

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ  
СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ, К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ (ТРЕНИРОВКАМ И  
СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ  
СПОРТА, СПОРТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ  
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ,  
РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

Методические рекомендации

МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0006-2025/РАСМИРБИ

Москва

2025

## Предисловие

### 1. Разработаны:

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

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

Куратор разработки – начальник организационно-исследовательского отдела, канд. мед. наук Фещенко В.С.

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

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

1.3. Индивидуальным предпринимателем Вагановой Н.В.

### 2. Исполнители

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

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

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

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

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

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

Дергачева Любовь Ивановна – старший научный сотрудник организационно-исследовательского отдела «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», врач-эндокринолог, кандидат медицинских наук.

Морозова Галина Ильинична – главный внештатный эндокринолог Федерального медико-биологического агентства, заведующая отделением

эндокринологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий федерального медико-биологического агентства», кандидат медицинских наук.

Озерякова Екатерина Сергеевна – врач-эндокринолог, врач по спортивной медицине Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства».

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

Яшин Тимофей Александрович – заведующий кабинетом коррекции функционального состояния Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства».

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

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

Хохлина Наталья Константиновна – научный сотрудник отдела научно-исследовательских услуг «Федерального научно-клинического центра спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», врач по спортивной медицине.

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

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

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

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

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

5. Введены впервые.

## **Содержание**

Предисловие.....	2
Введение.....	7
Область применения.....	9
Нормативные ссылки.....	9
Библиографические данные.....	63

## Введение

Предлагаемые в методических рекомендациях подходы предназначены для решения вопроса о допуске или недопуске по медицинским показаниям спортсменов к тренировочной и соревновательной деятельности при заболеваниях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ.

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

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

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

УТВЕРЖДАЮ

Президент РАСМИРБИ

Поляев

2025 г.



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ (ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

Методические рекомендации

МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0006-2025/РАСМИРБИ

---



## **1. Область применения**

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

## **2. Нормативные ссылки**

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

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

3. Приказ ФМБА России от 08.09.2023 года № 178 «Об утверждении порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации».

4. Приказ ФМБА России от 05.04.2016 года № 49 «О противодействии применению допинга в спорте и борьбе с ним».

5. Приказ ФМБА России от 25 сентября 2020 года № 262 «Об утверждении Порядка оформления медицинских документов для запроса на терапевтическое использование запрещенной субстанции и (или) метода».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2020 г. № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов)

Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО)" и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2021 г. № 22н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям при сахарном диабете I типа (диагностика и лечение)».

8. Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 24 июня 2021 г. № 464 «Об утверждении Общероссийских антидопинговых правил».

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

**КРИТЕРИИ ДОПУСКА ЛИЦ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ (ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

Составленная с учетом актуализированного перечня видов спорта таблица отражает противопоказания к допуску спортсменов к тренировочному процессу и соревновательной деятельности, а также содержит алгоритмы возобновления спортивной деятельности при заболеваниях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ.

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

Код МКБ-11 (при наличии)	Код МКБ-10 (при наличии)	Клинический диагноз	Учитываемые формы поражения с кодом МКБ-10 и МКБ-11	Рекомендации по допуску / недопуску к тренировочным мероприятиям и спортивным соревнованиям (с указанием сроков недопуска), а также с учетом вида спорта (спортивной дисциплины), возраста и пола	Дополнительные рекомендации по ограничению нагрузок, срокам возобновления тренировочной и соревновательной деятельности и др.	Дополнительные факторы, подлежащие учету, в том числе рекомендации по дальнейшей тактике лечения и профилактике
5A00.1	E01	Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния [исключены: синдром врожденной йодной недостаточности (E00.-), субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности (E02)]		При эутиреоидном состоянии и отсутствии симптомов сдавления (компрессии) нервов, сосудов и органов – ДОПУСК.		При наличии диффузного и узлового (эндемического) зоба требуется обязательное уточнение функции щитовидной железы, при узловом зобе необходимо исключение рака щитовидной железы.

5A00.10	E01.0		Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью			<p>При выявлении приобретенного гипотиреоза, связанного с йодной недостаточностью: (E01.8) – временный НЕДОПУСК – при высоких значениях ТТГ (<math>\geq 10</math> мЕд/л) и /или наличии выраженной клинической картины гипотиреоза и/или его осложнений – до нормализации функции щитовидной железы (подбора адекватной терапии препаратами йодида калия и/или левотироксина натрия).</p> <p>У детей и подростков – временный НЕДОПУСК при <u>субклиническом</u> гипотиреозе (ТТГ выше верхней границы нормы и/или снижение Т4 св.) – до достижения эутиреоидного состояния.</p>
5A00.11	E01.1		Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью (узловой зоб, связанный с недостатком йода)			
--	E01.2		Зоб (эндемический), связанный с йодной недостаточностью, неуточненный (эндемический зоб БДУ)			
5A00.1Z	E01.8		Другие болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния (приобретенный гипотиреоз вследствие недостатка йода БДУ).			

5A00.22	E02	Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности				При впервые выявленном повышении уровня ТТГ и нормальном св. Т4 рекомендуется провести повторное исследование уровней ТТГ, св. Т4 через 2–3 месяца, а также определение содержания АТ-ТПО и УЗИ щитовидной железы.
5A00.Z	E03	Другие формы гипотиреоза				
5A00.0	E03.0		Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом	Врожденный гипотиреоз – НЕДОПУСК при отсутствии достижения эутиреоидного состояния (отсутствии компенсации на фоне проводимой терапии), при задержке развития. При достижении состояния компенсации для детей и подростков ДОПУСК с ограничением дается после достижения эутиреоза (клинического и лабораторного – с нормализацией ТТГ, Т4 св. и Т3 св.) и стабильного состояния компенсации не менее 3 месяцев. Через 6 месяцев эутиреоидного состояния –ДОПУСК.	Исключением может явиться имеющийся в анамнезе транзиторный гипотиреоз новорожденных, возникший вследствие приема матерью во время беременности тиреостатических и других препаратов, нарушающих синтез тиреоидных гормонов щитовидной железой плода. Это состояние временной гипотироксинемии, сопровождающееся повышением ТТГ, при своевременной диагностике и лечении может полностью купироваться. При последующем стойком эутиреозе и нормальном развитии в детском и подростковом возрасте – ДОПУСК.	Группа врожденных заболеваний щитовидной железы у детей, в основе которого лежит полная или частичная недостаточность тиреоидных гормонов, вследствие дисгенезии щитовидной железы или дисгормоногенеза, приводящая к задержке развития всех органов и систем организма при отсутствии <u>своевременно начатого</u> лечения.
5A00.01	E03.1		Врожденный гипотиреоз без зоба: - аплазия щитовидной железы (с микседемой) - врожденная(ый): -атрофия щитовидной железы - гипотериоз БДУ			

5A00.20	E03.2		Гипотиреоз, вызванный медикаментами и другими экзогенными веществами	ДОПУСК – при значениях ТТГ < 10 мЕд/л и наличии стертой клинической симптоматики гипотиреоза и/или его осложнений, выявляемых только при инструментальном и лабораторном тестировании.	После достижения состояния эутиреоза и купирования клинической симптоматики, нормализации лабораторных и инструментальных показателей (ТТГ, Т4 св., по показаниям – Т3 св., билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, МВ-КФК, СРБ, ферритин, сывороточное железо, коэффициент насыщения трансферрина железом, ЭКГ, ЭхоКГ, variability сердечного ритма) – ДОПУСК с ограничением на 3 месяца.	При впервые выявленном повышении уровня ТТГ и нормальном св. Т4 рекомендуется провести повторное исследование уровней ТТГ, св. Т4 через 2–3 месяца, а также определение содержания АТ-ТПО и УЗИ щитовидной железы. Спортсменам после среднетяжёлой или тяжёлой травмы головы, при наличии симптомов гипотиреоза необходимо проводить дифференциальный диагноз между первичным (заболевания щитовидной железы) и вторичным (гипоталамо-гипофизарная патология) гипотиреозом. Решение о ДОПУСКЕ принимается коллегиально – врачом спортивной медицины, эндокринологом и профильным специалистом, если в клинической картине доминировали симптомы со стороны какой-либо из систем (кардиологом, гинекологом, гастроэнтерологом, ревматологом/артрологом, психотерапевтом).
5A00.Z	E03.3		Постинфекционный гипотиреоз	Временный НЕДОПУСК при высоких значениях ТТГ ( $\geq 10$ мЕд/л) и /или наличии выраженной клинической картины гипотиреоза и/или его осложнений (кардиологических, гастроэнтерологически х, гинекологических, психиатрических, ревматологических, при развитии анемии) – до подбора адекватного лечения (либо отмены препаратов, вызвавших снижение функции щитовидной железы) и нормализации	Для детей и подростков – ДОПУСК с ограничением дается после достижения эутиреоза (клинического и лабораторного – с нормализацией ТТГ, Т4 св. и Т3 св.) и при стабильном состоянии компенсации <b>не менее</b> 3 месяцев. При признаках прогрессирования процесса, наличии кардиальных осложнений, анемии – НЕДОПУСК.	
5A0Y	E03.4		Атрофия щитовидной железы (приобретенная)			

5D40	E89.0		Гипотиреоз, возникший после медицинских процедур	физического состояния и лабораторных показателей.  Для детей и подростков – временный НЕДОПУСК при субклиническом гипотиреозе (ТТГ выше верхней границы нормы и/или снижение Т4 св.) – до достижения эутиреоидного состояния.		
5A00.21	E03.5		Микседематозная кома	НЕДОПУСК, госпитализация в отделение интенсивной терапии.		
5A00.Z	E03.8		Другие уточненные гипотиреозы	Временный НЕДОПУСК – при тех же условиях, как указано в рубриках E03.2-03.5, E03.9, E89.0, E06.3	В дальнейшем решение о допуске принимается коллегиально – врачом-эндокринологом, спортивным врачом и профильными специалистами (в случае выявления осложнений) – в зависимости от установленного диагноза.	
5A00.0Z 5A00.2Z	E03.9		Гипотиреоз неуточненный	Временный НЕДОПУСК – на время установления окончательного диагноза и подбора адекватной терапии.		

5A01  5A01.0	E04  E04.0	Другие формы нетоксического зоба	Нетоксический диффузный зоб	<p>Диффузный и узловой/многоузловой зоб при отсутствии нарушения функции щитовидной железы, симптомов сдавления органов шеи (в т. ч. сосудов, нервов) и признаков злокачественности узла (узлов) – ДОПУСК.</p> <p>При развитии гипотиреоидного состояния – временный НЕДОПУСК на время уточнения диагноза и подбора адекватного лечения для достижения эутиреоза.</p>	<p>При увеличении размеров щитовидной железы по данным УЗИ (<math>\geq 18</math> мл у женщин и <math>\geq 25</math> мл у мужчин) и/или наличии множественных узлов диаметром 1,5 см и более, при загрудинном расположении зоба следует исключить компрессионный синдром. При компрессии показана радиойодтерапия или хирургическое лечение – временный НЕДОПУСК от 1 до 3 месяцев до достижения стабильного эутиреоидного состояния (на заместительной терапии или без нее) и при отсутствии осложнений – послеоперационного гипопаратиреоза (фосфорно-кальциевый обмен не нарушен).</p>	
5A01.1	E04.1		<p>Нетоксический одноузловой зоб: - коллоидный узел (кистозный) (тиреоидный); - нетоксический мононодозный зоб; - тиреоидный (кистозный) узел БДУ</p>			<p>При узловом нетоксическом зобе показано исследование уровня кальцитонина в крови – для исключения медуллярного рака. При выявлении узлов на УЗИ щитовидной железы по системе EU TIRADS 3–5 ст. показано обязательное проведение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). ТАБ также показана при: EU TIRADS 1 и узлах <math>\geq 2</math>–2,5 см; TIRADS 2 и узлах <math>\geq 1,5</math> см, TIRADS 3 – при узлах <math>\geq 1</math> см (при узлах менее 1 см и EU TIRADS 1–2 ст. показано активное наблюдение) и при обнаружении измененных регионарных лимфоузлов.</p>
5A01.2  --	E04.2  E04.8		<p>Нетоксический многоузловой зоб: -кистозный зоб БДУ -полинодозный (кистозный) зоб БДУ</p> <p>Другие уточненные формы нетоксического зоба</p>	<p>При эутиреозе и отсутствии симптомов компрессии сосудов,</p>		<p>У детей и подростков рекомендуется ТАБ всех узловых образований более 1 см. У детей и подростков при выявлении узловой патологии любых размеров</p>



			Нетоксический зоб неуточненный: -- зоб БДУ; -- узловой зоб	нервов и/или органов шеи – ДОПУСК.		рекомендована консультация онколога.
5A01.Z	E04.9		нетоксический БДУ	При выраженном клинически гипотиреозе – временный НЕДОПУСК до уточнения диагноза.		При результате ТАБ диагностической категории 4–6 (в некоторых случаях 3) по международной цитологической классификации Бетесда (The Bethesda System, 2017) показана гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия – с последующим наблюдением онколога (при подтверждении злокачественного образования по данным послеоперационного гистологического исследования). ВРЕМЕННЫЙ НЕДОПУСК:
5A0Z	E07.9		Болезнь щитовидной железы неуточненная	Временный НЕДОПУСК – до уточнения основного диагноза. Дальнейшее решение принимается в соответствие с окончательным диагнозом.		1. При послеоперационном гистологическом подтверждении доброкачественности образования – до 3 месяцев, до стабилизации эутиреоидного состояния. В дальнейшем решение о ДОПУСКЕ принимается коллегиально (врачебная комиссия – совместно с эндокринологом и хирургом- онкологом).  При верификации злокачественного характера поражения щитовидной железы – временный НЕДОПУСК на период лечения с последующим коллегиальным решением о возможности ДОПУСКА в зависимости от объема оперативного вмешательства (см. рекомендации по Допуску при онкологической патологии).  Детям и подросткам (до 18 лет) для решения вопроса о ДОПУСКЕ показана повторная пункция ЩЖ

						и цитологическое исследование микропрепарата ТАБ при категории Бетесда II при увеличении объема узлового образования более чем на 50 % или на 20 % по двум из трех размеров и появлении подозрительных УЗ-признаков согласно EU TIRADS – на контрольном УЗИ щитовидной железы через 12 месяцев от исходного.
--	--	--	--	--	--	--

5A02	E05	Тиреотоксикоз [гипертиреоз]		Временный НЕДОПУСК до верификации диагноза и подбора эффективного лечения.  При осложненном тиреотоксикозе (фибрилляции предсердий, сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнениях, надпочечниковой недостаточности, токсическом гепатите, психозе, резкой потере массы тела) – временный НЕДОПУСК до достижения эутиреоидного состояния (на фоне терапии) и разрешения клинической симптоматики, а также нормализации показателей инструментального и лабораторного тестирования.	При неосложненных, контролируемых лечением формх после купирования клинической симптоматики и нормализации лабораторных показателей (отсутствие симптомов тиреотоксикоза, лабораторный эутиреоз, отсутствие лейкопении, нейтропении в ответ на терапию тиреостатиками, снижение титра антител к рецепторам ТТГ, отсутствие нарушений фосфорно- кальциевого и калий- натриевого обмена, нарушений гемокоагуляции и функции печени, нормальные уровни АКТГ и кортизола в крови или кортизола в суточной моче или в слюне со взятием пробы в утреннее и вечернее время) – ДОПУСК с ограничением на 3 месяца. Для детей и подростков – ДОПУСК с ограничением дается после достижения эутиреоза (клинического и лабораторного – с нормализацией ТТГ, Т4 св. и Т3 св.) и при стабильном состоянии компенсации не менее 3 месяцев.  При признаках прогрессирования процесса тиреотоксикоза – НЕДОПУСК. При развитии эндокринной офтальмопатии (ЭОП) средней и тяжелой степени в активной фазе – временный	Допуск к занятиям всеми видами спорта после проведения радиойодтерапии возможен через 3 месяца при условии нормализации тиреоидного статуса (без заместительной терапии тироксином или с ней) и паратиреоидного статуса – нормальные показатели уровней паратиреоидного гормона (ПТГ), витамина Д3-25(ОН), общего и ионизированного кальция и фосфора крови. Показатели, отражающие тиреоидный статус и состояние фосфорно-кальциевого обмена, должны контролироваться каждые 3 месяца – в течение первого года после радиойодтерапии (для коррекции проводимой терапии). В дальнейшем – 2 раза в год. ДОПУСК к занятиям всеми видами спорта после хирургического лечения (тиреоидэктомия) возможен при отсутствии осложнений (послеоперационный гипопаратиреоз, гипокальциемия, тяжелая форма эндокринной офтальмопатии) и компенсации гипотиреоза (назначение препаратов тироксина с последующим контролем ТТГ) через 1,5–2 месяца.  При развитии тиреотоксической болезни сердца (кардиомиопатии) по достижении клинико- лабораторной ремиссии тиреотоксикоза решение о ДОПУСКЕ принимает врачебная комиссия, в состав которой входит
5A02.0	E05.0	Тиреотоксикоз с диффузным зобом: - экзофтальмический или токсический зоб БДУ - болезнь Грейвса - диффузный токсический зоб				
5A02.1	E05.1	Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом				
5A02.2	E05.2	Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом (токсический узловой зоб БДУ)				
5A02.3	E05.3	Тиреотоксикоз с эктопией тиреоидной ткани				
5A02.4	E05.4	Тиреотоксикоз искусственный				

			Тиреоидный криз или кома	НЕДОПУСК, госпитализация в отделение интенсивной терапии.	НЕДОПУСК на время лечения ЭОП – до достижения регрессии и стабилизации процесса.  При прогрессировании и декомпенсации гипопаратиреоза, развившегося в исходе оперативного или радиоизотопного лечения – НЕДОПУСК.	кардиолог, на основании комплексного обследования сердечно-сосудистой системы.  В случае развития эндокринной офтальмопатии решение о допуске по достижении клинико-лабораторной ремиссии тиреотоксикоза принимает врачебная комиссия, в состав которой входит офтальмолог, на основании комплексного обследования органа зрения.
5A02.5	E05.5		Другие формы тиреотоксикоза: - гиперсекреция тиреостимулирующего гормона; -- при необходимости идентифицировать причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX).	При гиперсекреции тиреостимулирующего гормона опухолевого генеза — НЕДОПУСК. В других случаях вопрос о ДОПУСКЕ решается коллегиально – в зависимости от внешних причин, спровоцировавших тиреотоксикоз.		
5A02.Y	E05.8		Тиреотоксикоз неуточненный: - гипертиреозидизм БДУ; - тиреотоксическая болезнь сердца† (I43.8*).	Временный НЕДОПУСК – до уточнения диагноза. Дальнейшая тактика зависит от окончательного диагноза.		
5A02.Z	E05.9					
<b>5A03</b>	<b>E06</b>	<b>Тиреоидит</b>				

5A03.0	E06.0		<p>Острый тиреоидит: - абсцесс щитовидной железы - тиреоидит пиогенный гнойный</p>	<p>Временный НЕДОПУСК на период лечения острого воспалительного процесса (острый тиреоидит – лечение в условиях круглосуточного стационара).</p>	<p>При <u>любых формах</u> тиреоидита в случае развития гипер- или гипотиреоза – временный НЕДОПУСК до достижения эутиреоидного состояния (по клиническим и по лабораторным признакам).</p>	<p>Наличие антител к ТПО (тиреоидной пероксидазе) при нормальном уровне ТТГ и свободного Т4 – ДОПУСК к занятиям всеми видами спорта. Контроль гормонов (ТТГ, св. Т4) проводится 1 раз в 6 месяцев.</p>
5A03.1	E06.1		<p>Подострый тиреоидит (де-Кервена, гигантоклеточный, гранулематозный, негнойный)</p>	<p>Временный НЕДОПУСК – на период лечения воспалительного процесса до нормализации показателей ОАК (лейкоцитоз, СОЭ) и функции щитовидной железы (эутиреоз с нормальными значениями ТТГ и Т4 св.).</p>		<p>После достижения клинической и лабораторной компенсации гипотиреоза препаратами тироксина (контроль ТТГ и св. Т4 проводится через 6–8 недель после начала лечения, затем через 2–3 месяца, по достижении компенсации – 1 раз в 6 месяцев) через 1,5–3 месяца от начала лечения возможен ДОПУСК к занятиям всеми видами спорта.</p>

--	E06.2		Хронический тиреоидит с преходящим тиреотоксикозом (кроме аутоиммунного)	Временный НЕДОПУСК – до достижения эутиреоидного состояния (на медикаментозной терапии или без нее).		
5A03.2	E06.3		Аутоиммунный тиреоидит: - тиреоидит Хасимото, - хаситоксикоз (переходящий) - лимфоаденоматозный зоб - лимфоцитарный тиреоидит - лимфоматозная струма	После компенсации хаситоксикоза (медикаментозной или спонтанной) – ДОПУСК. После компенсации гипотиреоза – ДОПУСК. При недостаточной эффективности терапии – НЕДОПУСК.		
5A03.Y	E06.4		Медикаментозный тиреоидит	Временный НЕДОПУСК при наличии гипотиреоза – на период лечения до достижения состояния эутиреоза.		
5A03.Y	E06.5		Другой хронический тиреоидит: - тиреоидит хронический БДУ - тиреоидит фиброзный - тиреоидит Риделя	При тиреоидите Риделя (фиброзном тиреоидите) – НЕДОПУСК, т. к. заболевание имеет злокачественное течение.		

5A03.Z	E.06.9		Тиреоидит неуточненный	При подозрении на острый, подострый тиреоидиты, выраженное нарушение функции щитовидной железы (гипер- или гипотиреоз) – временный НЕДОПУСК до уточнения диагноза. В остальных случаях – ДОПУСК с ограничением до верификации диагноза.		
5A0Y  --	E07  E07.0	<b>Другие болезни щитовидной железы</b>	Гиперсекреция кальцитонина: - С-клеточная гиперплазия щитовидной железы; - гиперсекреция тиреокальцитонина	НЕДОПУСК		При гиперсекреции кальцитонина необходима обязательная верификация диагноза, т. к. причиной обычно является медуллярная карцинома или С-клеточная гиперплазия щитовидной железы (медуллярная карцинома in situ), связанная, как правило, с гиперкальциемией и воспалительными, метаболическими и опухолевыми нарушениями. Также это состояние может являться одним из проявлений синдрома MEN IIА (синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа или синдром Сиппла) или семейной медуллярной карциномы и требует лечения у онколога с последующим пожизненным наблюдением.

5A00.02	E07.1		<p>Дисгормональный зоб:  - семейный дисгормональный зоб;  - синдром Пендреда  [исключен: преходящий врожденный зоб с нормальной функцией (P72.0)]</p>	<p>ДОПУСК до достижения эутиреоидного состояния (при отсутствии сопутствующей органной патологии).  При сочетании с нарушениями других органов и систем (поражение нервной системы и органов чувств, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, обменно-гипотермическом синдроме, поражении почек) – НЕДОПУСК.</p>		<p>В основе этих заболеваний – нарушение выработки или транспорта тиреоидных гормонов, возникающее вследствие врожденных генетических ферментативных дефектов, которое может приводить к тяжелому гипотиреозу и сочетанным органным нарушениям (в случае синдрома Пендреда).</p>
---------	-------	--	---	--	--	--



5A0Y	E07.8		<p>Другие уточненные болезни щитовидной железы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дефект тирозинсвязывающего глобулина</li> <li>- кровоизлияние в щитовидную железу</li> <li>- инфаркт щитовидной железы</li> <li>- синдром нарушения эутиреоза</li> </ul>	<p>Временный НЕДОПУСК – до уточнения основной причины, вызвавшей синдром нарушения эутиреоза.</p> <p>В дальнейшем решение вопроса о полном или временном (на время лечения) НЕДОПУСКЕ зависит от тяжести течения основного заболевания, явившегося этиологической причиной патологии щитовидной железы. Решение принимается совместно с привлеченными специалистами соответствующего профиля.</p>		<p>Синдром нарушения эутиреоза = синдром эутиреоидной патологии – это снижение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови, не связанное с заболеванием щитовидной железы и часто вызванное системными заболеваниями, Симптомы дисфункции щитовидной железы при этом отсутствуют. Диагноз основан на исключении гипотиреоза (с определением ТТГ и кортизола в сыворотке крови). Лечение направлено на компенсацию (или излечение) основного заболевания</p>
5A0Z	E07.9		Болезнь щитовидной железы неуточненная	<p>Временный НЕДОПУСК – до уточнения основного диагноза. Дальнейшее решение принимается в соответствии с окончательным диагнозом.</p>		

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

**Обязательным условием допуска к физкультурным и спортивным мероприятиям (тренировкам и соревнованиям по любому виду спорта) является наличие и регулярное контролируемое применение больными сахарным диабетом первого типа (СД1) систем самоконтроля гликемии: сертифицированных глюкометров, систем непрерывного мониторинга уровня глюкозы (НМГ), обеспечению которыми в обязательном порядке подлежат все больные СД1.**

**При отсутствии указанных систем мониторинга или при нерегулярном контроле со стороны родителей адекватности использования несовершеннолетними текущей информации об изменениях уровня гликемии в ходе физкультурных и спортивных мероприятий дети и подростки до 18-летнего возраста к тренировочной и соревновательной деятельности не допускаются.**

5A10	E10	Сахарный диабет I типа	E10-14.1-9 5A10-5A2Y		1. Непосредственно перед тренировкой или участием в соревнованиях необходим контроль уровня глюкозы плазмы: в случае гликемии $\geq 13$ ммоль/л в сочетании с кетонурией или $\geq 16$ ммоль/л без кетонурии (для детей и подростков до 18 лет $\rightarrow 15$ ммоль/л) – <b>отстранение</b> от тренировки/участия в соревнованиях (врачом команды или медицинским работником объекта спорта, а при их отсутствии – тренером) до нормализации ситуации. <b>Важно!</b> При уровне гликемии $\geq 13$ ммоль/л обязательна проверка наличия ацетона/кетоновых тел в моче; для детей и подростков предпочтительнее определять уровень кетонов в крови. Физические нагрузки при СД1 и СД2 недопустимы при наличии кетонов в крови $\geq 1,5$ ммоль/л или кетонов в моче: 2+ (или 4,0 ммоль/л) – до нормализации показателей; если кетонемия в диапазоне от	Решение о допуске <b>при впервые выявленном сахарном диабете</b> (любого типа), а также по срокам и объему индивидуальных дополнительных исследований должно приниматься коллегиально (врачебная комиссия), с учетом результатов необходимого обследования и с привлечением специалистов необходимого профиля. <i>Обязательные лабораторные исследования:</i> - анализ крови на гликозилированный (гликированный) гемоглобин (HbA1c); - контроль сахара крови с помощью систем непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ) и определение % времени нахождения в целевом диапазоне и вариабельности значений гликемии, по необходимости – дополнительный контроль гликемического профиля с помощью стандартных глюкометров;
5A11	E11	Сахарный диабет II типа				
5A12	E12	Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания. <u>Включены:</u> сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания: тип I тип II <u>Исключены:</u> сахарный диабет при беременности, во время родов и в послеродовом периоде (O24.-); гликозурия: БДУ (R81); почечная (E74.8);				

5A13	E13	<p>нарушение толерантности к глюкозе (R73.0); сахарный диабет новорожденных (P70.2); послеоперационная гипоинсулинемия (E89.1).</p> <p>Другие уточненные формы сахарного диабета.</p> <p>Исключены:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сахарный диабет: связанный с недостаточностью питания (E12.);</li> <li>- неонатальный (P70.2);</li> <li>- при беременности, во время родов и в послеродовом периоде (O24.);</li> <li>- тип I (E10.);</li> <li>- тип II (E11.);</li> <li>- гликозурия (R81),</li> <li>почечная БДУ (E74.8);</li> <li>- нарушение толерантности к глюкозе (R73.0);</li> <li>послеоперационная гипоинсулинемия (E89.1)</li> </ul>			<p>0,6 до 1,4 ммоль /л, тренировку следует отложить до выяснения причины повышенного уровня кетонов и введения болюсной дозы инсулина, равной половине обычной индивидуальной корректирующей дозы (или 0,05 Ед/кг).</p> <p><b>Для детей и подростков до 18 лет</b> причинами <b>отстранения</b> от тренировок и соревнований также являются: тяжелая гипогликемия за последние 24 часа или повторяющиеся эпизоды легкой гипогликемии во время предшествующей физической активности.</p> <p>2. За 1 нед до начала подготовительного периода (т. е. в преддверии этапа втягивающих нагрузок), а затем на всем его протяжении и в течение соревновательного периода показан непрерывный мониторинг уровня глюкозы и оценка Time in Range (TIR), т. е. «времени нахождения в целевом диапазоне» – 3,9–10,0 ммоль/л.</p> <p><b>В течение любого периода тренировочной или соревновательной активности</b> оптимальным считается время нахождения в целевом диапазоне &gt; 70 %, &lt; 4% – в диапазоне низких значений (&lt; 3,9 ммоль/л) и не более 0,9 % – в диапазоне &lt; 3,0 ммоль/л.</p> <p><b>Во время соревнований</b> оптимальным считается</p>	<p>Важно! НМГ в реальном времени не исключает традиционный самоконтроль гликемии, особенно при подборе или коррекции дозы инсулина, при стрессах, интеркуррентных заболеваниях и высоких физических нагрузках.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общий клинический анализ крови;</li> <li>- биохимическое исследование крови на: билирубин, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, общий белок, кетоновые тела, АЛТ, АСТ, К+, Na+, Ca++, фосфор, мочевины и креатинин;</li> <li>- определение исходного (остаточного) уровня инсулина и С-пептида;</li> <li>- общий анализ мочи;</li> <li>- определение кетоновых тел и глюкозы в моче;</li> <li>- определение альбумина в суточном анализе мочи или соотношения альбумин/креатинин в утренней порции мочи;</li> <li>- расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в пробе Реберга;</li> <li>- дополнительно рекомендуется определять уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови – для определения функции щитовидной железы.</li> </ul> <p><i>Обязательные инструментальные исследования:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ЭКГ;</li> </ul>
------	-----	---	--	--	--	---

5A14	E14	<p>Сахарный диабет неуточненный Включен: диабет БДУ. Исключены:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сахарный диабет: связанный с недостаточностью питания (E12.-)</li> <li>• новорожденных (P70.2)</li> <li>• при беременности, во время родов и в послеродовом периоде (O24.-)</li> <li>• тип I (E10.-)</li> <li>• тип II (E11.-)</li> <li>• гликозурия:</li> <li>• БДУ (R81)</li> <li>• почечная (E74.8)</li> <li>• нарушение толерантности к глюкозе (R73.0)</li> <li>• послеоперационная гипoinsулинемия (E89.1)</li> </ul>			<p>нахождение в TIR &gt; 75 % времени и &lt; 1 % – ниже целевого диапазона. При регулярных отклонениях от указанных параметров – <b>отстранение</b> от соревнований до устранения ситуации и стабилизации состояния. 3. Степень компенсации СД отражает уровень гликированного гемоглобина – HbA1c, липидов и артериального давления: - при отсутствии макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии в контингенте совершеннолетних спортсменов, цель – достижение уровня HbA1c ≤ 7 % с контролем каждые 3 месяца, - целевой уровень ХЛПНП должен быть в интервале 1,8–2,5 ммоль/л, - уровень систолического артериального давления – ≥ 120 и &lt; 130, диастолического – ≥ 70 и &lt; 80 мм рт.ст; - у детей и подростков допустим уровень HbA1c ≤ 6,5 %, допустим при отсутствии риска тяжелой гипогликемии и частых эпизодов легкой гипогликемии. При декомпенсации СД (HbA1c у взрослых ≥ 7,5 % в сочетании с повышенными показателями, указанными в пп. 1, 2, 4, или HbA1c – более 8 %) – временный НЕДОПУСК до</p>	<p>- рентгенография органов грудной клетки; - прямая офтальмоскопия (при расширенных зрачках) и биомикроскопия сетчатки. Для дифференциальной диагностики различных форм и типов диабета и уточнения диагноза (особенно при нетипичной клинической картине СД1 у детей и молодых лиц) целесообразно комплексное молекулярно-генетическое тестирование мутаций, определение в крови уровня ранних маркеров развития СД1 (аутоантител к антигенам β-клеток) и содержания С-пептида (базального и стимулированного); учет результатов данного обследования позволяет персонализировать программу наблюдения и коррекции.  <b>При отсутствии осложнений не реже 1 раза в год</b> должны проводиться профилактические осмотры специалистами следующего профиля: - окулист (профилактический контроль состояния сетчатки, оценка прогрессирования катаракты), - невролог (оценка всех видов чувствительности, проводимости по периферическим нервам, наличия автономной нейропатии),</p>
------	-----	--	--	--	---	--

5A22.3 5A20.0 5A21.1		С комой: ● Диабетическая: - кома с кетоацидозом (кетоацидотическая) или без него; - гиперсмолярная кома; - гипогликемическая кома; ● Гипергликемическая кома БДУ	E10-E14.0-1	Временный НЕДОПУСК до купирования острых осложнений, к которым относятся: – диабетический кетоацидоз (ДКА, диабетическая кетоацидотическая кома) – с гипергликемией (уровень глюкозы плазмы > 13 ммоль/л* у взрослых и > 11 ммоль/л у детей), гиперкетонемией (> 5 ммоль/л), кетонурией (≥ ++), метаболическим ацидозом (pH < 7,3, уровень бикарбоната < 15 ммоль/л) и различной степенью нарушения сознания или без него); – молочнокислый ацидоз (лактатацидоз) – ацидоз с большой анионной разницей (≥ 10 ммоль/л) и уровнем молочной кислоты в крови > 4 ммоль/л (по некоторым определениям > 2 ммоль/л); – гиперосмолярное гипергликемическое состояние (ГГС) – острая декомпенсация СД, с резко выраженной гипергликемией (уровень глюкозы плазмы > 30–35 ммоль/л), высокой осмолярностью плазмы и резко выраженной дегидратацией, при отсутствии кетоза и ацидоза; – гипогликемическая кома уровня 3: гипогликемия с уровнем глюкозы плазмы < 3,0 ммоль/л и таким нарушением когнитивных функций (включая потерю сознания, т. е. гипогликемическую кому), которое требует помощи другого лица для купирования. Решение о допуске в сложнокоординационных и сложнотехнических видов спорта принимается индивидуально.	достижения состояния компенсации. <b>Важно!</b> Уровень HbA1c без учета показателей глюкозы в рамках ежедневного гликемического профиля (в подготовительный и соревновательный период) не может являться единственным критерием оценки состояния компенсации. 4. Следует стремиться к <b>снижению гликемической вариабельности</b> (коэффициента вариации – Coefficient of variation, CV) ≤ 36 %. CV отражает процент стандартного отклонения (Standard Deviation – SD) от среднего значения гликемии и рассчитывается по формуле: $CV = SD / \text{средняя гликемия} \times 100 \%$ , Значение < 36 % соответствует стабильным показателям гликемии, ≥ 36 % – нестабильным – временный НЕДОПУСК до нормализации ситуации.	- нефролог и уролог (оценка фильтрационной функции почек, исключение воспалительных процессов в мочеполовой системе, мочекаменной болезни), - кардиолог (оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы, показателей липидов крови).  <b>При выявлении осложнений</b> необходимы наблюдение специалиста соответствующего профиля – <b>не реже 2 раз в год</b> – для оценки динамики патологического процесса и дополнительные консультации при возникшей отрицательной динамике (кратность осмотров определяет профильный специалист).  <b>Дополнительные показания к консультациям профильных специалистов:</b> - эндокринолога – впервые выявленный сахарный диабет, декомпенсация заболевания, частые гипогликемические состояния, высокая вариабельность гликемии; - гинеколога – планируемая беременность и нарушения менструального цикла; - кардиолога – наличие осложнений СД (патология сердца, изменение АД, ортостатическая гипотензия); - нефролога и уролога – прогрессирование диабетической нефропатии,
5A22.1 5A22.2 5A22.0		С кетоацидозом: Диабетический: ● ацидоз без упоминания о коме; ● кетоацидоз без упоминания о коме				

MF83		<p>С поражением почек</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Диабетическая нефропатия (N08.3*);</li> <li>● Интракапиллярный гломерулонефроз (N08.3*);</li> <li>● Синдром Киммельстила – Уилсона (N08.3*)</li> </ul>	E10-E14.2 N08.3*	<p>НЕДОПУСК (все виды спорта) – <b>диабетическая нефропатия / интракапиллярный гломерулонефроз</b> (N18.1*-5*), <b>хроническая болезнь почек</b> со снижением скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (<b>стадия С 3а-5</b>) и наличием микроальбуминурии, соответствующей <b>стадии А3</b> (более 30 мг/ммоль или скорость экскреции альбумина – СЭА – более 300 мг/24 часа)</p>		<p>развитие хронической болезни почек и почечной недостаточности, снижение потенции;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сосудистого хирурга – боли в ногах при установленной ишемии;</li> <li>- травматолога-ортопеда – остеоартриты/артрозы;</li> <li>- невролога – появление симптомов периферической невропатии;</li> <li>- хирурга (специалиста кабинета диабетической стопы) – язвенные дефекты стопы, голени невропатического или трофического характера;</li> <li>- окулиста – ухудшение зрения.</li> </ul> <p><b>Важными условиями для допуска также являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие (или их подтвержденное контролируемое течение) иных хронических заболеваний.</li> <li>2. Присутствие родителей детей до 14 лет на тренировках и соревнованиях.</li> <li>3. Наличие навыков у тренера по оказанию первой помощи и знание особенности организации тренировочного процесса у лиц сахарным диабетом.</li> <li>4. Ежегодное прохождение обучения в «Школе для больных сахарным диабетом 1 типа» совершеннолетними спортсменами и совместно с родителями – несовершеннолетними спортсменами с СД 1 типа. Для</li> </ol>
9B10.21 9B71.0	H36.0 H35.2 H35.8	<p>С поражениями глаз</p> <p>Диабетическая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● катаракта (H28.0*);</li> <li>● ретинопатия (H36.0*)</li> </ul>	H44.8	<p>НЕДОПУСК для отдельных видов спорта при:</p> <p><b>пролиферативной (H35.2; H36.0) и прогрессирующей препролиферативной стадиях диабетической ретинопатии (H36.0), диабетическом макулярном отеке (H35,8):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бокс,</li> <li>- спортивные единоборства,</li> <li>- иные виды спорта с высокой вероятностью травм головы и в частности глаза (в т. ч. спортивным инвентарем – мячом, шайбой): хоккей с мячом/шайбой, футбол, американский футбол, регби),</li> <li>- физические нагрузки высокой интенсивности, в т. ч. бег на средние дистанции, горнолыжный спорт, фристайл,</li> <li>- тяжелая атлетика,</li> <li>- пауэрлифтинг,</li> <li>- скелетон,</li> <li>- бобслей.</li> </ul>		

<p>8B92.2</p> <p>8B94</p> <p>8C03.0</p>	<p>С неврологическими осложнениями:          Диабетическая:          ● амиотрофия (G73.0*);          ● автономная невропатия (G99.0*);          ● мононевропатия (G59.0*);          ● полиневропатия (G63.2*)</p>	<p>H33 H35.6</p> <p>G99.0*</p>	<p><b>При возникновении гемофтальма (H44.8), отслойки сетчатки (H33), значимого ретинального кровоизлияния (H35.6), отечной формы макулопатии (H36.0)</b> для представителей иных, помимо перечисленных отдельных видов спорта, – временный НЕДОПУСК на 3 месяца со дня проведения лазерной коагуляции с последующим коллегиальным решением вопроса о допуске (врачебная комиссия – эндокринолог, офтальмолог, врач по спортивной медицине), с учетом риска развития возможных осложнений.</p> <p>НЕДОПУСК (все виды спорта):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>кардиоваскулярная автономная невропатия</b> (формы):             <ul style="list-style-type: none"> <li>● снижение variability сердечного ритма,</li> <li>● тахикардия покоя,</li> <li>● ортостатическая гипотензия,</li> <li>● безболевого острого инфаркта миокарда,</li> <li>● злокачественная аритмия (приводит к внезапной смерти)</li> </ul> </li> <li>● <b>нарушение распознавания гликемий</b></li> <li>● <b>гастроинтестинальная форма</b> (дисфагия, боли в животе, чередование диареи и запоров; ночная диарея; ощущение переполнения желудка; боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота)</li> <li>● <b>урогенитальная форма</b> (отсутствие позывов к мочеиспусканию, никтурия и эректильная дисфункция,</li> </ul>	<p>пациентов с СД 2 типа обучение раз в 3 года.</p>
---	---	------------------------------------	---	---

8C03.0			G63.2*	<p>ретроградная эякуляция либо частое императивное мочеиспускание, недержание мочи и частое развитие инфекций мочевыводящих путей)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>нарушение потоотделения</b> (ан- и гипергидроз, потоотделение во время приема пищи, непереносимость жары)</li> </ul> <p>НЕДОПУСК (отдельные виды спорта)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>дистальная полинейропатия:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• с преимущественным поражением тонких нервных волокон (сенсорная);</li> <li>• с преимущественным поражением толстых нервных волокон (моторная);</li> <li>• смешанная (сенсомоторная): <ul style="list-style-type: none"> <li>- бокс,</li> <li>- спортивные единоборства,</li> <li>- сложно-координационные виды спорта,</li> <li>- игровые виды спорта (в связи с непрогнозируемой резкой сменой положения тела),</li> <li>- альпинизм/скалолазание,</li> <li>- шорт-трек.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		
3B65		С нарушениями периферического кровообращения:				
3B65		<p>Диабетическая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• гангрена;</li> <li>• периферическая ангиопатия (I79.2*);</li> <li>• язва</li> </ul>		<p>НЕДОПУСК (все виды спорта) при наличии гангрены, развитии синдрома диабетической стопы, при снижении магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной</p>		



		<p>С другими уточненными осложнениями</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● диабетическая артропатия (M14.2*);</li> <li>● невропатическая артропатия (M14.6*)</li> </ul>		<p>степени тяжести и развитии стадии клинических проявлений заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК).</p>		
		<p>С множественными осложнениями</p> <p>С неуточненными осложнениями</p>		<p>НЕДОПУСК (все виды спорта) – при диабетической нейроостеоартропатии (ДНОАП, артропатии Шарко) с деструктивной артропатией суставов, сопровождающейся неврологическим дефицитом.</p>		
				<p>Решение о допуске принимается коллегиально врачебной комиссией (с привлечением профильных специалистов).</p> <p>Временный НЕДОПУСК – до верификации диагноза и уточнения характера осложнений.</p> <p><b><u>Для детей и подростков до 18 лет:</u></b>  СД1 и СД2 с нестабильным течением заболевания, документированными множественными острыми осложнениями диабета (тяжелая гипогликемия, неоднократные кетоацидотические состояния) или с некорригированными (неконтролируемыми) хроническими осложнениями:</p>		

			<p>• <b>вариант 1)</b> при условии предшествующего стажа занятий спортом – временный НЕДОПУСК до улучшения метаболического контроля (достижения состояния компенсации) с последующим условным ДОПУСКОМ (ДОПУСКОМ с ограничениями) на 3 месяца к возобновлению тренировочной деятельности в соответствии с индивидуальным планом управления физическими нагрузками; При вынесении решения о допуске необходимы заключения следующих специалистов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ортопеда с целью исключения остеоартритов/артрозов;</li> <li>- невролога (специалиста по диабетической стопе) исключение периферической невропатии, язвенных дефектов стопы, голени невропатического или трофического характера;</li> <li>- окулиста с целью исключения диабетической ретинопатии.</li> </ul> <p><b>Важными условиями для допуска</b> также являются: 1. Отсутствие (или их подтвержденное контролируемое течение) иных хронических заболеваний;</p> <p>2. Присутствие родителей детей до 14 лет на тренировках и соревнованиях.</p> <p>3. Наличие навыков у тренера по оказанию первой помощи и по ведению детей и подростков с сахарным диабетом, полученных в «Школе для пациентов с сахарным диабетом».</p> <p>Объем и интенсивность нагрузок на начальном этапе вхождения в тренировочный процесс должна быть снижена не менее чем на 75 %, по сравнению с использовавшимися ранее. Указанный план должен быть</p>	
--	--	--	--	--

			<p>согласован с членами врачебной комиссии, в которую входят: детский эндокринолог, профильные специалисты и спортивный врач.</p> <p>По истечении указанного срока (3 мес) решение о ДОПУСКЕ к тренировкам и соревнованиям вновь принимается коллегиально, врачебной комиссией, с учетом рисков повторных осложнений.</p> <p>● вариант 2) при отсутствии документированного подтверждения факта занятий спортом в ходе мероприятий по стабилизации патологического процесса показаны занятия ЛФК, при отсутствии эпизодов осложнений в ходе последующего наблюдения (не менее 6 мес) возможны занятия оздоровительной или адаптивной физической культурой.</p>	
		Без осложнений	<p>ДОПУСК при подтверждении состояния компенсации сахарного диабета (решение принимается коллегиально врачебной комиссией).</p> <p>Спортсмены, ранее допущенные к тренировочной и соревновательной деятельности на основании коллегиального решения членов врачебной комиссии, но в дальнейшем пренебрегающие самоконтролем в период интенсивных тренировок и соревнований (НМГ и при необходимости ситуационный контроль в течение дня с использованием глюкометра или, при отсутствии НМГ, самоконтроль не менее 6–7 р/сутки: перед едой и через 2 часа после еды, перед тренировками / после тренировок, перед сном и/или ночью) и не обладающие навыками профилактики гипогликемий, должны быть</p>	

				отстранены от спортивной подготовки врачом команды!		
--	--	--	--	--	--	--

ГИПОПАРАТИРИОЗ							
5A50	E20	<b>Гипопаратиреоз</b> <u>Исключены:</u> ● синдром Ди Георга (D82.1); ● гипопаратиреоз, возникший после медицинских процедур (E89.2); ● тетания БДУ (R29.0); ● транзиторный гипопаратиреоз новорожденного (P71.4)				Критерии диагностики гипопаратиреоза: - гипокальциемия; - снижение уровня ПТГ; - для исключения вторичных причин гипокальциемии: определение уровней: 25-ОН витамина D, магния, фосфора, креатинина с расчетом СКФ. Необходимо ежегодное проведение: - УЗИ (при необходимости – КТ) мочевой системы – для исключения нефролитиаза, нефрокальциноза; - осмотра офтальмолога для исключения быстрого развития катаракты; - КТ головного мозга – при наличии неврологической симптоматики для исключения кальцификации базальных ганглиев.	
5A50.00	E20.0		Идиопатический гипопаратиреоз	Временный НЕДОПУСК – см. E20.8.			
5A50.1	E20.1		Псевдогипопаратиреоз	НЕДОПУСК			
5A50.Y	E20.8		Другие формы гипопаратиреоза	Аутоиммунный (обусловленный иммуно-опосредованным разрушением клеток паращитовидных желез) и послеоперационный гипотиреоз (после хирургического вмешательства на органах шеи) –			
--	E89.2		Гипопаратироидизм, возникший после медицинских процедур		Наличие критериев субкомпенсации хронического гипопаратиреоза является показанием к проведению суточной оценки кальциемии для выявления «скрытых» гипо-	Псевдогипопаратиреоз – редкое наследственное заболевание, характеризующееся клинико-лабораторными признаками гипопаратиреоза на фоне повышенного уровня ПТГ в крови.	

			– паратиреопривная тетания	временный НЕДОПУСК на время обследования и лечения – до достижения уровня 25(ОН)D более 35–40 нг/мл и нормальных показателей кальция крови (более 2,2 ммоль/л в пересчете на уровень альбумина), нормофосфатемии и целевого уровня кальция в суточной моче – 4,02 ммоль/сут (до 7,5 ммоль/сутки). Вопрос о ДОПУСКЕ решается коллегиально – спортивным врачом и эндокринологом, с привлечением необходимых профильных специалистов (хирург, нефролог и др – в зависимости от доминирующей симптоматики).	/гиперкальциемий и персонализированной коррекции лечения.	
5A50.Z	E20.9		Гипопаратиреоз неуточненный	Временный НЕДОПУСК на время обследования и установления клинического диагноза, причин снижения паратгормона (ПТГ) (при необходимости – конс. генетика для исключения АПС 1 типа, синдрома Ди Джорджи 1 и 2 типов, дисплазии «тонких» костей и др.).		
5A51	E21	<b>Гиперпаратиреоз (ГПТ) и другие нарушения паращитовидной [околощитовидной] железы (ОЩЖ)</b>				При диагностике гиперкальциемической формы ГПТ (гиперкальциемия в сочетании со стойким повышением или высококонормальным уровнем ПТГ) необходимо исключить

5A51.0	E21.0	<p>Исключены: остеомаляция: ● у взрослых (M83-); ● в детском и юношеском возрасте (E55.0)</p> <p>Первичный гиперпаратиреоз: - гиперплазия паращитовидных желез; - остеодистрофия фиброзная генерализованная [костная болезнь Реклингхаузена]</p>		<p>Временный НЕДОПУСК на период предоперационного обследования и хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза – на срок от 1 до 3 месяцев – до достижения стабильного состояния нормокальциемии. При отсутствии послеоперационных осложнений и стойкой нормализации фосфорно-кальциевого обмена [достижении целевых показателей паратгормона, ионизированного кальция, фосфора уровня витамина Д3-25(ОН)] – ДОПУСК.  При костной болезни Реклингхаузена – НЕДОПУСК.</p>	<p>Необходим контроль следующих параметров: - уровень альбумин-скорректированного кальция крови – 4 раза в год; - уровень креатинина крови с расчетом СКФ (СКД-ЕРІ) – 1 раз в 6 месяцев; - исследование уровня иПТГ – 1 раз в 6 месяцев; - исследование уровня кальция в моче (суточный анализ) – 1 раз в 6 месяцев; - УЗИ почек 1 раз в год (при необходимости КТ забрюшинного пространства); - DEXA (рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедренной кости и лучевой кости – через год после операции); - рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции – при подозрении на компрессионную деформацию тел позвонков.</p>	<p>семейную доброкачественную гипокальциурическую гиперкальциемию. При нормокальциемической форме ППТ [стойкое сохранение показателей альбумин-скорректированного и ионизированного кальция в референсном диапазоне при повышенном уровне иПТГ (минимум двукратное определение в интервале 3–6 мес)] необходимо исключить возможные вторичные причины гиперпаратиреоза.</p>
5A51.1	E21.1	<p>Вторичный гиперпаратиреоз, не классифицированный в других рубриках Исключен: вторичный гиперпаратиреоз почечного происхождения (N25.8)</p>		<p>Временный НЕДОПУСК – до устранения этиологических причин вторичного гиперпаратиреоза и достижения стойкой компенсации фосфорно-кальциевого обмена. При невозможности устранения этиологических причин вторичного гиперпаратиреоза – НЕДОПУСК.</p>		<p>Для вторичного гиперпаратиреоза характерно увеличение функциональной активности ОЩЖ вследствие различных заболеваний или приема некоторых медикаментозных препаратов, приводящих к нарушению фосфорно-кальциевого гомеостаза и проявляющееся в компенсаторной гиперплазии ОЩЖ: дефицит витамина D; ХБП с СКФ <math>\leq 60</math> мл/мин, прием бифосфонатов,</p>

5A51.Y	E21.2	Другие формы гиперпаратиреоза: - третичный гиперпаратиреоз Исключена: семейная гипокальциурическая гиперкальциемия (E83.5)		НЕДОПУСК		деносумаба, препаратов лития; заболевания ЖКТ с мальабсорбцией и др.  Третичный гиперпаратиреоз развивается в результате длительно текущего вторичного гиперпаратиреоза и характеризуется автономной секрецией паратгормона (ПТГ), несмотря на устранение причин его развития, включая успешную трансплантацию почки.  При несвоевременной диагностике ГПТ возможно развитие нефролитиаза, нефрокальциноза, остеопороза, рецидивирующей язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, калькулезного панкреатита. Важно проведение топической диагностики ГПТ: УЗИ ОЩЖ, радионуклидные исследования (сцинтиграфия, при необходимости – ОФЭКТ, ОФЭКТ-КТ). Для исключения наследственных форм ППТ (до 10 % всех случаев, характеризуются манифестацией в молодом возрасте и отсутствием гендерных отличий) возможно проведение молекулярно-генетической диагностики. При выявлении рака ОЩЖ (по результатам морфологического исследования)
5A51.Z	E21.3	Гиперпаратиреоз неуточненный		Временный НЕДОПУСК – до установления окончательного диагноза (в случае вторичного гиперпаратиреоза – до устранения его этиологических причин). В дальнейшем – выбор тактики – в соответствии с установленным диагнозом (см. E21.0 - 21.2; C75.0).		
5A5Y	E21.4	Другие уточненные нарушения паращитовидной железы				
5A5Z	E21.5	Болезнь паращитовидных желез неуточненная				

						рекомендуется проведение молекулярно-генетического анализа с целью исключения герминальных мутаций в гене CDC73. При верификации злокачественного характера поражения – временный НЕДОПУСК на период лечения с последующим коллегиальным решением о возможности ДОПУСКА в зависимости от объема оперативного вмешательства и возможности достижения компенсации фосфорно-кальциевого обмена (см. рекомендации по Допуску при онкологической патологии).
--	--	--	--	--	--	---



**АКРОМЕГАЛИЯ, ГИПОФИЗАРНЫЙ ГИГАНТИЗМ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ВЫСОКОРОСЛОСТЬ**

<p><b>5A60</b></p> <p>5A60.0</p>	<p><b>E22</b></p> <p>E22.0</p>	<p><b>Гиперфункция гипофиза</b></p>	<p>Акромегалия и гипофизарный гигантизм: - артропатия, связанная с акромегалией<sup>†</sup>; <b>(M14.5*)</b> - гиперсекреция гормона роста</p>	<p>При наличии у спортсменов признаков опухолевого поражения – временный НЕДОПУСК на период предоперационного дообследования и приема медикаментозной терапии.</p>		<p>Запоздалая диагностика приводит к росту осложнений и смертности при акромегалии. Критериями установления диагноза являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие клинических проявлений акромегалии (отягощенный анамнез, грубые черты лица, потливость, отставание костного возраста от паспортного – у детей и подростков);</li> <li>- наличие лабораторного подтверждения хронической гиперсекреции гормона роста [определяют в крови уровень ИФР-1 (Соматомедина С)]; ИФР-1-индекс, при отсутствии явных клинических признаков акромегалии и/или с умеренным повышением уровня ИФР-1 (ИФР-1 индекс менее 1,3), для лабораторного подтверждения диагноза требуется определение реакции СТГ на гипергликемию [СТГ в ходе перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы, с забором крови каждые 30 мин в течение 2 часов – при подавлении СТГ &lt; 1,0 нг/мл хотя бы в одной точке диагноз акромегалии исключают];</li> <li>- визуализация опухоли [магнитно-резонансная томографии (МРТ) гипофиза с внутривенным контрастированием для определения размера, расположения и характера роста аденомы].</li> </ul> <p>Для исключения наиболее частых осложнений всем пациентам с подтвержденной акромегалией (и гипофизарным гигантизмом) необходимо исследование в крови: уровня глюкозы, гликированного гемоглобина, пролактина, кортизола, ТТГ, Т4 св., ФСГ, ЛГ, тестостерона – у мужчин и эстрадиола – у женщин;</p> <p>при подтверждении воздействия аденомы гипофиза на перекрест зрительных нервов при МРТ/КТ – консультация офтальмолога и компьютерная периметрия.</p>
<p>2F37.0</p>	<p>D35.2</p>		<p>Доброкачественное новообразование гипофиза</p>	<p>После проведенной операции (трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии) и при доказанном отсутствии осложнений после нейрохирургического лечения и со стороны внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, а также при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии – на фоне медикаментозной терапии или без нее – ДОПУСК с ограничением под текущим контролем уровня ИФР-1, ИФР-индекса и СТГ не реже 1 раза в 3 месяца (при необходимости – определение СТГ в ходе проведения ПГТТ с 75 г глюкозы).</p> <p>Целевые уровни гормональных показателей: базальный СТГ менее 2,5 нг/мл (менее 1 нг/мл при высокочувствительном методе определения); минимальный уровень СТГ в ходе ПГТТ менее 1 нг/мл (менее 0,4 нг/мл при высокочувствительном методе определения); уровень ИФР-1 в</p>	<p>У всех пациентов с пролактин-секретирующими аденомами рекомендуется исключать акромегалию.</p>	

			<p>пределах референсных диапазонов по полу и возрасту (величина ИРФ-1 индекса &lt; 1).</p> <p>При окончательном исключении наличия или рецидива опухоли, отсутствии осложнений (сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, акромегалическая кардиомиопатия, нарушения ритма и проводимости сердца, сердечная недостаточность, увеличение/новообразования щитовидной железы, апноэ сна, остеопороз с компрессионными переломами позвонков, синдром запястного канала, артрозы, полипы / новообразования толстой кишки, вторичная надпочечниковая недостаточность, вторичный гипогонадизм, вторичный гипотиреоз, несахарный диабет, синдром неадекватной секреции АДГ, гипопитуитаризм) и при достижении целевых показателей ИФР-1, СТГ – ДОПУСК.</p> <p>При невозможности /неэффективности медикаментозного и нейрохирургического лечения и проведении лучевой терапии – НЕДОПУСК.</p> <p>При прогрессирующем течении осложнений акромегалии, не связанных с оперативным и/или лучевым лечением (костные разрастания, артропатии,</p>		ЭКГ и ЭХО-КГ для исключения патологии сердца
--	--	--	--	--	--

				гипофизарная недостаточность, артериальная гипертензия, диабет и др.), – НЕДОПУСК.		
5B01	E31.1		Полигландулярная гиперфункция (в случае акромегалии в рамках синдромов МЭН-1, МЭН-4, Карни комплекса)		Наследственные формы акромегалии (синдром множественных эндокринных неоплазий МЭН-1, МЭН-4, Карни комплекс, синдром МакКьюна – Олбрайта – НЕДОПУСК.	Высокорослые спортсмены, особенно дети до 18 лет (в том числе имеющие показатели роста между 90-м и 97-м перцентилями), должны находиться под динамическим медицинским наблюдением; при определении возможности занятий спортом у них необходимо исключить патологические причины данного феномена, т. е. должна быть доказана физиологическая природа значительного удлинения тела. Идиопатическая высокорослость (E34.4) характеризуется соответствующим семейным анамнезом (рост родителей и сибсов, антропометрические параметры при рождении, скорость роста в течение жизни), отсутствием стигм дисэмбриогенеза, пропорциональным телосложением, своевременным половым развитием, соответствием костного возраста паспортному, нормальным
--	Q78.1		Полиостозная фиброзная дисплазия (в случае акромегалии в рамках синдрома МакКьюна – Олбрайта)		Семейные изолированные аденомы гипофиза (FIPA) – вопрос о допуске решается так же, как и в случае верифицированного диагноза акромегалии.  Вопрос о возможности дальнейших занятий спортом и сроках возобновления тренировочной и соревновательной деятельности после хирургического или лучевого лечения	

5A60.0	E34.4		<p>Конституциональная высокорослость Конституциональный гигантизм</p>	<p>ДОПУСК к тренировочной и соревновательной деятельности – после исключения патологических причин высокорослости и при условии контроля осанки во время проведения УМО и контроля артериального давления – в структуре мероприятий текущих обследований спортсменов.</p> <p>При прогрессировании признаков идиопатического сколиоза – временный НЕДОПУСК на период дообследования перед хирургическим лечением. Вопрос о возможности занятий спортом после операции и сроках возобновления тренировочной активности решается коллегиально – травматологом-ортопедом, эндокринологом, врачом по спортивной медицине.</p>	<p>решается коллегиально, в зависимости от течения послеоперационного периода доминирующей симптоматики органных осложнений, а также выраженности динамики лабораторных показателей – эндокринологом, травматологом, невропатологом, офтальмологом, кардиологом, пульмонологом, врачом по спортивной медицине. Возможен ДОПУСК с ограничением.</p> <p>При избыточном росте необходимо исключить его патологические причины: 1) эндокринные заболевания (гипофизарный гигантизм, акромегалия, соматотропинома гипофиза – E22.0), а также гипогонадизм; синдром преждевременного полового развития и иные причины гиперсекреции гормона роста. В этом случае вопрос о допуске решается в соответствии с тяжестью течения основного заболевания. 2) наследственные синдромы, включающие</p>	<p>интеллектуальным развитием, нормальными показателями гормона роста и ИФР-1 в крови, уровнем гормона роста в крови на фоне глюкозотолерантного теста (ОГТТ) менее 2 нг/мл. При отсутствии лечения гипофизарный гигантизм постепенно (в течение 5–15 лет) трансформируется в акромегалию, которая характеризуется прогрессирующей инвалидизацией, связанной с развитием (в результате длительной гиперпродукции гормона роста – СТГ): кардиоваскулярной патологии, сахарного диабета и его осложнений, заболеваний органов дыхания, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и др. – НЕДОПУСК.</p>

					<p>опухоли гипофиза, – МЭН 1 и др. – НЕДОПУСК</p> <p>3) наследственные синдромы, для которых характерен гигантизм – синдром Марфана и марфаноподобные синдромы (в т. ч. МЭН 2б.); ХҮҮ-синдром, синдромы резистентности к АКГГ и др. Решение о допуске принимается коллегиально, совместно с профильными специалистами, и зависит от тяжести течения основного заболевания.</p>	
5A60.1	E22.1		Гиперпролактинемия	<p>При повышении пролактина в сыворотке крови, превышающем верхнюю границу нормы менее чем в пять раз, и при отсутствии клинических признаков заболевания (галактореи, аменореи и олигоменореи, гипогонадотропного гипогонадизма, бесплодия, снижения либидо, гинекомастии и нарушения эрекции у мужчин) – временный НЕДОПУСК на период дообследования и повторного тестирования на пролактин и макропролактин (высокомолекулярная биологически неактивная фракция пролактина) – через 7 дней отсутствия напряженных</p>	<p>При выявлении опухолевой причины гиперпролактинемии (пролактин-секретирующие опухоли гипофиза, опухоли и инфильтративные образования, повреждающие воронку гипоталамуса и ножку гипофиза), при лимфоцитарном гипопизите, травме головного мозга и аневризме внутренней сонной артерии – следует исключить сопутствующие дефицит гормона роста (СТГ),</p>	<p>В целом размер аденомы гипофиза и уровни пролактина в сыворотке крови коррелируют; расхождение должно привести к рассмотрению других возможных причин.</p> <p>При повышении уровня пролактина &lt; 200 нг/мл (&lt; 4200 мЕд/л) следует исключить физиологические причины гиперпролактинемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- беременность, лактация, коитус, прием пищи с избыточно высоким содержанием белка и употребление алкоголя, стрессовые состояния (высокие физические нагрузки, психо-эмоциональное напряжение, оперативные вмешательства и др.).</li> </ul> <p>Поэтому оценку уровня пролактина следует проводить через 2–3 часа после пробуждения, строго натощак, после ночного</p>

			<p>физических нагрузок, соблюдая правила взятия пробы.</p> <p>При подозрении на развитие ятрогенной гиперпролактинемии – повторное определение уровня пролактина через 72 часа после отмены препарата, если таковая не несет риск для пациента.</p> <p>В случае нормализации или снижения уровня пролактина (либо преобладания макропролактина) – ДОПУСК с ограничением на 3 месяца с последующим повторным определением пролактина.</p> <p>При сохранении стабильно высоких цифр пролактина за счет мономерного (активного) пролактина, отсутствии клинических симптомов и исключении вторичных причин гиперпролактинемии, а также макропролактиномы – временный НЕДОПУСК на 10–14 дней с назначением терапии агонистами дофамина – до нормализации состояния.</p> <p>В дальнейшем – при идиопатическом генезе гиперпролактинемии или микропролактиноме и хорошей переносимости консервативного лечения, нормализации лабораторных показателей – ДОПУСК.</p>	<p>тиреотропного гормона (ТТГ) и аденокортикотропного гормона (АКТГ), гипогонадотропный гипогонадизм. При их наличии – на время оперативного лечения и повторного тестирования после операции – временный НЕДОПУСК. Хирургическая резекция пролактиномой может устранить гипопитуитаризм, но также может вызвать новые проявления дефицита. Дальнейшее решение о допуске принимается при условии нормализации гормонального статуса и ликвидации последствий основной причины, вызвавшей гормональный дефицит и гиперпролактинемию (травма, гипофизит, опухоль).</p> <p>У всех пациентов с пролактин-секретирующими аденомами рекомендуется исключать акромегалию, синдромы МЭН-1 и МЭН-4. При их наличии – НЕДОПУСК (см. E21.0).</p> <p>Если предполагается длительное лечение</p>	<p>периода голодания от 8 до 14 часов. Женщинам с сохраненным менструальным циклом целесообразно выполнять исследование в первую (раннюю фолликулярную) фазу менструального цикла</p> <p>- ятрогенную (лекарственно-индуцированную): на фоне приема антидепрессантов, агонистов дофамина и серотонина, антигистаминных (H2-блокаторы) средств, верапамила, эстрогенов, нейролептиков, некоторых гипотензивных препаратов центрального действия и ряда других лекарственных средств</p> <p>- повышение пролактина вследствие соматических заболеваний и состояний: гипотиреоз; надпочечниковая недостаточность (в т. ч. ВДКН); почечная недостаточность; печеночная недостаточность; эпилепсия повреждения IV–VI пар межреберных нервов; эндометриоз/аденомиоз; нейрогенная травма.</p> <p>В этих случаях решение о допуске принимается совместно со специалистами соответствующих специальностей и зависит от тяжести основного состояния и возможности отмены лекарственных препаратов.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>У детей и девочек-подростков 15–20 лет уровень пролактина может колебаться в значительных пределах: 88,8 – 800 мМЕ/л, поэтому решение о назначении терапии и допуске принимается коллегиально – с участием специалистов: детского эндокринолога, педиатра и спортивного врача.</p> <p>При гиперпролактинемии, превышающей норму в 5 и более раз, при появлении сопутствующих головных болей, наличии клинических симптомов – временный НЕДОПУСК на период дообследования (МРТ головного мозга с контрастированием) с целью исключения аденомы гипофиза (пролактиномы) и подбора адекватной терапии.</p> <p>При выявлении опухолевой этиологии пролактиномы – временный НЕДОПУСК на период подбора адекватной медикаментозной терапии (агонисты дофамина) или нейрохирургического лечения и последующего восстановления. Хирургическое лечение показано при быстро прогрессирующей потере зрения, непереносимости или резистентности к консервативной терапии, большом размере опухоли, подозрении на ее злокачественность и др. абсолютных показаниях. При последующей нормализации уровня пролактина (на</p>	<p>каберголином в высоких дозах (&gt; 2,0 мг в неделю), следует выполнить базовую эхокардиографию для выявления любых уже существующих изменений сердечного клапана. При их наличии и предполагаемом длительном медикаментозном лечении – НЕДОПУСК.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>медикаментозной терапии агонистами дофамина или без нее), отсутствии послеоперационных осложнений – ДОПУСК с ограничением на 3 месяца.</p> <p>При стабильном состоянии в течение 3 месяцев и нормальных лабораторных показателях (пролактин, ЛГ, ФСГ, ТТГ, кортизол) – ДОПУСК с обязательным последующим контролем лабораторных показателей 2 раза в год, контролем МРТ через 3 и 6 месяцев при макропролактиномах и через год – при микропролактиномах.</p> <p>При резистентной к лечению пролактиноме, появлении новых симптомов, включая изменения зрения, головные боли или галакторею, впервые возникшую дисфункцию гипофиза, выявлении повышенного риска переломов (при DXA) – НЕДОПУСК.</p> <p>При использовании для лечения методов стереотаксической лучевой терапии – НЕДОПУСК в связи с потенциальными побочными эффектами, возникающими даже спустя несколько лет после данного лечения (гипопитуитаризм, оптическая нейропатия, паралич черепно-мозговых нервов).</p>		
--	--	--	---	--	--



ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ ГИПЕРФУНКЦИИ ГИПОФИЗА						
5A60.2	E22.2		Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (АДГ)	НЕДОПУСК т.к. синдром чаще всего имеет либо опухолевый генез (различные виды рака, чаще мелкоклеточный рак лёгкого), либо обусловлен неопухолевыми заболеваниями лёгких: туберкулёз, бронхиальная астма, пневмоторакс, каверна или абсцесс, эмпиема плевры, муковисцидоз, либо поражением ЦНС, включая: объёмные процессы, инфекции, травмы, сосудистые и метаболические нарушения.	Исключение – легкая степень хронической гипонатриемии без клинических проявлений ятрогенного (лекарственного) генеза, когда прием определенных препаратов стимулирует секрецию АДГ (вазопрессина) или усиливает его действие на собирательные каналцы почек. Она м.б. вызвана длительным неконтролируемым приемом нестероидных противовоспалительных средств, мочегонных (с их последующей резкой отменой), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), окситоцина, десмопрессина, ципрофлоксацина, ингибиторов протонной помпы, галоперидола, хлорпропамида, интерферонов, метотрексата, винкристина, амиодарона и др.  При отмене вышеперечисленных препаратов (если их отмена возможна), купировании явлений гипонатриемии и гипоосмолярности – ДОПУСК.	Синдром Пархона (синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона, несахарный антидиабет) характеризуется гипонатриемией, которая может приводить к развитию водной интоксикации, отеку головного мозга, гипосмолярности плазмы крови и выведению достаточно концентрированной мочи (осмолярность мочи обычно превышает 300 мОсм/кг).
5A60.Y 5A60.3	E22.8		Другие состояния гиперфункции гипофиза - преждевременная половая зрелость центрального происхождения	При опухолевом генезе преждевременной половой зрелости центрального происхождения, органическом поражении ЦНС и при гонадотропин-независимом преждевременном половом развитии – НЕДОПУСК.	<u>Критерии эффективности терапии:</u> - скорость роста – снижение до возрастной нормы; - отсутствие прогрессии полового развития или регресс вторичных половых признаков; - прогрессия костного возраста не более чем на 1 год за 1 год (контроль через 6 мес); - базальный уровень ЛГ и стероидных гормонов крови (общего тестостерона для мальчиков, общего эстрадиола для	<u>Частота обследования:</u> - оценка полового развития – 1 раз / 6 мес; - антропометрия – 1 раз / 6 мес; - рентгенография кистей – 1 раз / год, при высоких темпах роста – 1 раз / 6 мес; - исследование гормонов крови – 1 раз / 6 мес, проводится за 1–3 дня до
5A81.0	E29.0		Гиперфункция яичек - гиперсекреция тестикулярных гормонов	При идиопатическом варианте гонадотропин-зависимой (центральная, истинная) формы –		

	E30.1		<p>Преждевременная менструация</p>	<p>временный НЕДОПУСК – на время подбора адекватной терапии.</p> <p>Оценка эффективности проводится не раньше чем через 3 месяца от начала лечения, затем не реже 2 раза в год.</p> <p>В дальнейшем (через 6 месяцев от начала лечения, при условии достижения критериев эффективности терапии) – ДОПУСК с ограничением на фоне применения препаратов-аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона при условии получения разрешения на терапевтическое использование.</p> <p>Сроки отмены терапии рассматриваются индивидуально, принимая во внимание критерии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- достижение пубертатного возраста (девочки 10–12 лет, мальчики 11–13 лет);</li> <li>- достижение костного возраста (девочки 12–13 лет, мальчики 14 лет);</li> <li>- снижение скорости роста менее 2 SD для данного костного возраста;</li> <li>- достижение роста, соответствующего костному возрасту (конечный прогнозируемый рост, близкий к целевому).</li> </ul> <p>При развитии осложнений основного заболевания, его прогрессировании на фоне лечения или осложнений, связанных с проводимой терапией, – НЕДОПУСК.</p>	<p>девочек) может служить критерием эффективности только в том случае, если изначально определялся повышенный уровень этих гормонов; умеренно повышенный уровень ФСГ не является признаком отсутствия эффекта от терапии. Через 6 месяцев от начала терапии в сомнительных случаях (при неполном соответствии критериям эффективности терапии) проводится проба с аналогом ГнРГ (за один день до очередной инъекции аналога Гн-РГ), критерием эффективности лечения является отсутствие выброса ЛГ на пробе более 4 Ед/л.</p>	<p>очередной инъекции препарата; при этом целевой уровень ЛГ – менее 0,5 Ед/л, общего тестостерона – менее 1 нмоль/л, эстрадиола – менее 70 пмоль/л;</p> <p>- УЗИ органов малого таза у девочек – 1 раз / 6 мес в первый год лечения, далее – по показаниям.</p>
--	-------	--	------------------------------------	--	---	--

5A60.Z	E22.9		Гиперфункция гипофиза неуточненная	Временный НЕДОПУСК до уточнения диагноза. В дальнейшем решение о допуске принимается по окончательно установленной нозологии.		
--------	-------	--	------------------------------------	---	--	--

### НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ И СХОДНЫЕ С НИМ СОСТОЯНИЯ

<b>5A61</b>	E23	<b>Гипофункция и другие нарушения гипофиза</b>				
5A61.5	E23.2		Несахарный диабет	<p>Пациентам с верифицированным диагнозом «легкая степень (выделение мочи до 6–8 л/сут без лечения) первичного (наследственного или идиопатического) либо транзиторного послеоперационного центрального несахарного диабета (ЦНД)», компенсированного вазопрессином, интенсивные физические нагрузки не противопоказаны – ДОПУСК с ограничением при обязательном контроле гидратационного статуса.</p> <p>При развитии на фоне лечения состояния субкомпенсации с редкими эпизодами жажды и/или даже при незначительном усугублении тяжести течения патологического процесса (т. е.</p>	<p>Пациентам с полиурией необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исключить ятрогенные причины полиурии [(прием ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, препаратов мочевины, осмотических диуретиков, препаратов, содержащих большое количество натрия (в т. ч. гипертонический раствор)];</li> <li>- исследовать уровни натрия, калия, глюкозы, мочевины, креатинина, кальция крови для исключения ряда причин полиурии;</li> <li>- исключить опухолевый генез развития заболевания, для чего проводится МРТ гипофиза с контрастированием;</li> <li>- определять осмоляльность мочи для дифференциальной диагностики</li> </ul>	<p>При несахарном диабете объем потребляемой и выделяемой жидкости – более 3 литров или 40 мл на 1 кг массы тела в сутки, но может достигать значений более 20 литров в сутки. В случае ограниченного доступа к жидкости и/или нарушения ощущения жажды возможно появление признаков обезвоживания.</p> <p>Уровень натрия менее 145 ммоль/л через 8 часов безводного периода, а также осмоляльность мочи при случайном определении выше 680 мОсм/кг делают наличие несахарного диабета крайне маловероятным.</p> <p>Гипонатриемия вне приема препаратов десмопрессина не является признаком несахарного диабета, а чаще всего исключает его наличие.</p>

				при формировании тенденции к переходу в среднюю степень тяжести – выделение мочи до 8–14 л/сут без лечения) – <b>ВРЕМЕННЫЙ НЕДОПУСК</b> . При тяжелом течении (выделение мочи более 14 л/сут без лечения), развитии явлений декомпенсации, метаболических сдвигов (нарушений водно-солевого баланса), свойственных прежде всего вторичному ЦНД (в результате опухолевой прогрессии, воспалительных или сосудистых заболеваний головного мозга), – <b>НЕДОПУСК</b> .	осмотического диуреза и гипотонической полиурии; - рекомендовано определение осмоляльности мочи на фоне лечения десмопрессином – для установки типа несахарного диабета; - лицам с дебютом заболевания в раннем возрасте, и/или сочетанной патологией, и/или соответствующим семейным анамнезом рекомендовано молекулярно-генетическое исследование.	Так как несахарный диабет во многих случаях вторичен по отношению к ряду других заболеваний, часть клинической картины может быть обусловлена основным заболеванием, в ответствии с тяжестью которого и следует принимать решение о допуске.
GB90.4 A	N25.1		Нефрогенный несахарный диабет	<b>НЕДОПУСК</b>		
MF55  --	R35		Полиурия - частое мочеиспускание; - полиурия ночная [никтурия]	Необходимо уточнение генеза полиурии. В дальнейшем допуск дается в соответствии с рекомендациями по основному заболеванию.		Требуется исключить сахарный диабет, а также воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря, уретры, приводящие к полиурии. При их наличии решение о допуске принимается после достижения ремиссии/выздоровления – совместно с урологом или нефрологом.
	R63.1		Полидипсия - чрезмерная жажда	При первичной полидипсии (дипсигенной или психогенной) – временный <b>НЕДОПУСК</b> – до восстановления нормальной		Учитывая, что спортсмены с данной патологией – это группа риска по развитию водной интоксикации, им нецелесообразно принимать

5C71	E87.0		Гиперосмолярность и гипернатриемия - избыток натрия [Na]; -перегрузка натрием [Na]	секреции АДГ (вазопрессина) и диуреза. В дальнейшем – ДОПУСК с ограничением – при контроле за адекватным потреблением жидкости и проведения психотерапевтических воздействий. Временный НЕДОПУСК до выяснения причины данного состояния, уточнения окончательного диагноза и нормализации уровня электролитов и осмолярности крови.	Вопрос о допуске решается в зависимости от причины, вызвавшей гипернатриемию и гиперосмолярность, и от наличия (или отсутствия) последствий данного состояния.	участие в длительных тренировочных и соревновательных сессиях (марафонский бег, шоссейные велогонки, триатлон и т. д.).
5B11	E34.3	<p><b>Низкорослость [карликовость], не классифицированная в других рубриках:</b> Низкорослость:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● БДУ</li> <li>● конституциональная</li> <li>● типа Ларона</li> <li>● психосоциальная</li> </ul> <p><u>Исключены:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● прогерия (E34.8)</li> <li>● синдром Рассела – Сильвера (Q87.1)</li> <li>● укорочение конечностей с иммунодефицитом (D82.2)</li> <li>● низкорослость: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ахондропластическая (Q77.4)</li> <li>- гипохондропластическая (Q77.4)</li> <li>- при специфических дисморфических синдромах</li> <li>- алиментарная (E45)</li> <li>- гипофизарная (E23.0)</li> <li>- почечная (N25.0)</li> </ul> </li> </ul>		<p>Пациенты с идиопатической низкорослостью (как семейной, так и несемейной; как с задержкой пубертата, так и без нее), не связанной с патогенетически значимыми причинными факторами (генетически детерминированными синдромами, системными заболеваниями, эндокринопатиями), при условии пропорционального телосложения – ДОПУСК.</p> <p>При диспропорциональном телосложении и полиорганной симптоматике занятия спортом для пациентов с дефицитом роста противопоказаны – НЕДОПУСК.</p>	При задержке роста, обусловленной развившимся в детском возрасте гипотиреозом, интенсивные физические нагрузки допустимы лишь в случае устойчивой компенсации гормонального фона.	Предпочтительными видами спорта для страдающих идиопатической задержкой роста являются спортивная гимнастика, акробатика, прыжки на батуте, спортивные единоборства и тяжелая атлетика (легкие весовые категории).

**СИНДРОМ И БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО – КУШИНГА, СИНДРОМ НЕЛЬСОНА**

5A70	E24	Синдром Иценко – Кушинга		<p>При выявлении изменений уровня секреции и экскреции кортизола, не вписывающихся в рамки адаптационной реакции, показан временный НЕДОПУСК на период дообследования, даже при условии отсутствия клинической симптоматики.</p> <p>При благоприятном течении болезни после хирургического вмешательства (эндоскопическая трансназальная аденомэктомия) решается вопрос о возможном допуске с ограничениями с клинико-инструментальным и лабораторным контролем по индивидуальной программе (объем/периодичность). ДОПУСК с ограничением дается при достижении целей лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обратное развитие клинических симптомов;</li> <li>- нормализация уровня кортизола и его циркадного ритма (уровень кортизола крови 50 нмоль/л и менее – без медикаментозной терапии);</li> <li>- удаление новообразования;</li> <li>- сохранение гормональной функции гипофиза при минимальном риске рецидива.</li> </ul> <p>При невозможности проведения хирургического вмешательства – НЕДОПУСК.</p>	<p>В послеоперационном периоде показано резкое ограничение физической активности с полным исключением нагрузок со статическим компонентом на срок не менее 3 месяцев. Решение вопроса о возможности расширения двигательного режима осуществляется на основании данных лабораторного обследования через 3 и 6 месяцев после операции для определения факта наступления ремиссии и решения вопроса о необходимости заместительной терапии (в случае развития недостаточности тех или иных гормонов). В случае благоприятного течения послеоперационного периода, о котором судят по отсутствию рецидива и негативных последствий лечения, а также заместительной терапии или использованию с этой целью исключительно тиреоидных гормонов, по истечении 12 месяцев с момента операции может быть проведен расширенный консилиум для решения вопроса о допуске.</p> <p>Критерии ремиссии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- уровень кортизола крови утром в послеоперационном периоде (при неоднократном исследовании в течение недели) <math>\leq</math> 50 нмоль/л – низкий риск рецидива (<math>\leq</math> 10 % за 10 лет);</li> <li>- экскреция кортизола в суточной моче <math>&lt;</math> 55 нмоль/24 часа.</li> </ul>	<p>Обследование для исключения эндогенного гиперкортицизма рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Молодым людям с необычными для их возраста проявлениями (например, остеопороз с низкотравматическими переломами, сахарный диабет и ожирение, артериальная гипертензия, аменорея у женщин и снижение полового влечения у мужчин, быстрая прибавка массы тела в сочетании с выраженной общей и мышечной слабостью).</li> <li>2. Пациентам с характерными изменениями внешности и множеством разнообразных клинических проявлений гиперкортицизма.</li> <li>3. Детям, у которых отмечается задержка роста в сочетании с увеличением массы тела;</li> <li>4. Пациентам со случайно выявленным новообразованием надпочечника;</li> <li>5. Пациентам любого возраста с плохо контролируемым сахарным диабетом и/или гипертензией в сочетании с ожирением или быстрой прибавкой массы тела; пациенты с переломами тел позвонков, особенно множественными.</li> </ol>
5A70.0	E24.0		<p>Болезнь Иценко – Кушинга гипофизарного происхождения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Гиперсекреция АКТГ гипофизом;</li> <li>● Гиперадренокортицизм гипофизарного происхождения</li> </ul>			

					<p>Уровень кортизола в сыворотке крови &gt; 140 нмоль/л – повышает риск рецидива (20–30 %), необходимо дообследование и наблюдение – ВРЕМЕННЫЙ НЕДОПУСК.</p> <p>Уровень кортизола в суточной моче &gt; 55 нмоль/24 часа – требует дальнейшего наблюдения – ВРЕМЕННЫЙ НЕДОПУСК.</p> <p>Уровень кортизола в моче выше нормальных значений говорит о продолжающейся активности заболевания – НЕДОПУСК.</p>	
5A70.3	E24.1		Синдром Нельсона	НЕДОПУСК		<p>Синдром характеризуется хронической надпочечниковой недостаточностью, гиперпигментацией кожного покрова, слизистых оболочек и наличием кортикотропиномы с высокой секрецией АКТГ. Его можно рассматривать как своеобразное осложнение после лечения болезни Кушинга методом двусторонней адреналэктомии, либо длительной терапии хлориданом.</p>

5A70.Y	E24.2		Медикаментозный синдром Иценко – Кушинга	При экзогенном гиперкортицизме, возникшем вследствие длительного лечения тяжелой патологии глюкокортикоидами в высоких дозах, – НЕДОПУСК. При возможности отмены приема глюкокортикоидов и купировании симптомов гиперкортицизма – ДОПУСК.		
5A70.1	E24.3		Эктопический АКТГ-синдром	Временный НЕДОПУСК на период дообследования и уточнения локализации эктопического очага. В дальнейшем решение о допуске принимается аналогично п.Е24.0.		Для уточнения диагноза необходимы: выявление гипокалиемии, большая дексаметазоновая проба – 2 мг/6 часов в течение 2 суток, тест с кортикотропин-рилизинг фактором – 100 мкг, определение АКТГ в крови из нижнего каменистого синуса; вспомогательный метод – МРТ гипофиза с контрастированием гадолинием) Необходимо проведение дифференциальной диагностики с кортикотропиновой и другими опухолевыми образованиями надпочечников.
5A70.Z	E24.9		Синдром Иценко – Кушинга неуточненный	Временный НЕДОПУСК до уточнения диагноза. В дальнейшем решение принимается в зависимости от выявленной причины гиперкортицизма.	Характер физической активности определяется тяжестью клинического течения основного заболевания, наличием его осложнений и выраженности побочных эффектов терапии; вопрос об используемых средствах воздействия – лечебная или адаптивная физическая культура, – об интенсивности и продолжительности занятий решается в индивидуальном порядке путем принятия коллегиального решения – эндокринологом, врачом по спортивной медицине и профильными специалистами в зависимости от нозологической принадлежности заболевания.	При интерпретации данных лабораторного обследования следует учитывать возможность гиперкортицизма,, ассоциированного с верифицированным переутомлением и синдромом перетренированности



ОСТЕОПОРОЗ						
FB83.1	M80	<p><b>Остеопороз с патологическим переломом</b>  <u>Включено:</u>  остеопоротическое разрушение и заклинивание позвонка  <u>Исключены:</u>  - разрушение позвонка БДУ (M48.5);  - патологический перелом БДУ (M84.4);  - клиновидная деформация позвонка БДУ (M48.5)</p>		<p>При наличии перелома – временный НЕДОПУСК – до восстановления целостности костной ткани.</p> <p>В дальнейшем (после лечения перелома и последующей реабилитации):  - при легкой и средней степени тяжести остеопороза – ДОПУСК;  - при тяжелой степени остеопороза – ДОПУСК с ограничением.</p>	<p>Объем исследований, необходимый при впервые установленном остеопорозе:  - общеклинический анализ крови [оценка анемии, повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ), симптомы онкологической (в том числе множественной миеломы), ревматической и др. патологии];  - биохимический анализ крови: общий кальций, ионизированный кальций, альбумин, креатинин [с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ)], неорганический фосфор, общий магний, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, глюкоза;  – для исключения вторичного остеопороза, исключения ограничений при назначении терапии.</p>	<p>Необходим контроль уровня витамина Д3-25(ОН) = гидроксиколекальциферола, кальция – общего (с перерасчетом его уровня по уровню альбумина крови), ионизированного, фосфора, паратгормона, маркеров костного ремоделирования и рентгеновской оценки минеральной плотности костной ткани при прохождении УМО (1 раз в год), реализуемых на фоне согласованных с эндокринологом профилактических программ.</p> <p>Контроль DEXA – 1 раз в год (оценка динамики потери костной ткани)</p>
FB83.11	M80.0		Постменопаузный остеопороз с патологическим переломом			
FC01.9	M80.1		Остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников			
FB83.12	M80.2		Остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью			

FB83.14	M80.3		Постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный рушением всасывания в кишечнике			
FB83.13	M80.4		Лекарственный остеопороз с патологическим переломом			
FB83.1Z	M80.5		Идиопатический остеопороз с патологическим переломом			
FB83.1Y	M80.8		Другой остеопороз с патологическим переломом			
FB83.1Z	M80.9		Остеопороз с патологическим переломом неуточненный			
FB83.1	<b>M81</b>	<b>Остеопороз без патологического перелома</b>		Остеопороз, не сопровождающийся значимыми переломами вследствие минимальной травмы (компрессионные переломы) или вызванный повторяющейся умеренной нагрузкой (стрессовые, «усталостные» переломы), т. е. течение патологического процесса легкой и средней степени тяжести, не является ограничением для занятий спортом – при условии выполняемого контроля маркеров костного ремоделирования и рентгеновской оценки минеральной	Объем необходимых исследований: - уровень гормонов в крови (исключение вторичного остеопороза): ТТГ, паратиреоидный гормон (ПТГ), витамин Д3-25(ОН), у молодых мужчин/женщин – ЛГ, ФСГ, тестостерон/эстрадиол; - двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия костей (денситометрия, DXA).	Необходим контроль уровня витамина Д3-25(ОН) = гидроксиколекальциферола, кальция – общего (с перерасчетом его уровня по уровню альбумина крови), ионизированного, фосфора, паратгормона, маркеров костного ремоделирования и рентгеновской оценки минеральной плотности костной ткани при прохождении УМО (1 раз в год), реализуемых на фоне
FB83.11	M81.0	Постменопаузальный остеопороз				
FC01.9	M81.1	Остеопороз после удаления яичников				
FB83.12	M81.2	Остеопороз, вызванный обездвиженностью				

			Исключена: атрофия Зудека (M89.0)	плотности костной ткани – DXA (1 раз в год), реализуемых на фоне согласованных с эндокринологом профилактических программ – ДОПУСК.	При необходимости – определение уровня биохимических маркеров костного ремоделирования, маркеров: костеобразования (N-концевой проколлаген 1 типа P1NP, костноспецифическая щелочная фосфатаза, остеокальцин) и костной резорбции (С- и N-концевой телопептиды коллагена 1 типа – СТХ/NTX, дезоксипиридинолин) – с последующим их контролем через 3–6 месяцев – для оценки качества лечения.	согласованных с эндокринологом профилактических программ. Контроль DXA – 1 раз в год (оценка динамики потери костной ткани). Оценка структуры костной ткани (REMS-диагностика, специальные программы при DXA).
FC01.A	M81.3	Постхирургический остеопороз, вызванный нарушением всасывания				
FB83.13	M81.4	Лекарственный остеопороз				
FB83.1Z	M81.5	Идиопатический остеопороз				
FB83.1Y	M81.6	Локализованный остеопороз [Лекена]				
FB83.1Y	M81.8	Другие остеопорозы Остеопороз неуточненный				
FB83.1Z	M81.9					
--	<b>M82</b>	Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках		НЕДОПУСК		
--	M82.0	Остеопороз при множественном миеломатозе (C90.0)				
--	M82.1	Остеопороз при эндокринных нарушениях (E00-E34+)		Возможность допуска определяется: - течением основного эндокринного заболевания, приводящего к развитию остеопороза, - степенью тяжести остеопороза (см. пп. M80 – M81).		Необходим контроль уровня витамина Д3-25(ОН) = гидроксиколекальциферола, кальция – общего (с перерасчетом его уровня по уровню альбумина крови), ионизированного, фосфора,

--	M82.8		Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках			паратгормона, маркеров костного ремоделирования и рентгеновской оценки минеральной плотности костной ткани при прохождении УМО (1 раз в год), реализуемых на фоне согласованных с эндокринологом профилактических программ. Контроль DXA – 1 раз в год (оценка динамики потери костной ткани)
----	-------	--	--	--	--	---

### НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D

5B57	E55	<p><b>Недостаточность витамина D</b>  <u>Исключены:</u>  - остеопения у взрослых (M83.-)  - остеопороз (M80-M81)  - последствия рахита (E64.3)</p>	<p>При недостаточности и легкой степени дефицита витамина Д – ДОПУСК при условии медикаментозного восполнения витамина Д (под лабораторным контролем его уровня – 1 раз в 3 месяца – до ликвидации эндогенного дефицита).  При тяжелой степени дефицита витамина Д, сопровождающейся нарушениями фосфорно-кальциевого обмена [снижение уровня общего или ионизированного кальция, повышение фосфора в крови, функциональное (вторичное) повышение уровня паратиреоидного гормона] – ДОПУСК с ограничением до ликвидации тяжелого дефицита витамина Д3.  В дальнейшем – ДОПУСК на фоне адекватной поддерживающей терапии препаратами витамина Д.</p>	<p>При выявлении нарушений уровней кальция, фосфора, паратгормона крови – контроль уровней кальция и фосфора в суточной моче, проведение УЗИ почек (исключение нефрокальциноза, МКБ), определение плотности и структуры костной ткани (DXA, REMS-диагностика).</p>
------	-----	--	---	--

5B81	E66	<p><b>Ожирение</b>  <u>Исключены:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● адипозогенитальная дистрофия (E23.6)</li> <li>● липоматоз:</li> <li>- БДУ (E88.2)</li> <li>- болезненный [болезнь Деркума] (E88.2)</li> <li>● синдром Прадера – Вилли (Q87.1)</li> </ul>		<p>Ожирение, приводящее к развитию таких осложнений, как:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушение толерантности к углеводам (НТГ), сахарный диабет (СД 2) – с декомпенсацией углеводного обмена;</li> <li>- устойчивая к медикаментозному лечению артериальная гипертензия (АГ),</li> <li>- ИБС и кардиопатии, при их декомпенсации – основание для НЕДОПУСКА к занятиям всеми видами спорта.</li> </ul> <p>Если ожирение сочетается с манифестными формами иной патологии (СД2, ИБС, ГБ, нарушение свертываемости крови, некоторые формы онкологических заболеваний, подагра и др.) и /или проявляется снижением общей и/или специальной работоспособности – НЕДОПУСК.</p> <p>Состояние предиабета (нарушение толерантности к глюкозе, нарушенная гликемия натощак или их сочетание) и синдром поликистозных яичников (при допустимом стероидном профиле) при ИМТ &lt; 35 (кг/м<sup>2</sup>) и ОТ &lt; 100 у мужчин и &lt; 88 у женщин не являются основанием для ограничения занятий спортом – ДОПУСК с ограничением (с формированием индивидуальной программы мониторинга).</p> <p>Метаболически ассоциированная неалкогольная болезнь печени (МАНБП, НАЖБП) при отсутствии обострения (гепатомегалии, камнеобразования в желчном пузыре, повышения трансаминаз в 3</p>	<p>Ожирение 1–2 степени не ограничивает возможность достижения высоких спортивных результатов в тяжелых весовых категориях спортивной борьбы и сумо, в тяжелой атлетике, а также в метаниях спортивных снарядов (молота, копья, диска) и толкании ядра при условии отсутствия ассоциированных заболеваний (СД 2, АГ, ИБС, НАЖБП) или их контролируемого течения – ДОПУСК с ограничением (с формированием индивидуальной программы мониторинга).</p> <p>В иных видах спорта вопрос об условном допуске решается индивидуально, с учетом рисков для здоровья спортсменов.</p>	<p>Диагноз ожирения ставится у спортсменов с %-ной долей жировой массы более 22,5 % (по данным биоимпедансометрии), и при ИМТ &gt; 30, и отношении объем талии / объем бедер (ОТ/ОБ) &gt; 0,9 у мужчин и &gt; 0,85 у женщин, и/или при ОТ &gt; 102 см у мужчин и &gt; 88 см у женщин).</p>
5B81.0	E66.0		<p>Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов</p>			
5B81.1	E66.1		<p>Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств</p>			

				<p>и более раза, повышения билирубина, холестерина, ЛПНП и ЛПОНП, щелочной фосфатазы, ЛДГ, в отсутствие отрицательной динамики на УЗ-фибро-эластографии печени) – ДОПУСК с ограничением – при условии контроля лабораторных показателей 1 раз в 6 мес, инструментальных – 1 раз в год и выполнения индивидуальной программы коррекции питания.</p> <p>При ухудшении функциональных и морфологических показателей со стороны печени – временный НЕДОПУСК – до улучшения метаболической ситуации. При развитии цирроза печени – НЕДОПУСК.</p>		
7A42.0	E66.2		<p>Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией: - синдром гиповентиляции при ожирении (Obesity hypoventilation syndrome [OHS] – Пиквикский синдром);</p>	<p>Ожирение с альвеолярной гипервентиляцией (Obesity hypoventilation syndrome, Пиквикский синдром) – НЕДОПУСК.</p>		
5B81.Y	E66.8		<p>Другие формы ожирения (болезненное ожирение);</p>	<p>Морбидное ожирение – НЕДОПУСК.</p>		
5B81.Z	E66.9		<p>Ожирение неуточненное</p>	<p>ДОПУСК с ограничением на время обследования с целью исключения ассоциированных заболеваний и осложнений ожирения (см. выше). При их отсутствии – ДОПУСК.</p>		

## Библиографические данные

УДК 61:796/799

Ключевые слова: Спортсмены высокого класса, состояние здоровья, болезни эндокринной системы, допуск.

### САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

1. Adolfsson P. et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Exercise in children and adolescents with diabetes //Pediatric Diabetes. – 2022. – Т. 23. – № 8. – С. 1341–1372. <https://doi.org/10.1111/pedi.13452>.
2. Battelino T. et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the international consensus on time in range //Diabetes care. – 2019. – Т. 42. – №. 8. – С. 1593–1603. <https://doi.org/10.2337/dci19-0028>.
3. Chetty T. et al. Exercise management for young people with type 1 diabetes: a structured approach to the exercise consultation //Frontiers in endocrinology. – 2019. – Т. 10. – С. 326. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00326>.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. 2021- <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>.
5. Gargallo-Fernández M. et al. Executive summary of the consensus statement of: Clinical recommendations for sport practice in people with diabetes (RECORD Guide). Update 2021. Diabetes Mellitus Area of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (SEEN) //Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.). – 2022. – Т. 69. – № 9. – С. 732–743. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2022.11.001>.
6. Moser O. et al. Glucose management for exercise using continuous glucose monitoring (CGM) and intermittently scanned CGM (isCGM) systems in type 1 diabetes: position statement of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) endorsed by JDRF and supported by the American Diabetes Association (ADA) //Diabetologia. – 2020. – Т. 63. – №. 12. – С. 2501–2520. <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05374-3>.
7. Neyman A., Hannon T. S. Low-Carbohydrate Diets in Children and Adolescents With or at Risk for Diabetes. FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS| CLINICAL REPORT //Pediatrics. – 2023. – Т. 152. – №. 4. – С. e2023063755. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063755>.
8. Ogle G. D. et al. Global estimates of incidence of type 1 diabetes in children and adolescents: Results from the International Diabetes Federation Atlas //Diabetes research and clinical practice. – 2022. – Т. 183. – С. 109083. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109083>.

9. Riddell M. C. et al. The competitive athlete with type 1 diabetes //Diabetologia. – 2020. – Т. 63. – С. 1475–1490.  
<https://doi.org/10.1007/s00125-020-05183-8>.
10. Yardley J. E., Colberg S. R. Update on management of type 1 diabetes and type 2 diabetes in athletes //Current sports medicine reports. – 2017. – Т. 16. – №. 1. – С. 38–44. DOI: <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000327>.
11. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023. <https://doi.org/10.14341/DM13042>.
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2021 г. N 22н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям при сахарном диабете I типа (диагностика и лечение)».
13. Сахарный диабет I типа у взрослых. Клинические рекомендации. – М. – 2022. [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/286\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/286_2).
14. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Клинические рекомендации. – М. – 2022. [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/290\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/290_2).
15. Сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный отек диабетический. – М. – 2023. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/115\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/115_2).
16. Сахарный диабет 1 типа у детей. Клинические рекомендации. М. – 2022 – [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/287\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/287_2).
17. Сахарный диабет 2 типа у детей. Клинические рекомендации. – М. – 2020. [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/622\\_4](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/622_4).
18. Проект. Клинические рекомендации по контролю сахарного диабета при физических нагрузках у детей и подростков с сахарным диабетом. Методическое руководство. Лаптев Д.Н. – РАЭ – М. – 2022 – 25 с. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
19. Платонов В.В., Патракеева Е.М., Дубинина Т.А., Скородок Ю.Л. Эффективное использование системы Flash мониторинга гликемии при физических нагрузках у детей с сахарным диабетом 1 типа // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 11, № 1. С. 53–64. DOI: <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2022-11-1-53-64>.

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Гипотиреоз. Клинические рекомендации (взрослые). МЗ РФ. – 2021. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/531\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/531_3).
2. Врожденный гипотиреоз у детей. Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2021. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/712\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/712_1)



3. Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода. Клинические рекомендации (взрослые, дети). МЗ РФ. – 2020. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/620\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/620_2).
4. Дифференцированный рак щитовидной железы (взрослые). Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2020. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/329\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/329_1).
5. Абдулхабирова Ф.М. и др. Узловой зоб. Методическое пособие. //Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – № 12. – С. 23–30.
6. Медуллярный рак щитовидной железы (взрослые, дети). Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2020. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/332\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/332_1).
7. Рак щитовидной железы (дети). Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2020. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/74\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/74_1).
8. Северская Н.В. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению медуллярного рака щитовидной железы у взрослых пациентов //Эндокринная хирургия. – 2022. – Т. 16. – № 3. – С. 5–23.
9. Пешева Е.Д., Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Современные подходы к ведению пациентов с болезнью Грейвса //Лечебное дело. – 2022. – № 1. – С. 48–56.
10. Проект клинических рекомендаций: Тиреотоксикоз с диффузным зобом (болезнь Грейвса), узловым/многоузловым зобом, обновленная версия (взрослые). – РАЭ. – 2023. – <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
10. Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит), Клинические рекомендации (взрослые). МЗ РФ. – 2020. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/621\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/621_2).
12. Тиреоидиты у детей. Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2021. – [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/686\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/686_1).
13. Корнякова В.В., Сауткин Я.А., Заболотных М.В., Конвай В.Д., Степанова И.П., Ашвиц И.В., Муратов В.А. Тиреоидный статус при физических нагрузках // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 5–1. – С. 175–179; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=12238>.
14. Огороков П.Л., Аксенова Н.В., Бабаева Е.В., Зябкин И.В., Афанасьев А.Н. Особенности распространенности и структуры эндокринной патологии в детско-юношеском спорте высших достижений. Спортивная медицина: наука и практика. 2021;11(1):72–78. <https://doi.org/10.47529/2223-2524.2021.1.5>.
15. Ситникова К.А., Алехина А.В., Вольский В. В. Щитовидная железа и спорт: почему важно следить за нагрузками. – 2021. – С. 276–283.
16. Столярова С.А., Аксенова Н.В., Огороков П.Л. и др. Структура патологии щитовидной железы в детско-юношеском спорте высших достижений по результатам

углубленного медицинского обследования // Вопросы практической педиатрии. – 2022. – Т. 17, № 4. – С. 7–12. – DOI 10.20953/1817-7646-2022-4-7-12. – EDN BHDNRR.

17. Турова Е.А., Теняева, Е.А., Головач, А.В., & Артикулова, И.Н. Особенности структуры и распространенности заболеваний щитовидной железы у спортсменов // Теория и практика физической культуры. – 2020. – № 5. – С. 67–69.

18. Di Luigi, L., Pigozzi, F., Sgrò, P. et al. The use of prohibited substances for therapeutic reasons in athletes affected by endocrine diseases and disorders: the therapeutic use exemption (TUE) in clinical endocrinology. *J Endocrinol Invest* 43, 563–573 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40618-019-01145-z>.

19. Burch H. B. et al. Management of thyroid eye disease: a Consensus Statement by the American Thyroid Association and the European Thyroid Association // *European thyroid journal*. – 2022. – Т. 11. – № 6.

20. Inman B. L., Long B. Thyrotoxicosis // *Emergency Medicine Clinics*. – 2023. – Т. 41. – № 4. – С. 759–774.

21. Hoang T. D. et al. 2022 Update on clinical management of Graves disease and thyroid eye disease // *Endocrinology and Metabolism Clinics*. – 2022. – Т. 51. – № 2. – С. 287–304.

22. Lebbink C. A. et al. 2022 European Thyroid Association Guidelines for the management of pediatric thyroid nodules and differentiated thyroid carcinoma // *European Thyroid Journal*. – 2022. – Т. 11. – № 6.

23. Mooij C. F. et al. 2022 European Thyroid Association Guideline for the management of pediatric Graves' disease // *European Thyroid Journal*. – 2022. – Т. 11. – № 1.

24. Wiersinga W. M., Poppe K. G., Effraimidis G. Hyperthyroidism: aetiology, pathogenesis, diagnosis, management, complications, and prognosis // *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. – 2023. – Т. 11. – № 4. – С. 282–298.

#### Гиперфункция гипофиза

1. Дзагахова А.В., Катамадзе Н.Н., Пигарова Е.А. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона в практике эндокринолога // *Эндокринная хирургия*. – 2020. – Т. 14. – № 3. – С. 4–12. doi: <https://doi.org/10.14341/serg12692>.

2. Преждевременное половое развитие (дети). Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2021. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/648\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/648_1).

3. Фархутдинова Л.М. Преждевременное половое созревание центрального происхождения // *Архив внутренней медицины*. – 2017. – № 4 (36). – С. 245–251. DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2017-7-4-245-251>.

4. Adrogué H.J., Madias N.E. The Syndrome of Inappropriate Antidiuresis //New England Journal of Medicine. – 2023. – Т. 389. – № 16. – С. 1499–1509. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2210411>.

5. Ayu R. Changes in Sexual Maturity (Puberty): A Narrative Literature Review //Sriwijaya Journal of Pediatrics. – 2023. – Т. 1. – № 1. – С. 5–9. <https://doi.org/10.59345/sjped.v1i1.12>.

6. Julie Martin-Grace, Maria Tomkins, Michael W O'Reilly, Chris J Thompson, Mark Sherlock, Approach to the Patient: Hyponatremia and the Syndrome of Inappropriate Antidiuresis (SIAD), The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 107, Issue 8, August 2022, Pages 2362–2376, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac245>.

#### Гиперпролактинемия

7. Проект Клинических рекомендаций по Гиперпролактинемии. //РАЭ. – 2021. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.

8. Бирюкова Е.В. и др. Синдром гиперпролактинемии в клинической практике: на стыке специальностей. – 2021. eLIBRARY ID: 47501072.

9. Колесникова Г.С., Малышева Н.М., Зураева З.Т., Никанкина Л.В., Мельниченко Г.А. Определение референсных интервалов пролактина для различных возрастных групп // Проблемы эндокринологии. – 2023. – Т. 69. – № 3. – С. 16-23. doi: <https://doi.org/10.14341/probl13095>.

10. Турова, Е.А., Теняева, Е.А., Бадтиева, В.А., Головач, А.В., & Артикулова, И.Н. Структура эндокринных заболеваний у спортсменов //Вестник спортивной науки. – 2020. – № 4. – С. 53–58.

11. Corredor B. et al. Tall stature: a challenge for clinicians //Current Pediatric Reviews. – 2019. – Т. 15. – № 1. – С. 10–21.

DOI: <https://doi.org/10.2174/1573396314666181105092917>.

12. Petersenn, S., Fleseriu, M., Casanueva, F.F. et al. Diagnosis and management of prolactin-secreting pituitary adenomas: a Pituitary Society international Consensus Statement //Nature Reviews Endocrinology. – 2023. – С. 1–19. DOI <https://doi.org/10.1038/s41574-023-00886-5>.

13. Wan, X.Y., Chen, J., Wang, J. W et al. Overview of the 2022 WHO classification of pituitary adenomas/pituitary neuroendocrine tumors: clinical practices, controversies, and perspectives //Current Medical Science. – 2022. – Т. 42. – № 6. – С. 1111–1118.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11596-022-2673-6>.

#### Высокорослость, гигантизм, акромегалия

14. Акромегалия. Проект клинических рекомендаций. // РАЭ. – 2023.

<https://rae-org.ru/library/recommendations>.

15. Дедов И.И., Молитвословова Н.Н., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и методам лечения акромегалии. // Проблемы эндокринологии. – 2013. – № 6. – С. 4–18.
16. Демидова Т.Ю., Потешкин Ю.Е., Прохорова Я.Д. Оптимизация методов лечения пациентов с акромегалией за последнее десятилетие. Обзор последних рекомендаций 2021 г. FOCUS Эндокринология. 2021; 4: 8–14 <https://doi.org/10.47407/ef2021.2.4.0043>.
17. Пронин В. С., Пронин Е. В. Международные консенсусные соглашения по диагностике и лечению акромегалии //Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. – 2019. – № 1 (26). – С. 49–62.  
<https://doi.org/10.24411/2304-9529-2019-11006>.
18. Пронин В.С., Анциферов, М.Б., Алексеева, Т.М., & Пронин, Е.В. Современные реалии и перспективы медикаментозного лечения акромегалии //Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. – 2022. – № 3 (40). – С. 27–36. <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2022-11-3-27-36>
19. Beckers, A., Petrossians, P., Hanson, J. et al. The causes and consequences of pituitary gigantism. *Nat Rev Endocrinol* 14, 705–720 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0114-1>.
20. Fleseriu M., Biller, B. M., Freda, P. U., et al. A Pituitary Society update to acromegaly management guidelines //Pituitary. – 2021. – Т. 24. – С. 1–13.  
DOI <https://doi.org/10.1007/s11102-020-01091-7>.
21. Fleseriu, M., Langlois, F., Lim, D. S. T., Varlamov, E. V. et al. Acromegaly: pathogenesis, diagnosis, and management //The Lancet Diabetes & Endocrinology. – 2022.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00244-3).
22. Giustina A. et al. Consensus on criteria for acromegaly diagnosis and remission //Pituitary. – 2023. – С. 1–16.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s11102-023-01360-1>.
23. Melmed S., Bronstein, M. D., Chanson, P., Klibanski, A. et al. A Consensus Statement on acromegaly therapeutic outcomes //Nature Reviews Endocrinology. – 2018. – Т. 14. – №. 9. – С. 552-561. DOI <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0058-5>.
24. Sada V., Puliani, G., Feola, T., Pirchio et al. Tall stature and gigantism in transition age: clinical and genetic aspects—a literature review and recommendations //Journal of Endocrinological Investigation. – 2023. – С. 1–17. DOI <https://doi.org/10.1007/s40618-023-02223-z>.

1. Проект Клинических рекомендаций по гипопитуитаризму у детей. // РАЭ. – 2021. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
2. Проект Клинических рекомендаций по диагностике и лечению идиопатической низкорослости у детей и подростков. //РАЭ. – 2021. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
3. Рудакова А.А. Диагностический алгоритм выявления низкорослости у детей. // Молодежный инновационный вестник. – 2023. – Т. 12. – № S2. - С. 339–340. <https://new.vestnik-surgery.com/index.php/2415-7805/article/view/8164>.
4. Gupta A. K., Gupta N. Genetics for the pediatric endocrinologists–2 Primordial short stature in children and adolescents //Journal of Pediatric Endocrinology and Diabetes. – 2022. – Т. 2. – № 2. – С. 68–77. doi: [https://doi.org/10.25259/JPED\\_38\\_2022](https://doi.org/10.25259/JPED_38_2022).
5. Kotnik P., Wong S. C., Phillip M. The Physiology and Mechanism of Growth //Nutrition and Growth. – 2021. – Т. 123. – С. 28–37. DOI: <https://doi.org/10.1159/000516448>.
6. Perchard R., Murray P. G., Clayton P. E. Approach to the Patient With Short Stature: Genetic Testing //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2023. – Т. 108. – № 4. – С. 1007–1017. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac637>.
7. Soliman A. et al. Nutritional interventions during adolescence and their possible effects //Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. – 2022. – Т. 93. – № 1. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v93i1.12789>.

#### Несахарный диабет

1. Проект Клинических рекомендаций по несахарному диабету (взрослые), обновленная версия. //РАЭ. – 2022. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
2. Проект Клинических рекомендаций по несахарному диабету у детей и подростков. //РАЭ. – 2021. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
3. Дедов И.И. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению несахарного диабета у взрослых //Ожирение и метаболизм. – 2018. – Т. 15. – № 2. – С. 56–71.
4. Arima H., Cheetham, T., Christ-Crain, M. et al. Changing the name of diabetes insipidus: a position statement of the working group to consider renaming diabetes insipidus //Archives of Endocrinology and Metabolism. – 2022. – Т. 66. – С. 868–870. <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000528>.

5. Atila C. et al. Central diabetes insipidus from a patient's perspective: management, psychological co-morbidities, and renaming of the condition: results from an international web-based survey //The Lancet Diabetes & Endocrinology. – 2022. – Т. 10. – № 10. – С. 700–709. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00219-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00219-4).
6. Baldeweg SE, Ball S, Brooke A, Gleeson HK, Levy MJ, Prentice M, Wass J; Society for Endocrinology Clinical Committee. SOCIETY FOR ENDOCRINOLOGY CLINICAL GUIDANCE: Inpatient management of cranial diabetes insipidus. Endocr Connect. 2018 Jul;7(7):G8–G11. doi: <https://doi.org/10.1530/EC-18-0154>.
7. Tomkins M. et al. Diagnosis and management of central diabetes insipidus in adults //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2022. – Т. 107. – № 10. – С. 2701–2715. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac381>.
8. Patti G. et al. Approach to the pediatric patient: central diabetes insipidus //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2022. – Т. 107. – № 5. – С. 1407–1416. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab930>.

#### Болезнь и синдром Иценко – Кушинга

1. Проект Клинических рекомендаций по болезни Иценко – Кушинга у детей. //РАЭ. – 2022. <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
2. Проект клинических рекомендаций по болезни Иценко – Кушинга (взрослые). //РАЭ. – 2021 – <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
3. Болезнь Иценко – Кушинга. Клинические рекомендации. // РАЭ. – 2016. <https://rae-org.ru/library/recommendations>
4. Braun L.T. Vogel, F., Zopp, S., Marchant Seiter, T., Rubinstein, G., Berr, C. M. et al. Whom should we screen for Cushing syndrome? The Endocrine Society practice guideline recommendations 2008 revisited //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2022. – Т. 107. – № 9. – С. e3723-e3730. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac379>.
5. Fleseriu M. et al. Consensus on diagnosis and management of Cushing's disease: a guideline update //The lancet Diabetes & endocrinology. – 2021. – Т. 9. – № 12. – С. 847–875. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00235-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00235-7).
6. Nieman L. K. et al. Treatment of Cushing's syndrome: an endocrine society clinical practice guideline //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2015. – Т. 100. – № 8. – С. 2807-2831. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1818>.
7. Stratakis C. A. An update on Cushing syndrome in pediatrics //Annales d'Endocrinologie. – Elsevier Masson, 2018. – Т. 79. – №. 3. – С. 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2018.03.010>.

## Ожирение

1. Проект Клинических рекомендаций по Ожирению у взрослых, обновленная версия. // РАЭ. – 2022.  
<https://rae-org.ru/library/recommendations>.
2. Ожирение. Клинические рекомендации. – МЗ РФ. – 2020.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/28\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/28_2).
3. Ожирение у детей. Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2021.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/229\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/229_2).
4. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А и др. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 18. – № 1. – С. 5–99. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12714>.
5. Проект клинических рекомендаций «Ожирение», обновленная версия. РАЭ. – 2022. – <https://rae-org.ru/library/recommendations>.
6. Confroy K. et al. Pediatric obesity and sports medicine: A narrative review and clinical recommendations //Clinical Journal of Sport Medicine. – 2021. – Т. 31. – № 6. – С. e484-e498. DOI: <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000839>.
7. Cornier M. A. A Review of Current Guidelines for the Treatment of Obesity //American Journal of Managed Care. – 2022. – Т. 28. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2022.89292>.
8. Eslam M. et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement //Journal of hepatology. – 2020. – Т. 73. – № 1. – С. 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.03.039>.
9. Hampl S. E. et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity //Pediatrics. – 2023. – Т. 151. – № 2. – С. e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>.
10. Hannon T. S., Arslanian S. A. Obesity in adolescents //New England Journal of Medicine. – 2023. – Т. 389. – № 3. – С. 251–261. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2102062>.
11. Spinelli A. et al. Thinness, overweight, and obesity in 6-to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative—COSI 2015–2017 //Obesity Reviews. – 2021. – Т. 22. – С. e13214. <https://doi.org/10.1111/obr.13214>.
12. Tully L. et al. Guidelines for treating child and adolescent obesity: A systematic review //Frontiers in Nutrition. – 2022. – Т. 9. – С. 902865. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.902865>.
13. WHO guideline: Integrated management of adolescents in all their diversity with obesity. 8–9 December 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/12/08/default-calendar/who-guideline-integrated-management-of-adolescent-in-all-their-diversity-with-obesity>.

14. WHO guideline: Integrated management of children in all their diversity with obesity. 6 – 7 December 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/12/06/default-calendar/who-guideline-integrated-management-of-children-in-all-their-diversity-with-obesity>.

15. WHO. Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.

#### Остеопороз

1. Остеопороз. Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2021. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/87\\_4](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/87_4).

2. Патологические переломы, осложняющие остеопороз. Клинические рекомендации. МЗ РФ. – 2022. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/614\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/614_2).

3. Дефицит витамина D. Клинические рекомендации. РАЭ. – 2021. – <https://rae-org.ru/library/recommendations>.

4. Ефимович Н.В. Факторы, влияющие на возникновение стресс-переломов у спортсменов //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2020. – № 8–2. – С. 10–13. ISSN 2524-0986.

5. Киселева Н.Г., Таранушенко Т.Е., Голубенко Н.К. Диагностика остеопороза в детском возрасте //Медицинский совет. – 2020. – № 1. – С. 179–186. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-1-186-193>.

6. Aspray, T.J., Hill, T.R. (2019). Osteoporosis and the Ageing Skeleton. In: Harris, J., Korolchuk, V. (eds) Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part II Clinical Science. Subcellular Biochemistry, vol 91. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2\\_16](https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2_16).

7. Bellver M. et al. Bone mineral density and bone mineral content among female elite athletes //Bone. – 2019. – Т. 127. – С. 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2019.06.030>.

8. LeBoff, M., Greenspan, S., Insogna, K. et al. The clinician’s guide to prevention and treatment of osteoporosis. Osteoporos Int 33, 2049–2102 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00198-021-05900-y>.

9. Li-Yu J. Concerns on Medications Used in Osteoporosis //Journal of Clinical Rheumatology and Immunology. – 2022. – Т. 22. – № Supp01. – С. 20–28. <https://doi.org/10.1142/S2661341722300063>.

10. Mäkitie O., Zillikens M. C. Early-onset osteoporosis //Calcified tissue international. – 2022. – Т. 110. – № 5. – С. 546–561. <https://doi.org/10.1007/s00223-021-00885-6>.

11. Wilson D. J. Osteoporosis and sport //European journal of radiology. – 2019. – Т. 110. – С. 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2018.11.010>.



12. Xiao, PL., Cui, AY., Hsu, CJ. et al. Global, regional prevalence, and risk factors of osteoporosis according to the World Health Organization diagnostic criteria: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int* 33, 2137–2153 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00198-022-06454-3>.