит А чи В (форми легкі та середньої важкості)	Добре самопочуття. Нормальний колір шкіри та склер. Відсутність патологічних симптомів з боку печінки. Відсутність змін в крові і сечі, біохімічних дослідженнях функції печінки. Повна нормалізація пігментного обміну.	Небезпека затримки остаточного одужання, можливість виникнення серйозних ускладнень.	6-12 міс. (заняття в спец. групі протягом 1 року, потім – в підготовчій групі протягом 1 року)	12 міс. (після легких форм); 2 роки (після форм середньої важкості)	2-3 роки.	Досить обережне і поступове підвищення навантажень. Суворе дотримання харчового режиму, спостереження інфекціоніста, гастроентеролога протягом не менше 3-6 міс.
Гепатити іншої етіології, інфекційний мононуклеоз	Добре самопочуття. Відсутність підвищеної температури, запальних процесів в глотці, збільшення лімфатичних вузлів, печінки і селезінки. Нормалізація біохімічних показників крові. Допуск до занять лише після до-	Небезпека затримки остаточного одужання, можливість виникнення ускладнень з боку серцево-судинної, травної та інших систем.	30-45 днів	30-45 днів	45-60 днів	При наявності ускладнень питання про допуск до тренувань та змагань вирішується індивідуально, після консультації лікаря-інфекціоніста та гастроентеролога.

	зволу лікаря-інфекціоніста та гастроентеролога.					
Епідемічний паротит	Добре самопочуття. Нормалізація температури тіла. Відсутність запальних процесів в глотці, уражень нервової системи, збільшення заушної слинної залози.	Небезпека затримки остаточного одужання, можливість виникнення ускладнень з боку нервової та інших систем.	30-45 днів	30-45 днів	45-60 днів	При наявності ускладнень питання про допуск до тренувань та змагань вирішується індивідуально.
Краснуха	Добре самопочуття. Відсутність підвищеної температури, запальних процесів в глотці, висипань (не менше ніж 5 діб після останнього висипання), збільшення шийних, потиличних та інших лімфатичних вузлів. Нормалізація гематологічних і серологічних показників.	Небезпека затримки остаточного одужання, можливість виникнення ускладнень.	20 днів	20 днів	30 днів	При наявності ускладнень питання про допуск до тренувань та змагань вирішується індивідуально, після консультації лікаря-інфекціоніста.
Хвороби системи кровообігу						

Ревматизм гострий	Задовільне загальне самопочуття. Нормальна температура тіла та відсутність повторних ревмоатак не менш 30 днів. Повна відсутність больових відчуттів у суглобах та ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність ознак формування вад серця після перенесеної атаки.	Небезпека загострення хвороби або переходу в хронічну форму, можливість виникнення важких ускладнень з боку серцево-судинної системи.	12 міс. (заняття в спец. групі після повного одужання).	12-24 міс.	1-2 роки (якщо не було загострень)	Досить обережне і поступове підвищення навантажень. Якщо захворювання перенесено взимку, то краще не починати тренування до літнього періоду. Рекомендуються огляд кардіолога 2 рази на рік.
Гостре розширення серця (внаслідок спортивних чи інших напружень)	Задовільне загальне самопочуття. Відсутність задишки при фізичних навантаженнях. Відновлення нормальних розмірів серця, чисті та ясні тони. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека повторного гострого розширення серця та /або необоротних розладів кровообігу.	2-4 міс. (заняття в спец. групі в разі одужання)	Заняття спортом не дозволяються!	Не допускаються взагалі.	Ретельний самоконтроль та лікарське спостереження щомісяця.
Міокардит гострий	Задовільне загальне самопочуття. Нормальна температура тіла не менш 30 днів. Відсутність патологічних змін крові, змін	Небезпека важких розладів серцевої діяльності.	6 міс. (при відсутності ускладнень)	6-12 міс.	Вирішується індивідуально	Особлива обережність і послідовність втягування в тренування. Обов'язковий контроль ЕКГ після перших тренувань

	на ЕКГ. Задовільний результат функціональних проб.					
Ендокардит	Відсутність скарг. Задовільне загальне самопочуття. Нормальна температура тіла не менш 30 днів. Відсутність несприятливих відчуттів з боку серця. Відсутність виразних патологічних симптомів при перкусії і аускультатії. Відсутність змін на ЕКГ. Нормальні аналізи сечі і крові. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека важких розладів серцевої діяльності. Поступове формування вад серця.	3-6 міс. (заняття в спец. групі в разі одужання)	Не допускаються взагалі.	Не допускаються взагалі.	Особлива обережність і послідовність втягування в тренування. Обов'язковий контроль ЕКГ після перших занять.
Кардіоміопатії, які зумовлені гострим фізичним перенапруженням	Відсутність скарг. Задовільний загальний стан. Нормалізація ЕКГ та спортивної працездатності. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека важких розладів серцевої діяльності.	10-20 днів (після закінчення курсу лікування і нормалізації ЕКГ)	15-30 днів (після закінчення курсу лікування і нормалізації ЕКГ)	21-30 днів (до 2-х міс.) (після закінчення курсу лікування і нормалізації ЕКГ)	Нагляд терапевта (кардіолога) і лікаря спортивної медицини, контроль ЕКГ.
Гіпертонічний криз	Зникнення скарг. Но-	Небезпека розладів	4 тижні (після	2 міс.	2 міс.	Нагляд терапевта

	рмалізація АТ. Відсутність ускладнень.	серцево-судинної діяльності.	лікування)	(після лікування)	(після лікування)	(кардіолога) і лікаря спортивної медицини, контроль АТ і ЕКГ.
Хвороби дихальної системи						
Захворювання верхніх дихальних шляхів	Задовільне загальне самопочуття, нормальна температура тіла, відсутність хрипів у легенях.	Небезпека загострення та переходу гострого захворювання в хронічну форму.	7 днів	7-10 днів	10-14 днів	Уникати різких, особливо раптових охолоджень дихальних шляхів під час занять.
Запалення додаткових порожнин носа (гайморити, фронтити та ін.)	Нормальна температура тіла не менш 7-14 днів. Повне зникнення больових та інших несприятливих відчуттів в уражених областях. Відсутність головного болю. Нормалізація лабораторних показників.	Небезпека загострення або переходу в хронічну форму.	10-14 днів	14-21 день	21-30 днів	Необхідне обережне поступове загартування (вода, сонце). Особлива обережність під час занять зимовими видами спорту.

Ангіна а) катаральна, фолікулярна, лакунарна	Відсутність запальних явищ в зіві (почервоніння, припухлості і т.д.) та болю при ковтанні. Нормальна температура тіла не менш 3-х днів після загострення. Задовільний загальний стан. Аналізи крові та сечі в нормі.	Можливість розвитку ускладнень і захворювань з боку різних органів і систем, насамперед – серцево-судинної системи, суглобів, нирок.	7-10 днів	7-10 днів	10-14 днів	При заняттях зимовими та водними видами спорту строки можуть продовжуватися на 4-5 днів.
б) флегмонозна	Задовільне загальне самопочуття. Відсутність патологічних явищ в зіві та шийних лімфовузлах. Нормальна температура тіла не менш 7-ми днів.	Такі ж ускладнення, що й при інших формах ангін, але у більш важких формах.	14-21 день	14-21 день	21-30 днів	При заняттях зимовими та водними видами спорту строки можуть продовжуватися на 10-14 днів.
Бронхіт гострий інфекційний.	Задовільне загальне самопочуття, нормальна температура тіла, відсутність кашлю та хрипів у легенях. Відсутність змін на рентгенограмі. Нормалізація аналізів крові і сечі.	Небезпека загострення та переходу гострого захворювання в хронічну форму.	7-14 днів	14-30 днів	30-60 днів	Уникати різких, особливо раптових охолоджень дихальних шляхів під час занять. При заняттях зимовими та водними видами спорту строки можуть на 4-7 днів продовжуватися.

Пневмонія	Задовільне загальне самопочуття. Нормальна температура тіла протягом не менш 14 днів. Відсутність кашлю. Нормальні дані при аускультації і перкусії легенів.	Небезпека затримки остаточного одужання, ускладнень і розладів з боку серцево-судинної системи.	21-30 днів	30-45 днів	1,5-2 міс.	При важких формах запалення легенів терміни можуть збільшуватися на 2-3 тижні, а також індивідуально.
Плеврит а) випітний чи сухий	Нормальна температура тіла не менш 20-ти днів. Задовільне загальне самопочуття. Відсутність ознак випоту в плеврі. Відсутність хворобливих симптомів з боку легенів та бронхів.	Небезпека повторення хвороби та затримки одужання. Можливість ускладнень з боку легенів.	12-14 днів	14-21 день	21-30 днів	Рекомендується загартування сонячним випромінюванням. Слід запобігати простудних захворювань.
Б) туберкульозний	Нормальна температура тіла не менш 1 міс. Задовільне загальне самопочуття. Відсутність ознак випоту в плеврі. Відсутність хворобливих симптомів з боку легенів та бронхів.	Небезпека повторення хвороби та затримки одужання. Можливість ускладнень з боку легенів.	Заняття фізичною культурою не дозволяються!	Заняття спортом не дозволяються!	Не допускаються взагалі.	Рекомендовані тільки заняття ЛФК.
Хвороби вуха та соскоподібного апарату						
Гострий середній отит (без перфорації барабанних перетинок)	Нормальне самопочуття. Відновлення слуху.	Затримка одужання або перехід в хронічну форму.	7-10 днів	7-10 днів	15-20 днів	Особлива обережність під час занять зимовими та водними видами спорту.

Гострий гнійний отит (з перфорацією барабаних перетинок)	Зупинення гноїння, рубцювання перфорації.	Затримка одужання, перехід в хронічну форму, можливість розвитку ускладнень у вигляді суттєвих порушень слуху.	21 день	21-30 днів	2 міс.	Забороняються заняття зимовими видами спорту та видами спорту, які пов'язані із падінням.
Гострий мастоїдит	Нормальне самопочуття. Відновлення слуху.	Затримка одужання, перехід в хронічну форму, можливість розвитку ускладнень у вигляді суттєвих порушень слуху.	20-30 днів	20-30 днів	1-2 міс.	
Розрив барабаних перетинок	Нормальне самопочуття. Відновлення слуху, закрыта перфорація.	Можливість виникнення порушень слуху.	18-21 день	21-24 дня	25-30 днів	
Перихондрит вухної раковини	Повне зникнення запальних явищ.	Затримка одужання або перехід в хронічну форму.	7-10 днів	10-14 днів	18-20 днів	
Захворювання органів травлення						

Гастрити, гастроентерити (гострі розлади діяльності шлунково-кишкового тракту)	Зникнення всіх хворобливих явищ (болю, нудоти, проносу і т.п.). Задовільний апетит і самопочуття, нормальні випорожнення кишечника.	Перехід захворювання у хронічний стан.	3-5 днів	5-7 днів	12-14 днів	Суворе дотримання харчового режиму.
Хвороби сечостатевої системи						
Нефрит гострий	Добре загальне самопочуття. Відсутність скарг та набряків. Відсутність в аналізах сечі білка та формених елементів нирок при проведенні трьох повторних досліджень через кожні 5 дні.	Небезпека повторення хвороби та переходу в хронічну форму.	35-45 днів	40-50 днів	60-90 днів	Обов'язковий повторний аналіз сечі після декілька перших (2-3-х) тренувань. При заняттях водними та зимовими видами спорту терміни подовжуються на 4-7 днів.
Гострі та підгострі запалення додатків матки (аднексити, сальпінгіти та ін.)	Відсутність скарг (болю в області додатків матки), нормальна температура тіла та лабораторні показники лейкоцитів і ШОЕ.	Небезпека затримки одужання та переходу в хронічну форму.	10-14 днів	14-20 днів	30 днів	Остерігатись переохолодження.
Гострі запальні процеси піхви та вульви (специфічні та неспецифічні)	Відсутність скарг. Повне клініко-лабораторне одужання (відсутність ознак запалення, нормальні	Небезпека затримки одужання та переходу в хронічну форму.	7-10 днів	7-10 днів	10-15 днів	Під час занять водними видами спорту терміни можуть подовжуватись, або рекомендується заняття

	показники аналізу виділень на мікрофлору).					ін. видами фізичних вправ.
Порушення оваріально-менструального циклу (міжменструальні кровотечі)	Задовільний загальний стан здоров'я. Повна зупинка кровотечі. Нормалізація менструального циклу.	Небезпека серйозного порушення менструальної та репродуктивної функції.	15-20 днів	30 днів	60 днів	Рекомендується зменшення інтенсивності фізичних навантажень. Лікарський нагляд протягом від 3-х до 12 місяців.
Хвороби та ушкодження нервової системи						
Вертеброгенні порушення, рефлекторні больові синдроми	Повна відсутність больових відчуттів в нижніх кінцівках під час ходьби, бігу та стрибків. Відновлення рухів в повному обсязі.	Небезпека затримки остаточного одужання.	14-30 днів	14-30 днів	4-6 тижнів	Терміни відновлення тренувань і змагань залежать від характеру порушень і важкості стану. Нагляд невропатолога.

Ішіас	Повна відсутність больових відчуттів в нижніх кінцівках під час ходьби, бігу та стрибків. Відсутність болю по ходу сідничного нерву. Відсутність симптому Ласега. Відновлення рухів в повному обсязі.	Небезпека загострення та затримки остаточного одужання.	30 днів	30 днів	60 днів	Дуже обережний і поступовий підхід до вправ, які потребують різких і розмашистих рухів ніг (футбол, стрибки, водні види спорту).
Парез лицевого нерву	Повне відновлення функції нерву.		20-30 днів	20-30 днів	30 днів і більше	
Неврит (вторинний) периферичних нервів	Відсутність болю. Відновлення функцій нервів.	Небезпека затримки остаточного одужання та виникнення ускладнень.	1-3 тижні	4-5 тижнів	4-5 тижнів	Спостереження невропатолога.
Менінгіт а) серозний	Зникнення скарг. Зникнення неврологічних симптомів. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки остаточного одужання та виникнення ускладнень.	6 міс.	9-12 міс.	12-18 міс.	Під час звільнення від занять фізичною культурою і спортом рекомендована ЛФК. Нагляд невропатолога.

б) гнійний або менінгоенцефаліт	Зникнення скарг. Зникнення неврологічних симптомів. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки остаточного одужання та виникнення ускладнень.	1-2 роки	1-2 роки	2-3 роки	Терміни і можливість відновлення тренувань і змагань залежать від важкості захворювання. Рекомендована ЛФК, нагляд невропатолога.
Закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку	Задовільне загальне самопочуття. Повна відсутність головного болю та головокружіння, як в спокійному стані, так і при рухах – не менш 15 днів. Нормалізація АТ. Зникнення неврологічних ознак, нормальні рефлексії. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека затримки одужання та відновлення. Ускладнення з боку нервової системи.	30 днів (при легкому ступеню); 6-8 міс. (при середньому та важкому ступеню)	30-45 днів (при легкому ступеню); 8-12 міс. (при середньому та важкому ступеню)	1-2 роки	Не менше ніж на 6-12 місяців виключаються здача залікових нормативів та тренування, які пов'язані з різкими струсами тіла (стрибки на батуті, стрибки на лижах, футбол, стрибки з жердиною та ін.). Нагляд невропатолога.
Закрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку (легкого та середнього ступеня)	Задовільне загальне самопочуття. Відсутність скарг та остаточних явищ. Повна нормалізація неврологічного статусу. Задовільний результат функціональних проб.	Небезпека затримки одужання та відновлення. Ускладнення з боку нервової системи.	12 міс.	12-18 міс.	2 роки	В залежності від важкості стану і характеру травми всі питання вирішуються індивідуально. Нагляд невропатолога.

Відкрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку (легкого та середнього ступеня)	Зростання кісток черепа. Зникнення неврологічних симптомів та нормалізація психоемоційного статусу.	Небезпека затримки одужання та відновлення. Ускладнення з боку нервової системи.	6-18 міс.	12-18 міс.	2 роки	В перші 6 міс. нагляд нейрохірурга та невропатолога, у подальшому – невропатолога. При наявності остаточної явищ у вигляді вегето-судинної дисфункції, НЦД, енцефалопатії, вестибулярних порушень та ін. заняття фізичною культурою та спортом не дозволяються, рекомендована ЛФК.
Деякі хірургічні захворювання						
Стан після тонзилектомії	Задовільне самопочуття. Післяопераційний період без особливостей. Відсутність запальних явищ в зіві. Відсутність будь-яких ускладнень.	Можливість розвитку ускладнень.	30 днів	30 днів	30-45 днів	При заняттях штангою, боротьбою, водними видами спорту дотримуватися обережності.
Стан після апендектомії	Задовільне самопочуття. Післяопераційний період без особливостей. Відсутність ускладнень після оперативного втручання.	Можливість розвитку гризових випинань черевної порожнини або інших ускладнень.	10-15 днів (при лапароскопічному втручанні); 20-30 днів (при лапаротомічному втручанні)	15-20 днів (при лапароскопічному втручанні); 30 днів (при лапаротомічному втручанні)	20-30 днів (при лапароскопічному втручанні); 30-45 днів (при лапаротомічному втручанні)	При заняттях силовими видами спорту дотримуватися обережності.

Стан після операції з приводу варікоцеле	Відсутність скарг, повне клінічне видужання. Післяопераційний період без особливостей і ускладнень.	Можливість розвитку ускладнень.	1-2 міс.	2-2,5 міс.	3 міс.	Диспансерний нагляд уролога. При заняттях силовими видами спорту дотримуватися обережності.
Інфіковані рани	Повне загоєння ран.	Небезпека затримки відновлення тканин. Можливість розвитку ускладнень.	3-4 тижні	4-5 тижнів	6 тижнів	
Травми та uszkodження кістково-м'язової та сполучної тканини						
Пошкодження м'язих тканин та капсулярно-зв'язкового апарату суглобів (забиви, надриви зв'язок та ін.)	Зникнення набряку, розсмоктування гематоми, зникнення гемартрозу, болю. Відновлення функції суглобів.	Небезпека затримки відновлення тканин. Можливість розвитку ускладнень.	7-14 днів	2-4 тижня	3-5 тижнів	Спостереження лікаря спортивної медицини, при необхідності – нагляд хірурга.
Пошкодження м'язів	Зникнення гематоми, болю. Відновлення функції пошкодженого м'язу.	Небезпека затримки відновлення тканин. Можливість розвитку ускладнень.	2,5 тижня – 1,5 міс.	1-3 міс.	2-5 міс.	Терміни відновлення тренувань і змагань залежать від локалізації та обсягу пошкодження. Спостереження лікаря спортивної медицини.
Перелом кісток носа	Задовільне самопочуття. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки зрощення кісток та виникнення інших ускладнень.	30-45 днів.	45-60 днів	60 днів і більше	Спостереження нейрохірурга, ЛОР-лікаря.
Переломи дрібних кісток (передпліччя, кисті, стопи, ключиці)	Повна консолідація відламків кісток з відновленням функції	Небезпека затримки зрощення кісток та виникнення інших	1-2 міс.	2-3 міс.	4-6 міс.	Протипоказані боротьба, важка атлетика, акробатика та всі ви-

чиці)	пошкодженого органу.	ускладнень.				ди стрибків.
Перелом кісток тазу без порушення функції тазових органів	Консолідація перелому. Відсутність болю та ускладнень. Відновлення рухів нижніх кінцівок.	Небезпека затримки зрощення кісток та виникнення інших ускладнень.	2-2,5 міс.	3-3,5 міс.	4-4,5 міс.	Протипоказані боротьба, важка атлетика, акробатика та всі види стрибків.
Переломи кісток нижніх кінцівок (стегна, гомілки) а) без зміщення	Відновлення опорної функції кінцівки. Рентгенологічне підтвердження консолідації. Повний обсяг рухів у суміжних суглобах. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки зрощення кісток та виникнення інших ускладнень.	3-6 міс.	6-8 міс.	8-12 міс.	У кожному випадку (в залежності від характеру травми) всі питання вирішуються індивідуально.
б) зі зміщенням	Відновлення опорної функції кінцівки. Рентгенологічне підтвердження консолідації. Повний обсяг рухів у суміжних суглобах. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки або неправильного зрощення кісток та виникнення інших ускладнень.	6-8 міс.	8-12 міс.	1-2 роки	У кожному випадку (в залежності від характеру травми) всі питання вирішуються індивідуально.
Компресійні переломи шийного відділу хребта без неврологічних порушень	Відновлення форми та структури тіл хребців. Зменшення болю у шийному відділі хребта та відновлення руху.	Небезпека виникнення неврологічних ускладнень.	8-12 міс.	10-14 міс.	16-18 міс.	В період лікування та під час звільнення від занять фізичною культурою і спортом призначається ЛФК, масаж, фізіотерапія.

Компресійні стабільні переломи грудного, поперекового відділу хребта	Відновлення форми та структури тіл хребців	Небезпека затримки одужання та відновлення, виникнення неврологічних ускладнень.	3,5-4 міс.	4-6 міс.	6-8 міс.	Протипоказані боротьба, важка атлетика, акробатика, всі види стрибків, ковзани, лижі.
Переломи хребців будь-якої локалізації без зміщення і неврологічних розладів, без ускладнень	Відсутність болю, відновлення рухомості в хребті.	Небезпека затримки одужання та відновлення, виникнення неврологічних ускладнень.	4-6 міс.	6-8 міс.	12 міс.	Протипоказані боротьба, важка атлетика, акробатика, всі види стрибків, ковзани, лижі.
Переломи ключиці з пошкодженням ключично-акроміального зчленування	Відсутність болю, деформації. Рентгенологічна консолідація.	Небезпека затримки одужання та відновлення, виникнення ускладнень.	2-2,5 міс.	2,5-3 міс.	4-5 міс.	Протипоказані боротьба, важка атлетика, акробатика, всі види стрибків, ковзани, лижі.
Переломи оскольчаті, будь-якої локалізації, не ускладнені інфікуванням	Повна консолідація відламків кісток з відновленням функції пошкодженого органу. Відсутність ускладнень.	Небезпека затримки або неправильного зрощення кісток та виникнення інших ускладнень.	4-12 міс. (в залежності від локалізації перелому)	6-12 міс. (в залежності від локалізації перелому)	1-2 роки	У кожному випадку (в залежності від характеру травми) всі питання вирішуються індивідуально.
Переломи будь-якої локалізації, ускладнені остеоітелітом або формуванням помилкового суглобу			Заняття фізичною культурою не дозволяються!	Заняття спортом не дозволяються!	Не допускаються взагалі.	Рекомендовані тільки заняття ЛФК після дозволу травматолога.
Звичний вивих плечового суглобу	Відсутність вивихів, відсутність болю при рухах.	Небезпека повторних вивихів.	2-2,5 міс.	Заняття спортом не дозволяються!	4-5 міс.	При частих вивихах рекомендовані заняття ЛФК. Спостере-

						ження ортопеда.
Пошкодження сухожиль, м'язів плеча, передпліччя, кисті	Відновлення функції м'язів однойменного сухожилля	Небезпека виникнення ускладнень.	1,5-2 міс.	2-2,5 міс.	2,5-3 міс.	У випадках занять гімнастикою, різними видами боротьби, метанням, важкою атлетикою питання вирішуються індивідуально.
Пошкодження менисків колінного суглобу	Відсутність «блокад», защемлень пошкодженої частини мениску, повний обсяг рухів у колінному суглобі	Небезпека виникнення ускладнень.	1-2 міс.	1-2,5 міс.	2-3 міс.	Терміни відновлення тренувань і змагань залежать від методів оперативного лікування
Пошкодження передньої або задньої хресто-подібної зв'язки, колатеральних зв'язок колінного суглобу	Відсутність патологічної рухливості, відновлення стійкості в колінному суглобі, повний обсяг рухів.	Небезпека виникнення ускладнень.	7-8 міс.	8-10 міс.	12 міс.	В ігрових видах спорту питання вирішуються індивідуально.
Пошкодження сухожиль 4-х голового м'язу, власної зв'язки надколінника	Відновлення повного обсягу рухів у колінному суглобі., м'язової маси стегна. Нормальні дані при УЗ-обстеженні.	Небезпека затримки одужання та виникнення ускладнень.	2-3 міс.	3-5 міс.	5-6 міс.	В ігрових видах спорту, легкій та важкій атлетиці питання вирішуються індивідуально.
Пошкодження Ахіллового сухожилля	Відновлення м'язової маси та сили литкового м'язу, відсутність симптому Томі-	Небезпека затримки одужання та виникнення ускладнень.	2,5-3 міс.	3,5-4 міс.	5-6 міс.	В ігрових видах спорту та легкій атлетиці питання вирішуються індивідуально.

	сона.					
Хвороби шкіри та підшкірно-жирової клітковини						
Гострі та підгострі (паразитарні і не паразитарні) захворювання шкіри й слизових оболонок, які не викликають різких больових відчуттів чи обмеження рухів (атопічний чи контактний дерматит, чесотка, стригучий лишай, еритема та ін.)	Момент повного одужання визначається тільки лікарем, який безпосередньо лікує хворого, а також характеризується повною відсутністю ознак захворювання, відсутністю висипів та їх рецидивів на шкірі протягом не менше 8-15 днів.	Небезпека рецидивів та зараження захворюванням інших осіб.	7 днів	7 днів	12-14 днів	Від лікаря, який лікував захворювання, повинна бути довідка про допуск до занять.
Герпес простий	Зникнення висипів на шкірі.		7 днів	7 днів	7 днів	
Мікози	Зникнення висипів на шкірі.		3 дні	3 дні	3 дні	
Кропив'янка	Задовільний загальний стан. Нормальна температура тіла не менш 3-х днів. Відсутність висипань і свербіння не менш 5-ти днів. Нормальний апетит і випороження кишечника.	Небезпека затримки одужання.	7 днів	7 днів	12-14 днів	
Алергічний контактний дерматит	Відсутність висипів на шкірі та свербіння.	Небезпека затримки одужання.	30 днів	30 днів	30 днів	

Хвороби ока та придаткового апарату						
Ячмінь	Прорив стержня, зникнення гіперемії, набряку, гнійних виділень	Небезпека затримки одужання та виникнення ускладнень.	8-10 днів	12-14 днів	12-18 днів	
Кон'юнктивіт	Зникнення слезотечі, гнійних виділень, почервоніння. Рогівка стає звичайного кольору, блискуча.	Небезпека затримки одужання та виникнення ускладнень.	5-7 днів	7-10 днів	7-10 днів	
Епісклерит	Зникнення болючості при пальпації, ін'єкції склери, набряку.	Небезпека затримки одужання та виникнення ускладнень.	7-8 днів	8-12 днів	12-14 днів	

* *Примітка.* Вказані терміни можуть бути рекомендовані лише як орієнтовні. В окремих випадках, в залежності від ступеню і характеру функціональних порушень, можуть бути допущені відхилення в термінах початку тренувань і змагань.

** *Примітка.* Наведені рекомендації не відносяться до занять лікувальною фізичною культурою, оскільки вони в більшості випадків показані навіть в період лікування.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Аналіз результатів комплексного лікарського обстеження.
2. Лікарський висновок.
3. Допуск до занять фізичною культурою (фізичним вихованням).
4. Критерії розподілу на медичні групи за станом здоров'я: основну, підготовчу, спеціальну та групу ЛФК.
5. Допуск до занять спортом, з визначенням найбільш оптимального виду спортивного тренування.
6. Протипоказання до занять спортом.
7. Вікові межі допуску дітей до занять спортом.
8. Принципи допуску до занять спортом осіб з граничними станами.
9. Особливості лікарського контролю за особами різного віку та статі: дітей та підлітків, жінок, людей похилого віку.
10. Орієнтовні терміни відновлення занять фізичними вправами після захворювань, травм та ушкоджень.
11. Індивідуальні рухові режими під час занять фізичною культурою та спортом.
12. Межова і тренувальна частота серцевих скорочень залежно від функціонального та фізичного стану.

ТЕСТИ

1. Медична група встановлюється на підставі:

- а) даних анамнезу;
- б) результатів обстеження;
- в) результатів антропометрії.

2. Розподіляючи на медичні групи для занять фізичною культурою (фізичним вихованням) необхідно враховувати:

- а) об'єм (дозу) фізичних навантажень, що допускається;
- б) зміст та нормативні вимоги, які встановлені для кожної з груп;
- в) всі відповіді вірні.

3. До основної медичної групи відносяться:

а) здорові (або практично здорові, тобто з незначними відхиленнями в стані здоров'я) особи, які мають достатню фізичну підготовленість, гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку та високий або середній рівень функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи.

б) особи, які мають несуттєві відхилення в стані здоров'я, без достатньої фізичної підготовленості та/бо з незначними порушеннями фізичного розвитку (що не перешкоджають заняттям за загальними навчальними програмами з фізичного виховання), з нижчим за середній рівень функціональних можливостей серцево-судинної системи; а також після перенесених гострих захворювань (певний термін);

в) особи із значними відхиленнями тимчасового чи постійного характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами; з низьким рівнем функціональних можливостей (в т.ч. при патологічних реакціях на фізичне навантаження).

4. До підготовчої медичної групи відносяться:

- а) здорові (або практично здорові, тобто з незначними відхиленнями в

стані здоров'я) особи, які мають достатню фізичну підготовленість, гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку та високий або середній рівень функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи.

б) особи, які мають несуттєві відхилення в стані здоров'я, без достатньої фізичної підготовленості та/бо з незначними порушеннями фізичного розвитку (що не перешкоджають заняттям за загальними навчальними програмами з фізичного виховання), з нижчим за середній рівень функціональних можливостей серцево-судинної системи; а також після перенесених гострих захворювань (певний термін);

в) особи із значними відхиленнями тимчасового чи постійного характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами; з низьким рівнем функціональних можливостей (в т.ч. при патологічних реакціях на фізичне навантаження).

5. До спеціальної медичної групи відносяться:

а) здорові (або практично здорові, тобто з незначними відхиленнями в стані здоров'я) особи, які мають достатню фізичну підготовленість, гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку та високий або середній рівень функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи.

б) особи, які мають несуттєві відхилення в стані здоров'я, без достатньої фізичної підготовленості та/бо з незначними порушеннями фізичного розвитку (що не перешкоджають заняттям за загальними навчальними програмами з фізичного виховання), з нижчим за середній рівень функціональних можливостей серцево-судинної системи; а також після перенесених гострих захворювань (певний термін);

в) особи із значними відхиленнями тимчасового чи постійного характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами; з низьким рівнем функціональних

можливостей (в т.ч. при патологічних реакціях на фізичне навантаження).

6. До групи ЛФК відносяться:

а) особи, які мають несуттєві відхилення в стані здоров'я, без достатньої фізичної підготовленості та/бо з незначними порушеннями фізичного розвитку (що не перешкоджають заняттям за загальними навчальними програмами з фізичного виховання), з нижчим за середній рівень функціональних можливостей серцево-судинної системи; а також після перенесених гострих захворювань (певний термін);

б) особи із значними відхиленнями тимчасового чи постійного характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами; з низьким рівнем функціональних можливостей (в т.ч. при патологічних реакціях на фізичне навантаження);

в) особи із значними відхиленнями постійного чи тимчасового характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в навчальному закладі, але протипоказані для занять фізичною культурою чи фізичним вихованням за загальними навчальними програмами груповим методом.

7. Характеристика фізичного навантаження в основній медичній групі:

а) фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку;

б) заняття проводяться разом з основною групою, але з поступовим збільшенням навантаження, без здачі нормативів;

в) фізична підготовка проводиться груповим методом (в групі не більше 10 осіб), згідно розкладу занять основної групи в окремому приміщенні за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня порушень.

8. Характеристика фізичного навантаження в підготовчій медичній

групі:

- а) фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку;
- б) заняття проводяться разом з основною групою, але з поступовим збільшенням навантаження, без здачі нормативів;
- в) фізична підготовка проводиться груповим методом (в групі не більше 10 осіб), згідно розкладу занять основної групи в окремому приміщенні за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня порушень.

9. Характеристика фізичного навантаження в спеціальній медичній групі:

- а) фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку;
- б) заняття проводяться разом з основною групою, але з поступовим збільшенням навантаження, без здачі нормативів;
- в) фізична підготовка проводиться груповим методом (в групі не більше 10 осіб), згідно розкладу занять основної групи в окремому приміщенні за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня порушень.

10. Характеристика фізичного навантаження в групі ЛФК:

- а) лікувальна гімнастика проводиться малогруповим (2–6 осіб) або індивідуальним методом, згідно розкладу занять основної групи, в окремому приміщенні за спеціальними комплексами лікувальної гімнастики з урахуванням характеру та ступеня порушень;
- б) заняття проводяться разом з основною групою, але з поступовим збільшенням навантаження, без здачі нормативів;
- в) фізична підготовка проводиться груповим методом (в групі не більше 10 осіб), згідно розкладу занять основної групи в окремому приміщенні за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня порушень.

11. Визначення функціональних можливостей серцево-судинної систе-

ми проводиться за допомогою проби:

- а) Мартіне-Кушелевського (20 присідань за 30 секунд);
- б) Руф'є;
- в) зі зміною положення тіла в просторі.

12. До протипоказань до занять спортом відносяться:

- а) всі хронічні захворювання в стадії ремісії;
- б) всі хронічні захворювання в стадії загострення;
- в) всі хронічні захворювання незалежно від стадії перебігу захворювання.

13. До протипоказань до занять спортом з боку шлунково-кишкового тракту відносяться:

- а) хронічні захворювання печінки (включаючи доброякісні гіпербілірубінемії), гепатити, цироз печінки;
- б) наслідки після оперативних втручань або ушкоджень органів черевної порожнини, навіть при помірному порушенні їх функцій;
- в) всі відповіді вірні.

14. До протипоказань до занять спортом відносяться наступні нервово-психічні захворювання:

- а) епілепсія, навіть при відсутності психічних розладів та відсутності нападів протягом тривалого часу (більше 5 років);
- б) захворювання периферичної нервової системи (включаючи наявність об'єктивних даних без порушення функцій);
- в) всі відповіді вірні.

15. При вирішенні питань допуску осіб з неконтагіозними захворюваннями шкіри, слід враховувати:

- а) необхідність значного оголення при носінні спортивного одягу;

б) можливу травматизацію уражених ділянок шкіри при виконанні фізичних вправ;

в) всі відповіді вірні.

16. Особи з наявністю навіть рідких випадків непритомності

а) не можуть бути допущені до занять єдиноборствами, складнокоординаційними, травмонебезпечними та водними видами спорту;

б) можуть бути допущені до занять єдиноборствами, складнокоординаційними, травмонебезпечними та водними видами спорту;

в) можуть бути допущені тільки до занять єдиноборствами.

17. Особи, які перенесли закриту травму головного чи спинного мозку, за умов відсутності інструментально підтверджених ознак ураження центральної нервової системи

а) можуть бути допущені до занять спортом не раніше ніж через 12 місяців після повного лікування;

б) можуть бути допущені до занять спортом не раніше ніж через 6 місяців після повного лікування;

в) взагалі не можуть бути допущені до занять спортом.

18. Особи, що мають тимчасові функціональні розлади після хірургічного лікування доброякісних новоутворень

а) допускаються до занять спортом після повного лікування;

б) не допускаються до занять спортом;

в) допускаються до занять спортом не раніше, ніж через 5 років після хірургічного лікування.

19. Особи, які мали гострі реакції на стрес, порушення адаптації і незначні невротичні розлади, що характеризуються в основному емоційно-вольовими і вегетативними порушеннями

а) допускаються до занять спортом після зникнення клінічних симптомів захворювання;

б) не допускаються до занять спортом;

в) допускаються до занять спортом після повного лікування.

20. Особи, що перенесли оперативні втручання з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок, вен сім'яного канатика, гемороїдальних вен, тріщин заднього проходу, можуть бути допущені до занять спортом, якщо

а) через 3 місяці після операції відсутні ознаки рецидиву захворювання і розладів місцевого кровообігу;

б) через 1 рік після операції відсутні ознаки рецидиву захворювання і розладів місцевого кровообігу;

в) через 6–8 місяці після операції відсутні ознаки рецидиву захворювання і розладів місцевого кровообігу.

21. Вікові межі допуску дітей до занять баскетболом у початкових групах:

а) 7–9 років;

б) 10–12 років;

в) 13–15 років.

22. Вікові межі допуску дітей до занять спортивною гімнастикою у початкових групах:

а) 8–9 років;

б) 5–6 років;

в) 4–6 років.

23. Вікові межі допуску дітей до занять плаванням та стрибками у воду

у початкових групах:

- а) 9–10 років;
- б) 5–6 років;
- в) 7–8 років.

24. Вікові межі допуску дітей до занять волейболом у початкових групах:

- а) 7–9 років;
- б) 10–12 років;
- в) 13–15 років.

25. Вікові межі допуску дітей до занять боротьбою у початкових групах:

- а) 7–9 років;
- б) 10–12 років;
- в) 13–15 років.

26. Вікові межі допуску дітей до занять боксом у початкових групах:

- а) 7–10 років;
- б) 10–12 років;
- в) 12–14 років.

27. «Статева» формула у підлітків чоловічої статі має наступний вигляд:

- а) А, Р, Ма, Ме;
- б) А, Р;
- в) А, Р, Ма.

28. «Статева» формула у підлітків жіночої статі має наступний вигляд:

- а) А, Р, Ма, Ме;

б) А, Р;

в) А, Р, Ма.

29. Визначення типу соматичного статусу включає оцінку:

а) довжини і маси тіла, окружності грудної клітки, стадій розвитку ознак статевого дозрівання;

б) довжини і маси тіла, стадій розвитку ознак статевого дозрівання;

в)) маси тіла і стадій розвитку ознак статевого дозрівання.

30. Розрізняють наступні типи соматичного статусу:

а) гіпер-, гіпо- та нормосоматиків;

б) макро-, мезо- та мікросоматиків;

в) гіпер-, гіпо- та нормостенічний.

31. Юнацька гіпертрофія серця зустрічається переважно при:

а) затриманні статевого дозрівання і високих показниках фізичного розвитку.

б) відносно ранньому статевому дозріванні і невисоких показниках фізичного розвитку.

в) відносно ранньому статевому дозріванні і високих показниках фізичного розвитку.

32. Час відновлення різноманітних показників у спортсменів різної статі:

а) відрізняється мало;

б) не відрізняється;

в) різниця залежить від рівня тренуваності.

33. Планове гінекологічне обстеження жінок, а також дівчат, які беруть участь у змаганнях за програмою дорослих, проводиться:

- а) 1–2 рази на рік;
- б) 2–3 рази на рік;
- в) за наявності скарг та функціональних розладів з боку статевої сфери, після перенесених інфекційних захворювань і запальних процесів в органах черевної порожнини, після гінекологічних захворювань, абортів і пологів.

34. Жінкам-спортсменкам починати звичайні тренування після пологів дозволяється не раніше, ніж через:

- а) 6–9 місяців;
- б) 3–6 місяців;
- в) 2–4 місяці.

35. У спортсменок з інфантильною статевою сферою фізичне навантаження:

- а) може викликати менструацію;
- б) може викликати припинення менструації;
- в) може викликати затримку менструації.

36. Контроль на статеву приналежність

- а) проводиться кожен раз перед змаганнями;
- б) проводиться один раз (на перших етапах спеціалізованого відбору в спорт);
- в) проводиться декілька (3–4) раз впродовж спортивної кар'єри.

37. У осіб похилого віку особливо ефективним є

- а) поєднання повільного бігу із теренкуром;
- б) поєднання повільного бігу із загартовуванням;
- в) поєднання повільного бігу з плаванням.

38. Після перенесеного грипу та інших гострих респіраторних вірусних

інфекцій дозволяється розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням) не раніше, ніж через:

- а) 3–5 діб;
- б) 5–7 діб;
- в) 7–10 діб.

39. Після пошкодження ахіллового сухожилля дозволяється розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням) не раніше, ніж через:

- а) 1,5–2 місяці;
- б) 2,5–3 місяці;
- в) 1 місяць.

40. Після перенесеного запалення додаткових порожнин носа дозволяється розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням) не раніше, ніж через:

- а) 10–14 днів;
- б) 7–10 днів;
- в) до 20 днів.

41. Після перенесеної пневмонії дозволяється розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням) не раніше, ніж через:

- а) 10–15 днів;
- б) 21–30 днів;
- в) 30 днів.

42. Після тонзілектомії дозволяється розпочинати заняття фізичною культурою (фізичним вихованням) не раніше, ніж через:

- а) 10–15 днів;
- б) 21–30 днів;

в) 30 днів.

43. Після перенесеної вітряної віспи дозволяється участь в змаганнях не раніше, ніж через:

а) 30–45 днів;

б) 45–60 днів;

в) 30–60 днів.

44. Після пошкодження сухожиль, м'язів плеча, передпліччя та кисті спортивне тренування дозволяється не раніше, ніж через:

а) 1,5–2 місяці;

б) 2–2,5 місяці;

в) 3–4 місяці.

ЗМІСТ

Лікарський висновок.....	3
Критерії розподілу на медичні групи за станом здоров'я: основну, підготовчу, спеціальну та групу ЛФК.....	8
Допуск до занять спортом, з визначенням найбільш оптимального виду спортивного тренування.....	16
Протипоказання до занять спортом. Принципи допуску до занять спортом осіб з граничними станами.....	47
Вікові межі допуску дітей до занять спортом.....	63
Особливості лікарського контролю за особами різного віку та статі: дітей і підлітків, жінок, людей похилого віку.....	64
Орієнтовні терміни відновлення занять фізичними вправами і спортом після захворювань, травм і ушкоджень.....	94
Питання для самоконтролю.....	118
Тести.....	119

Оригінал-макет підготовлено на кафедрі фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізвиховання і здоров'я ЗДМУ
Тиражування - кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізвиховання і здоров'я ЗДМУ
69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26
