

Автономная некоммерческая организация содействия
развитию спорта

"ЭСТАФЕТА"

ИНН 7724184443 КПП 772401001 ОГРН 1147700000744

ano.estafeta@gmail.com

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

_____ С.О. Сотсков

«___» _____ 2018 г.

Справка-доклад

**Медицинская памятка для тренера с рекомендациями
по корректировке тренировочного процесса у спортсменов
при болезнях и патологических состояниях репродуктивной
и мочеполовой систем с учетом вида спорта**

по государственному контракту № 138.001.18.14 от 02 апреля 2018 г.
по теме «Разработка клинических рекомендаций по критериям допуска лиц к занятиям
спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в соответствии с видом спорта,
спортивной дисциплиной, возрастом, полом при болезнях и патологических состояниях
репродуктивной и мочеполовой систем» (шифр: «Допуск-18»)

Москва 2018

МЕДИЦИНСКАЯ ПАМЯТКА ДЛЯ ТРЕНЕРА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У СПОРТСМЕНОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМ

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

Что касается патологии мочеполовой и репродуктивной систем, то, согласно мировой статистике, в структуре заболеваний, выявляемых в контингенте спортсменов высокого класса, болезни мочеполовой и репродуктивной систем занимают пятое место после патологии дыхательного тракта, инфекционных поражений кожи, болезней нервной системы и пищеварительного тракта.

Многие воспалительные заболевания наружных половых органов и органов малого таза, вызываются урогенитальными инфекционными агентами, прежде всего, это острые воспалительные заболевания (у женщин диагностируются поражения влагалища и его преддверия – вульвовагиниты и цервициты, реже воспаление матки и яичников – эндометриты и сальпингоофориты, соответственно; у мужчин – воспалительные изменения крайней плоти и головки полового члена – баланопоститы, поражение слизистой мочеиспускательного канала – уретриты, а также поражения предстательной железы – простатиты, причем в некоторых случаях последние могут иметь хроническое, рецидивирующее течение с выраженным болевым синдромом).

Воспалительные гинекологические заболевания приблизительно с одинаковой частотой регистрируются **во всех видах спорта. У мужчин инфекционные заболевания** урогенитального тракта несколько чаще могут возникать у представителей **скоростно-силовых видов спорта**, не редки отдаленные последствия, проявляющиеся эректильной дисфункцией и снижением фертильности (способности к деторождению), особенно при большом стаже занятий шоссейными велогонками.

Некоторые инфекции, передающиеся половым путем (ИППП): хламидиоз, гонорея, трихомониаз, представляют серьезную опасность для других членов команды при условии совместного проживания с вероятностью сексуальных контактов (на языке медиков это обозначается как эпидемиологическая опасность инфицирования других спортсменов бытовым и половым путем).

Ответственность за развитие ситуации по такому сценарию несет в том числе и тренер (**естественно, в случае обладания им информации хотя бы об одном заболевшем!**).

В структуре гинекологической патологии **доминируют воспалительные заболевания наружных половых органов** (вульвовагиниты, цервициты). Чаще это смешанные – миксинфекции (кокковая флора, патогенные и условно патогенные грибковые микроорганизмы, хламидии, вирусы папилломы человека и вируса простого герпеса 2 типа).

Наиболее часто встречающиеся у спортсменок заболевания мочеполовой и репродуктивной систем в клинической практике спортивной медицины условно можно разделить на следующие 4 категории: **воспалительные, функциональные, гормональные и органические.**

I. Воспалительные заболевания наружных половых органов и органов малого таза (острые и хронические, чаще на фоне урогенитальной инфекции):

- вульвовагинит;
- цервицит;
- эндометрит;
- сальпингоофорит

II. Функциональные изменения (возникают и регрессируют в связи с менструальным циклом):

- фолликулярная киста яичника;
- киста яичника желтого тела;
- альгодисменорея

III. Гормональные нарушения:

- олигоменорея (первичная или вторичная);
- аменорея первичная или вторичная;
- гирсутизм или гипертрихоз;
- синдром поликистозных яичников (СПКЯ);
- дисфункция яичников

IV. Органическая патология:

- доброкачественные образования яичников (истинные кисты: эндометриоидная, дермоидная, цистаденома и другие);
- эндометриоз (аденомиоз);
- миома матки;
- полип шейки матки;
- полип (гиперплазия) эндометрия.

Каждое из этих состояний и заболеваний наружных половых органов и органов малого таза имеет свои ОГРАНИЧЕНИЯ по физической нагрузке и **свои сроки ДОПУСКА** к тренировочным и соревновательным сессиям:

1. Воспалительные заболевания наружных половых органов и органов малого таза

При **остром воспалении наружных половых органов (вульвовагиниты и цервициты)** можно продолжать тренировки (ограничение или исключение для водных видов спорта при назначении местных лечебных средств) на фоне обязательного **АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ** вплоть до нормализации мазков; после окончания лечения возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

При **остром воспалении внутренних органов малого таза матки и придатков (эндометрит и сальпингоофорит)** или обострении хронического процесса – показано **СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**. После его завершения стационарного, как правило, необходимо амбулаторное лечение; на этот период необходимо исключить тренировки до полного клинического и лабораторного выздоровления – дополнительно еще 2-4 недели, затем тренировки с 50% нагрузкой и постепенным ее увеличением в течение месяца, а еще через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

2. Функциональные изменения с образованием функциональных кист яичников (фолликулярная киста и киста желтого тела)

Возникновение и регресс этих кист связан с особенностями (неполноценностью) фаз менструального цикла, поэтому необходим **УЗИ-контроль** динамики регресса после окончания очередной менструации. Спонтанное (без лечения) уменьшение происходит в течение 1-3 менструальных циклов; полный регресс чаще наступает уже после первой очередной менструации на фоне физического и полового покоя!

В зависимости от размеров и динамики регресса образования, поэтапно решается вопрос о допуске к тренировкам. Консервативное лечение не имеет особого значения при первом выявлении функциональной кисты, надо дождаться очередной менструации! Если образование не регрессировало или выявлена его отрицательная динамика после 1-го менструального цикла, то можно назначить нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестины на фоне ультразвукового контроля (УЗИ) органов малого таза в динамике до 3-х циклов.

При средних размерах кист – более 30-35 мм, а также при больших размерах – более 40-50 мм, особенно, если это киста желтого тела, необходим половой покой и исключение физических нагрузок до повторного УЗИ органов малого таза (на 6-7 день очередной менструации), чтобы избежать серьезных осложнений (апоплексии и внутрибрюшного кровотечения). При регрессе кисты до малых размеров – менее 30 мм, риск разрыва минимальный; возможен условный допуск на 1 месяц с ограничением физических нагрузок до 50%, при полном регрессе – ограничений по допуску нет. В случае осложнений (разрыв стенки кисты) – срочная госпитализация в стационар для консервативного и/или хирургического лечения; после хирургического лечения нагрузки возможны не ранее, чем через 1 месяц: начинать с 50% по объему и интенсивности с постепенным вхождением в полноценный тренировочный режим в течение месяца на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов.

При **альгодисменорее**, когда в первые дни менструации беспокоят боли, связанные со спазмом шейки матки (при исключении другой органической патологии), на период менструального кровотечения (первые 5 дней) рекомендуется прием НПВС или назначение комбинированных оральных контрацептивов, а также исключение или снижение физические нагрузки до 50% по объему и интенсивности в эти дни.

3. Органическая патология (доброкачественные опухоли репродуктивной системы):

- **Доброкачественные образования яичников** (истинные опухоли: дермоидная киста, эндометриоидная киста, цистаденома и др.). После постановки диагноза и дообследования – **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** с последующим гистологическим исследованием. Хирургическое лечение осуществляется лапароскопическим доступом (реже лапаротомия) производят вылущивание кисты или резекцию яичника.

Допуск к тренировочному процессу и соревновательной деятельности возможен не ранее чем через 4 недели; начинать тренировки с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

- **Миома матки и эндометриоз (аденомиоз)**. В случае отсутствия болевого синдрома и маточных кровотечений при миоме матки малых размеров и аденомиозе – **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**.

При наличии болей или кровотечений – **обязательное КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** (НПВС, гормональные препараты – с обязательным соблюдением регламентов WADA, а также гемостатические средства), при отсутствии положительной динамики на фоне консервативной терапии прибегают к хирургическому лечению, которое, в свою очередь, подразделяется на малые операции (раздельное диагностическое выскабливание – РДВ – под контролем гистероскопии) и более радикальные методы (миомэктомия¹, надвлагалищная ампутация матки – НАМ, экстирпация) лапароскопическим или лапаротомическим доступом.

После проведенного **ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** вопрос о допуске к тренировочному процессу и соревновательной деятельности решается индивидуально; допуск возможен не ранее, чем через 1 месяц после

¹ - при подготовке к подобным операциям могут назначаться средства, способствующие уменьшению кровоснабжения и, соответственно, размеров опухолевых узлов, например рилизинг-фактора гонадотропина, который включен в список запрещенных субстанций, что требует оформления терапевтического исключения.

лапароскопической операции, и не ранее, чем через 6-8 недель после лапаротомии. Начинать тренировки с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

- Полипы шейки матки и полип (гиперплазия) эндометрия:

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ в стационаре в плановом порядке (полипэктомия и раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием).

После проведенного хирургического лечения допуск к тренировочному процессу и соревновательной деятельности возможен не ранее, чем через 2-4 недели, начинать тренировки с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

- Дисплазия шейки матки тяжелой и умеренной степени подлежит обязательной биопсии с дальнейшим гистологическим исследованием и радиоволновому лечению (объем зависит от тяжести дисплазии).

Допуск к тренировочному процессу и соревновательной деятельности возможен не ранее, чем через 4 недели, начинать тренировки с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

4.Гормональные нарушения

Как правило, при выявлении гормональных нарушений **дальнейшее обследование и лечение проводит врач эндокринолог-гинеколог** или врач-гинеколог совместно с врачом-эндокринологом.

При **олигоменорее и аменорее** требуется время для выявления причины и лечения. В этот период бывает необходимо исключать или уменьшать физические нагрузки на длительный срок – от 1 до 3-6 месяцев.

После возобновления менструаций (на фоне лечения), следует ограничивать физические нагрузки 50%, постепенно увеличивая в течение 2-3-х месяцев; после 3-х регулярных менструаций возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме на фоне продолжения гормонального лечения.

ВНИМАНИЕ!!!

БЕРЕМЕННОСТЬ – это физиологическое (нормальное) состояние женщины репродуктивном возрасте!

Но течение беременности может быть различным! Поэтому, при выявлении маточной беременности различного срока, необходимо направить женщину на дообследование по беременности (оформляется недопуск по недообследованию).

При выявлении развивающейся маточной беременности и желании женщины сохранить эту беременность необходимо полное обследование по беременности и раннее наблюдение в женской консультации, учитывая особенности профессионального спорта (очень высокие физические нагрузки и особенности питания).

При беременности возможны различные осложнения, даже у абсолютно здоровых женщин (угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов и др).

Для планирования ведения беременности и родов необходимо как можно раньше выявить возможные факторы риска, сопутствующую патологию, осложнения течения беременности; это позволит своевременно провести корригирующую терапию и избежать возможных серьезных проблем.

При угрозе прерывания беременности, начавшемся самопроизвольном выкидыше, неразвивающейся беременности,

анэмбрионии, подозрении на внематочную беременность необходима **СРОЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ** в стационар для обследования и лечения.

При желании женщины прервать беременность (сделать аборт) вопрос о допуске решается индивидуально.

Через 2 недели после медикаментозного аборта, при отсутствии жалоб и осложнений, нормальной картине УЗИ, можно приступить к тренировкам с 50% нагрузкой, а после очередной менструации – в полном объеме.

После хирургического аборта (выскабливания) при условии отсутствия жалоб и осложнений, проведения УЗИ-контроля после очередной менструации тренировки могут быть возобновлены в полном объеме лишь через 1 месяц.

После родов восстановление женского организма и внутренних половых органов идет постепенно!!!

Первые 6-8 недель можно заниматься ЛФК с ограничением физических нагрузок (особенно на тазовое дно и переднюю брюшную стенку) из-за риска развития послеродовых осложнений (несостоятельности мышц тазового дна)! Далее показано постепенное повышение нагрузок до 50% интенсивности в течение 6 месяцев после родов. После 6 месяцев, когда лактация замещается прикормами, возможен полный объем тренировок.

При выявлении различной **патологии молочных желез** – необходима **ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ** консультация, **обследование и лечение у врача-маммолога!**

При онкологической настороженности, подозрении или выявлении **злокачественного поражения наружных половых органов, органов малого таза или молочных желез, необходима срочная консультация, обследование и лечение у врача онколога!**

Резюме по гинекологической патологии:

1. При выявлении **функциональных кист яичников**, размером **более 35-40мм**, необходим **временный недопуск по заболеванию**, а также обязательное **УЗИ-Д-наблюдение** за регрессом образования – на 5-7 день менструации **на фоне физического и полового покоя** (от 1 до 3-х менструальных циклов)

2. При выявлении **гинекологической патологии**, требующей обязательного **оперативного лечения**, – временный недопуск по заболеванию, с **исключением физических нагрузок на 1 месяц** после лапароскопической операции и на **1,5-2 месяца** после лапаротомии.

Обязательный осмотр через месяц после операции (после окончания очередной менструации); начинать тренировки необходимо с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать в течение месяца, через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме

3. При консервативном лечении **острого воспалительного процесса для всех видов спорта** полный допуск к занятиям разрешен через 2-4 недели после полного клинического и лабораторного выздоровления.

Начинать тренировки необходимо с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать ее в течение месяца; через 1 месяц возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме

4. При восстановлении нормального **регулярного** менструального цикла на фоне продолжающегося лечения **аменореи и олигоменореи** следует ограничить физические нагрузки до 50% и постепенно увеличивать в течение 2-3-х месяцев (особенно при дефиците массы тела). После 3-х регулярных менструальных циклов возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме на фоне продолжающегося гормонального лечения

5. При **беременности** – недопуск по недообследованию и направление на обследование и наблюдение в женскую консультацию

6. При патологии молочных желез – необходима консультация врача-маммолога для дальнейшего обследования и лечения

7. При подозрении или выявлении онкологической патологии органов репродуктивной системы – недопуск по недообследованию и срочная консультация врача-онколога для дальнейшего обследования и лечения

Что касается **мужской части спортивных контингентов**, то наиболее частой проблемой является на текущий момент **бесплодие**, которое можно рассматривать как осложнение весьма разнообразной патологии уrogenитального тракта. Как правило, у спортсменов со сниженной фертильностью выявляются следующие лабораторные признаки: сокращение общего количества сперматозоидов, их сниженная подвижность, а также изменения морфологии (выраженность этих проявлений может усиливаться и под влиянием некоторых фармакологических препаратов). Основными причинами факторами бесплодия у спортсменов являются варикоцеле (варикозное расширение вен яичка) – в 40-80% случаев, поздняя диагностика и неадекватное лечение заболеваний, передаваемых половым путем, и, как следствие, их переход в хроническую форму.

В популяции атлетов распространенность клинически выявляемых, выраженных форм **варикоцеле** может достигать 5-6%, субклинических (выявляемых лишь при УЗИ-контроле) – 30%; в подгруппе тяжелоатлетов заболевание диагностируется более, чем у 50%. Доказана зависимость частоты возникновения данной патологии от плотности тренировочного и соревновательного процесса.

Специфической профилактики и консервативного лечения варикоцеле не существует: эффективны лишь **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**. Наиболее часто в настоящее время применяются малоинвазивные оперативные методы лечения заболевания: лапароскопическое клипирование

тестикулярной вены, эндоваскулярные техники (флебосклерозирование), что связано с их безопасностью и эффективностью.

После проведенной ОПЕРАЦИИ вопрос о допуске к тренировочному процессу и соревновательной деятельности решается индивидуально; допуск возможен не ранее, чем через 1 месяц после малоинвазивного вмешательства. Начинать тренировки с 50% нагрузкой и постепенно увеличивать ее в течение месяца, после чего возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

Инфекционные поражения урогенитального тракта спортсменов, как правило, имеют смешанную природу (ассоциации 2-3 патогенных и условно патогенных микроорганизмов) и характеризуются вялым, малосимптомным течением, что затрудняет своевременную диагностику; нередко бактериальные возбудители характеризуются высокой устойчивостью к проводимым лечебным мероприятиям. Все это в сочетании с варьируемыми иммунодефицитными состояниями предрасполагает к распространению инфекции на вышележащие органы мочеполовой системы (предстательную железу), а также к развитию хронических процессов с частыми рецидивами.

При остром воспалении наружных половых органов (баланопостит, проявления вируса простого герпеса) можно продолжать тренировочную деятельность при условии проведения АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ограничение или исключение нагрузок показано лишь для представителей водных видов спорта при назначении местных лечебных средств. Лечение необходимо продолжать вплоть до исчезновения клинической симптоматики; после окончания лечения – тренировочный процесс в полном объеме.

При остром неосложненном течении воспаления мочеиспускательного канала (уретрит) или обострении его хронической формы, а также при остром простатите – показано АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, на период которого необходимо исключить тренировки, вплоть до полного клинического и лабораторного выздоровления или достижения

стойкой ремиссии (в случае хронического уретрита); далее показаны тренировки с 50% нагрузкой с ее постепенным увеличением в течение 1-3 недель (в зависимости от продолжительности лечения); далее возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

Актуальность проблемы простатита, особенно его хронической формы, обусловлена неполным пониманием вопросов этиологии и патогенеза заболевания возможностью диссоциации клинических и лабораторных проявлений заболевания (несоответствие выраженности воспалительного процесса и интенсивности болевого синдрома), а также недостаточной эффективностью терапии. Так, в роли этиологически значимого фактора могут выступать самые разнообразные инфекционные агенты (как типичные уропатогены – *Escherichia coli*, так и трудно выявляемые внутриклеточные возбудители – *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*); нет единства во взглядах и на механизм проникновения микрофлоры в предстательную железу. Меняются и взгляды на роль хронического воспаления простаты в снижении мужской фертильности; так, в Клинических рекомендациях Европейской ассоциации по урологии (Guidelines EAU, 2016) простатит исключен из перечня причин бесплодия.

Согласно современным данным, факторами риска хронического простатита, сопровождающегося выраженными болями, являются особенности питания (в том числе недостаточное потребление жидкости) и образа жизни пациента (включая стрессорные воздействия), что, в определенной мере, может усугублять течение заболевания у спортсменов высокого класса.

При обострении хронического простатита – показано преимущественно **АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** достаточной продолжительности (до 3-х и более недель); на этот период необходимо исключить тренировки до полного клинического и лабораторного подтверждения состояния стойкой ремиссии. Затем тренировки с 50%

нагрузкой и постепенным ее увеличением в течение 2-4 недель, после чего возможно возвращение к тренировочному процессу в полном объеме.

При своевременном выявлении урогенитальной патологии, адекватном лечении и соблюдении сроков возобновления тренировок и участия в соревнованиях, у спортсменов возможно поддержание приемлемого уровня здоровья и функциональных резервов организма, что создает предпосылки для сохранения репродуктивного здоровья и достижения высоких спортивных результатов.