

Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов
Республики Беларусь 2 ноября 2022 г. № 8/38943

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
МИНИСТЕРСТВА ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
И МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
30 июня 2022 г. № 42/166^{*}

**О медицинском освидетельствовании
и профессиональном психофизиологическом отборе**

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 15.11.2022, 8/38943)

На основании пункта 5 и части первой пункта 10 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 июня 1998 г. № 868, части второй пункта 14 и части первой пункта 149 Положения о прохождении службы в органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 11 января 2013 г. № 22, подпункта 9.4 пункта 9 Положения о Министерстве внутренних дел Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 4 декабря 2007 г. № 611, Министерство по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и Министерство внутренних дел Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЮТ:

1. Утвердить:

Инструкцию о порядке медицинского освидетельствования работников органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, граждан, принимаемых на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям (прилагается);

Инструкцию о порядке проведения профессионального психофизиологического отбора на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 29 марта 2013 г. № 15/123 «О порядке медицинского освидетельствования работников органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, граждан, принимаемых на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, и профессионального психофизиологического отбора на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь»;

постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 7 апреля 2015 г. № 18/101 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 29 марта 2013 г. № 15/123».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Министр по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь
генерал-майор внутренней службы
В.И.Синявский**

**Министр внутренних дел
Республики Беларусь
генерал-лейтенант милиции
И.В.Кубраков**

СОГЛАСОВАНО

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь

^{*} Дата ввода в действие – 16 ноября 2022 г.



УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства
по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь
и Министерства
внутренних дел
Республики Беларусь
30.06.2022 № 42/166

ИНСТРУКЦИЯ

**о порядке медицинского освидетельствования
работников органов и подразделений
по чрезвычайным ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция:

1.1. определяет порядок организации и проведения медицинского освидетельствования, требования к состоянию здоровья:

работников органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям (далее – ОПЧС) (граждан Республики Беларусь (далее – граждане), принятых на службу в ОПЧС (далее, если не определено иное, – служба), которым в установленном порядке присвоены специальные звания) (далее, если не определено иное, – работники);

граждан, принимаемых на службу;

граждан, поступающих в учреждения образования Министерства по чрезвычайным ситуациям (далее – МЧС), другие учреждения образования, обеспечивающие получение образования по специальностям для ОПЧС, для получения общего высшего образования в очной (дневной) форме получения образования (далее, если не определено иное, – учреждения образования);

1.2. устанавливает порядок определения (пересмотра) причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) (далее, если не определено иное, – телесные повреждения), заболеваний у работников, граждан, ранее проходивших службу, а также телесных повреждений, заболеваний, приведших к гибели (смерти) (далее, если не определено иное, – причинная связь телесного повреждения, заболевания), с прохождением ими службы.

2. Медицинское освидетельствование проводится с целью изучения и оценки состояния здоровья и физического развития работников (кроме указанных в части второй пункта 6 настоящей Инструкции), граждан, принимаемых на службу, а также поступающих в учреждения образования (далее, если не определено иное, – освидетельствуемые), на момент медицинского освидетельствования для определения их годности к службе, обучению в учреждениях образования, установления причинной связи телесных повреждений, заболеваний с прохождением службы работниками, гражданами, ранее проходившими службу, решения других предусмотренных настоящей Инструкцией вопросов с вынесением письменного заключения.

3. Медицинское освидетельствование осуществляется:

штатными военно-врачебными комиссиями (далее – ВВК) органов внутренних дел (далее – ОВД);
нештатными ВВК ОВД.

4. Штатными ВВК ОВД, осуществляющими медицинское освидетельствование, являются:
Центральная ВВК (далее – ЦВВК) Министерства внутренних дел (далее – МВД);

ВВК медицинских служб Департамента финансов и тыла МВД (далее – ДФиТ МВД).

Нештатной постоянно действующей ВВК МВД, осуществляющей медицинское освидетельствование, является ВВК государственного учреждения «Республиканский госпиталь Департамента финансов и тыла Министерства внутренних дел Республики Беларусь» (далее – госпитальная ВВК).

5. Медицинское освидетельствование проводится для определения:

категории годности граждан, принимаемых на службу, по состоянию здоровья к службе в конкретной должности (по специальности, виду деятельности) в соответствии с перечнем групп предназначения по видам деятельности, должностям и специальностям согласно приложению 1 (далее, если не определено иное, – перечень групп предназначения);

категории годности работников по состоянию здоровья к службе в конкретной должности (по специальности, виду деятельности) в соответствии с перечнем групп предназначения;

годности граждан и работников к поступлению в учреждения образования;

необходимости в переводе работников для продолжения лечения из одной организации здравоохранения в другую;

необходимости в лицах, сопровождающих (с определением их количества) работников, следующих на лечение в организацию здравоохранения или санаторно-курортную организацию, в социальный отпуск по болезни или к избранному месту жительства при увольнении со службы;

необходимости в направлении работников в санаторно-курортные организации для продолжения стационарного и (или) амбулаторного этапов лечения;

причинной связи телесных повреждений, заболеваний с прохождением службы у работников, граждан, ранее проходивших службу в ОПЧС, а также причинной связи телесных повреждений, заболеваний, приведших к смерти указанных лиц в период службы либо до истечения одного года после увольнения со службы при условии, что полученные телесные повреждения или начало заболевания, приведшие к смерти, относятся к периоду службы;

в иных случаях, установленных законодательством.

6. Медицинское освидетельствование осуществляется в соответствии с требованиями к состоянию здоровья освидетельствуемых согласно приложению 2 (далее, если не определено иное, – расписание болезней), перечнем групп предназначения, а также порядком распределения освидетельствуемых по категориям годности к службе согласно приложению 3.

Медицинское освидетельствование граждан, принимаемых на службу в летный состав, на должности, связанные с руководством и управлением полетами, выполнением прыжков с парашютом, а также работников летного состава, работников, находящихся на должностях, связанных с руководством и управлением полетами, выполнением прыжков с парашютом, осуществляется в порядке, установленном частью третьей пункта 14 и частью второй пункта 149 Положения о прохождении службы в органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь.

ГЛАВА 2

ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

7. Освидетельствуемые направляются на медицинское освидетельствование начальником соответствующего ОПЧС с оформлением направления по форме согласно приложению 4 (далее, если не определено иное, – направление). В центральном аппарате, республиканской контрольно-ревизионной инспекции, централизованной бухгалтерии – начальником управления кадров, лицом, исполняющим его обязанности.

Срок действия направления – три месяца с момента выдачи.

Учет выдачи направлений производится кадровыми подразделениями ОПЧС (далее – кадровые подразделения) в журнале учета выданных направлений для освидетельствования ВВК по форме согласно приложению 5.

8. Начальники ОПЧС перед направлением на медицинское освидетельствование граждан, принимаемых на службу, поступающих в учреждения образования, работников изучают паспорт гражданина



(идентификационную карту гражданина), военный билет (удостоверение офицера запаса), удостоверение призывника, личные дела работников, ранее вынесенные заключения ВВК и иные медицинские документы.

В случае отсутствия у освидетельствуемых документов, предусмотренных в части первой настоящего пункта, или наличия у них ограничений по здоровью, указанных в военном билете (удостоверении офицера запаса) («не годен к военной службе с исключением с воинского учета», «негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время», «годен к службе вне строя в мирное время» (кроме лиц, предусмотренных в пункте 37 настоящей Инструкции), «временно не годен к военной службе»), такие лица кадровые подразделения на медицинское освидетельствование не направляют, а направленные – к медицинскому освидетельствованию не допускаются.

9. В направлении указывается цель медицинского освидетельствования:

прием на службу (указывается ОПЧС, должность и группа предназначения по виду деятельности, должности, специальности (далее, если не определено иное, – группа предназначения);

перемещение по службе (указывается ОПЧС, должность и группа предназначения);

поступление в учреждение образования (указывается полное наименование учреждения образования, факультет и группа предназначения);

увольнение (указывается ОПЧС, должность и группа предназначения);

дальнейшее прохождение службы в занимаемой должности и вид деятельности (указывается должность, специальность и группа предназначения);

специфика прохождения службы (в том числе работа в кислородных изолирующих противогазах, изолирующих дыхательных аппаратах со сжатым воздухом, с химически связанным кислородом (далее – изолирующие дыхательные аппараты), работа с радиоактивными веществами, источниками ионизирующего излучения (далее – РВ, ИИИ), водолазная работа и иные виды работ, связанных со спецификой службы);

другие цели, определенные законодательством.

В случае необходимости в направлении впервые принимаемых на службу граждан может дополнительно указываться до двух других, кроме основной, должностей (иных групп предназначения), предусмотренных в данном ОПЧС, на которых может быть использован кандидат на службу в соответствии с имеющимися у него образованием и квалификацией в случае признания его негодным к службе по основной предполагаемой должности (группе предназначения).

10. Если работник к моменту медицинского освидетельствования в ВВК временно нетрудоспособен, то в строке «Особые отметки» справки о временной нетрудоспособности врачебно-консультационной комиссией (далее – ВКК) организации здравоохранения вносится отметка «Направлен в ВВК».

11. Если в направлении не указаны все необходимые данные для медицинского освидетельствования, то ВВК имеет право не допустить освидетельствуемого к медицинскому освидетельствованию и возвратить направление направившему его должностному лицу для уточнения недостающих сведений.

12. Для проведения медицинского освидетельствования в ВВК представляются следующие документы:

направление с фотографией освидетельствуемого размером 3 x 4 сантиметра, заверенной печатью ОПЧС с изображением Государственного герба Республики Беларусь;

результаты рентгенологического (флюорографического) исследования органов грудной клетки (если оно не проводилось или в медицинских документах отсутствуют сведения о его проведении в течение последних двенадцати месяцев);

клинический анализ крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарная формула, уровень гемоглобина, скорость оседания эритроцитов) (выполненный не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

общий анализ мочи (физико-химические свойства и микроскопическое исследование осадка) (выполненный не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) (выполненное не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

результат исследования уровня глюкозы в крови (выполненного не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

результаты измерения внутриглазного давления (лицам старше 40 лет) (выполненного не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

рентгенография придаточных пазух носа (для граждан, принимаемых на службу по 1 группе предназначения и водителей пожарных аварийно-спасательных постов) (выполненная не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования).

По медицинским показаниям могут назначаться другие исследования.

13. Перед началом медицинского освидетельствования в регистратуре штатной ВВК на каждого освидетельствуемого оформляется акт медицинского освидетельствования (далее – акт освидетельствования) либо карта медицинского освидетельствования поступающего на обучение (далее – карта освидетельствования).

14. При повторном направлении начальниками ОПЧС граждан, принимаемых на службу, поступающих в учреждения образования, работников на медицинское освидетельствование в срок до трех месяцев с момента вынесения заключения ВВК представляется:

результат исследования общего анализа крови;

результат исследования общего анализа мочи;

обследование на сифилитическую инфекцию;

ЭКГ;

выписка из медицинских документов по форме 1 мед/у-10, установленной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении Инструкции о порядке их заполнения» (далее – форма 1 мед/у-10), по месту жительства (месту пребывания), работы (службы) об обращении за медицинской помощью за этот период.

В случае, указанном в части первой настоящего пункта, оформляется новый акт освидетельствования, в который вносятся данные обследования не менее трех врачей-специалистов ВВК.

В случае направления по истечении трех месяцев с даты проведения предыдущего медицинского освидетельствования осмотр врачами-специалистами проводится в полном объеме.

15. Медицинское освидетельствование проводится врачами-специалистами ВВК: врачом-хирургом, врачом-терапевтом, врачом-неврологом, врачом – психиатром-наркологом (с письменного согласия освидетельствуемого), врачом-офтальмологом, врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом, врачом-дерматовенерологом, а при необходимости – врачами других специальностей.

Женщины обследуются врачом – акушером-гинекологом.

16. Врачи-специалисты ВВК в каждом случае проведения медицинского освидетельствования должны удостовериться в личности освидетельствуемого путем проверки паспорта гражданина (идентификационной карты гражданина) или служебного удостоверения (военного билета (удостоверения офицера запаса) или удостоверения призывника). При отсутствии паспорта гражданина освидетельствуемый предоставляет в ВВК информацию обо всех местах регистрации за последние пять лет.

17. По итогам медицинского освидетельствования по соответствующим статьям и графам расписания болезней определяется категория годности к службе по должностям и группам предназначения.

18. Заключение ВВК выносятся простым большинством голосов членов ВВК от числа присутствующих на заседании с использованием метода индивидуальной оценки годности к службе.

При индивидуальной оценке годности освидетельствуемого к службе учитывается характер заболевания или физического недостатка, степень выраженности функциональных нарушений, а также образование, специальность и фактическая работоспособность освидетельствуемого до поступления и в период службы и требования, предъявляемые к состоянию здоровья.

При равенстве голосов голос председателя ВВК является решающим.

19. В случае несогласия председателя ВВК или кого-либо из членов ВВК с мнением остальных членов ВВК их особое мнение записывается в акт освидетельствования либо в карту освидетельствования, протокол заседания ВВК оформляется на отдельном листе, который приобщается к перечисленным документам. В случае необходимости особое мнение может вноситься в свидетельство о болезни по форме согласно приложению 6 и (или) справку ВВК по форме согласно приложению 7.



20. Акт освидетельствования, карта освидетельствования заполняются врачами-специалистами ВВК с указанием подробного клинико-экспертного анамнеза, данных объективного исследования.

Диагноз записывается на русском языке. При отсутствии заболевания делается запись «Практически здоров».

При вынесении врачом-специалистом ВВК заключения о категории годности освидетельствуемого к службе указываются статьи и графа расписания болезней с соответствующей степенью ограничения годности, дата. Заключение заверяется подписью и личной печатью врача.

Заключения госпитальной ВВК заносятся в медицинские карты стационарного, амбулаторного пациента.

21. В случае необходимости для уточнения достоверности диагноза по направлению ВВК освидетельствуемые могут быть направлены с их согласия на обследование в амбулаторных или стационарных условиях в организации здравоохранения.

В направлении на обследование указываются предварительный диагноз и цель обследования. В акте освидетельствования или карте освидетельствования врачом-специалистом делается соответствующая отметка.

Данные обследований, указанных в части первой настоящего пункта, могут быть приняты во внимание при вынесении заключения ВВК.

22. Врач-специалист ВВК по результатам медицинского освидетельствования дает заключение о годности освидетельствуемого (негодности) к службе, к поступлению в учреждение образования по конкретной должности и соответствующей группе (группам) предназначения и в случае необходимости в доступной ему форме сообщает обоснование принятого решения.

23. Если врачом-специалистом ВВК у освидетельствуемого выявляется заболевание, препятствующее приему на службу, службе, поступлению в учреждение образования на указанную в направлении должность (группу предназначения), дальнейшее медицинское освидетельствование прекращается и ВВК выносит заключение о негодности гражданина к службе.

Повторное направление на медицинское освидетельствование по этой же группе предназначения допускается через три месяца.

24. В случае, когда у освидетельствуемого обнаружено заболевание, не препятствующее приему на службу, службе, поступлению в учреждение образования, ВВК в своем заключении указывает диагноз этого заболевания и степень выраженности функциональных нарушений.

25. При отказе освидетельствуемого от обследования в организации здравоохранения, а также в случае неявки в ВВК для окончательного медицинского освидетельствования (более одного месяца) ВВК в акте освидетельствования, карте освидетельствования делает запись следующего содержания: «В ВВК не явился (от обследования отказался) – медицинское освидетельствование прекращено».

26. Для начальника кадрового подразделения, направившего освидетельствуемого на медицинское освидетельствование, выводы ВВК оформляются справкой ВВК, свидетельством о болезни или заключением.

27. В деонтологических случаях в справке ВВК для начальника ОПЧС по результатам медицинского освидетельствования в разделе «Заключение ВВК» могут указываться графы и статьи расписания болезней без указания клинико-экспертного диагноза.

28. Должностные лица, ознакомленные со сведениями, составляющими врачебную тайну, несут ответственность за разглашение этих сведений в соответствии с законодательством.

29. После вынесения ВВК заключения к акту освидетельствования, карте освидетельствования или медицинской карте стационарного пациента подшиваются и хранятся следующие документы:

направление;

документы, послужившие основанием для вынесения заключения ВВК;

один экземпляр свидетельства о болезни (в случае его оформления).

30. Заключение ВВК объявляется освидетельствуемому представителем направившего на медицинское освидетельствование ОПЧС.

ГЛАВА 3

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ГРАЖДАН, ПРИНИМАЕМЫХ НА СЛУЖБУ

31. До начала медицинского освидетельствования граждане, принимаемые на службу, кроме документов, указанных в пункте 12 настоящей Инструкции, представляют в штатные ВВК сведения, включающие данные не менее чем за пять предыдущих лет, из организаций здравоохранения по всем местам регистрации (работы, учебы, службы):

31.1. о пребывании на учете (наблюдении) по поводу психических расстройств (заболеваний) с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение) (выданные не позднее трех месяцев до начала медицинского освидетельствования);

31.2. о пребывании на учете (наблюдении) по поводу потребления без назначения врача наркотических средств, психотропных веществ, потребления их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, синдрома зависимости от алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение) (выданные не позднее трех месяцев до начала медицинского освидетельствования);

31.3. о пребывании на учете (наблюдении) по поводу туберкулеза с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение) (выданные не позднее трех месяцев до начала медицинского освидетельствования);

31.4. о пребывании на учете (наблюдении) по поводу кожно-венерических заболеваний с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение) (выданные не позднее трех месяцев до начала медицинского освидетельствования);

31.5. о состоянии здоровья (форма 1 мед/у-10, выданная не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования);

31.6. результаты диагностического исследования на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ), выполненного не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования (кроме сотрудников ОВД, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля, Следственного комитета, Государственного комитета судебных экспертиз, Комитета государственной безопасности, военнослужащих внутренних войск, проходящих службу по контракту);

31.7. результаты обследования на сифилитическую инфекцию, выполненного не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования (кроме сотрудников ОВД, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля, Следственного комитета, Государственного комитета судебных экспертиз, Комитета государственной безопасности, военнослужащих внутренних войск, проходящих службу по контракту);

31.8. медицинские характеристики на бывших военнослужащих срочной военной службы, если они были уволены не более чем за один год до медицинского освидетельствования;

31.9. медицинские характеристики (выданные не позднее одного месяца до начала медицинского освидетельствования) и медицинские книжки (при наличии) военнослужащих Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований;

31.10. сведения о медицинском освидетельствовании ВВК граждан, уволенных со службы.

32. Документы, содержащие результаты исследований, должны быть заверены печатями соответствующих организаций (кроме случаев, когда в соответствии с законодательными актами печать может не использоваться).

33. На военнослужащих внутренних войск, проходящих военную службу по призыву, в ВВК вместо сведений из организаций здравоохранения по всем местам регистрации (работы, учебы, военной службы) представляются медицинская характеристика по форме согласно приложению 8 и заверенная копия карты медицинского освидетельствования призывника по форме согласно приложению 12 к Инструкции о порядке организации и проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства обороны Республики Беларусь от 2 ноября 2010 г. № 44 (далее – карта медицинского освидетельствования призывника).



На военнослужащих внутренних войск, проходящих военную службу по контракту, сотрудников (работников) военизированных организаций в ВВК представляются медицинская характеристика, медицинская карта амбулаторного пациента, для иногородних по отношению к ВВК – форма 1 мед/у-10 из организаций здравоохранения по месту жительства освидетельствуемых.

34. В отношении граждан, принимаемых на службу (в учреждения образования), кадровые подразделения запрашивают в военных комиссариатах, получают и представляют в ВВК сведения о результатах их медицинского освидетельствования при приписке к призывному участку.

35. Если при проведении медицинского освидетельствования возникла необходимость в получении дополнительных сведений (вновь открывшиеся обстоятельства), они могут быть запрошены через начальника кадрового подразделения, направившего гражданина, принимаемого на службу, на медицинское освидетельствование, или непосредственно штатной ВВК.

36. Перед началом медицинского освидетельствования граждан, принимаемых на службу (учебу), являющихся военнообязанными, в ВВК изучается военный билет (удостоверение офицера запаса) или удостоверение призывника.

37. Граждане, уволенные из ОПЧС, в отношении которых ранее было вынесено заключение в формулировке «годен к службе вне строя в мирное время», могут направляться кадровыми подразделениями на медицинское освидетельствование по должностям, отнесенным к 3 или 4 группам предназначения.

38. На медицинское освидетельствование в ВВК принимаются граждане, в отношении которых ВВК военных комиссариатов вынесены заключения о категории годности к военной службе в формулировках: «годен к военной службе» или «годен к военной службе с незначительными ограничениями». Если гражданин, принимаемый на службу, ранее проходил службу (военную службу) и был уволен по болезни, начальником ОПЧС запрашивается и представляется в ВВК копия свидетельства о болезни. В случае необходимости на зачисленных в запас Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований, за исключением военнослужащих, проходивших срочную военную службу, в ВВК могут быть запрошены личное и пенсионное дела.

39. В случае, если гражданин, принимаемый на службу, нуждается в лечении, ВВК выносит заключение о его негодности к службе.

После завершения лечения гражданин при условии повторного направления кадровыми подразделениями может вторично освидетельствоваться ВВК.

В случае, указанном в части второй настоящего пункта, данные повторного обследования заносятся в новый акт освидетельствования.

Гражданин, принимаемый на службу и признанный по результатам медицинского освидетельствования негодным к службе, в случае отказа от лечения, обследования (наблюдения) повторному медицинскому освидетельствованию не подлежит.

40. В исключительных случаях по согласованию с Министром по чрезвычайным ситуациям (далее – Министр) граждане, впервые принимаемые на службу на должности, отнесенные к 3 и 4 группам предназначения, в зависимости от уровня образования (подготовки), квалификации и опыта работы могут быть освидетельствованы по графе II расписания болезней.

41. По результатам медицинского освидетельствования гражданина, принимаемого на службу, итоговое заключение ВВК о категории годности к службе по виду деятельности, конкретной должности (специальности) записывается в акт освидетельствования, в справку ВВК и в книгу протоколов заседаний ВВК по форме согласно приложению 8 к Инструкции о порядке медицинского освидетельствования сотрудников органов внутренних дел, граждан, принимаемых на службу в органы внутренних дел, утвержденной постановлением Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 4 марта 2013 г. № 70 (далее – книга протоколов). В перечисленных документах указываются все выявленные при медицинском освидетельствовании заболевания и физические недостатки. При этом диагноз, по которому выносится заключение ВВК, записывается первым.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ

42. Медицинское освидетельствование граждан, работников, поступающих в учреждения образования, проводится штатными ВВК МВД не раньше чем за шесть месяцев до вступительных испытаний с оформлением карты освидетельствования.

43. Граждане, поступающие на обучение в учреждения образования, представляют в ВВК сведения, указанные в пунктах 12, 14, 31, 33 и 34 настоящей Инструкции.

44. Для медицинского освидетельствования работников, поступающих в учреждения образования, в ВВК представляются документы, указанные в пункте 52 настоящей Инструкции.

45. В процессе медицинского освидетельствования при необходимости повторно могут проводиться лабораторные, рентгенологические и другие исследования.

46. При выявлении заболевания, препятствующего поступлению в учреждения образования, дальнейшее медицинское освидетельствование прекращается и ВВК выносит заключение о негодности к поступлению в учреждение образования.

47. В исключительных случаях по согласованию с Министром или заместителем Министра для определения годности к поступлению в учреждения образования в дневной форме получения образования могут быть направлены для медицинского освидетельствования по 3 и 4 группам предназначения граждане с указанием в направлении об их использовании на должностях (по видам деятельности), отнесенных к соответствующим группам предназначения.

48. Итоговое заключение ВВК при медицинском освидетельствовании оформляется справкой ВВК и заносится в соответствующий раздел карты освидетельствования, книгу протоколов, а на работников – и в медицинскую карту амбулаторного больного.

49. Карты освидетельствования лиц, признанных годными к поступлению по итогам медицинского освидетельствования, и справки ВВК представляются начальникам ОПЧС для направления в учреждение образования до прибытия освидетельствованных.

50. Карты освидетельствования граждан, работников, поступающих в учреждение образования, не допущенных к поступлению в учреждение образования, кадровые подразделения возвращают в ВВК, проводившие медицинское освидетельствование.

51. Карты освидетельствования граждан, работников, зачисленных на обучение, а также не прошедших по конкурсу, учреждениями образования в течение месяца возвращаются в ВВК, проводившие медицинское освидетельствование.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ РАБОТНИКОВ

52. При направлении работников на медицинское освидетельствование в ВВК кроме документов, указанных в пункте 12 настоящей Инструкции, в штатные ВВК представляются следующие документы: медицинская карта амбулаторного пациента (или форма 1 мед/у-10) ведомственной организации здравоохранения;

медицинская характеристика по форме согласно приложению 8 или акт исследования состояния здоровья по форме согласно приложению 9, который оформляется ведомственной организацией здравоохранения.

При направлении на медицинское освидетельствование работников, перенесших обморочные или иные пароксизмальные состояния, одновременно представляются показания очевидцев происшествия, изложенные в рапорте на имя начальника ОПЧС, учреждения образования.

53. Медицинская характеристика оформляется ВКК организации здравоохранения МВД, медицинским подразделением учреждения образования МЧС или ВКК иной организации здравоохранения, на медицинском обслуживании которых находятся работники, и заверяется печатью организации здравоохранения.



охранения (кроме случаев, когда в соответствии с законодательными актами печать может не использоваться).

На работников, завершивших обучение в учреждении образования МЧС в год медицинского освидетельствования, медицинская характеристика оформляется медицинским подразделением учреждения образования МЧС.

54. В медицинской характеристике отражаются сведения о состоянии здоровья работника за весь период службы (военной службы), результаты последнего обязательного периодического медицинского осмотра не позднее двенадцатимесячного срока.

Сведения, указанные в медицинской характеристике, должны быть подтверждены данными медицинской карты амбулаторного пациента и другими медицинскими документами.

55. Работники, рассматриваемые к увольнению со службы по основаниям, предусмотренным в подпунктах 171.1–171.3, 171.5 пункта 171, подпунктах 172.1, 172.3 и 172.5 пункта 172, пунктах 173 и 174 Положения о прохождении службы в органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, для определения категории годности к военной службе по состоянию здоровья, направляются с их согласия на медицинское освидетельствование ВВК, заключение которого о состоянии здоровья учитывается при установлении основания увольнения.

56. Отказ работника от прохождения медицинского освидетельствования оформляется письменно.

57. При направлении на медицинское освидетельствование работника, планируемого к увольнению со службы, начальником ОПЧС кроме документов, указанных в пункте 52 настоящей Инструкции, в ВВК представляется справка из кадрового подразделения, в которой указываются следующие сведения:

выслуга лет (в том числе в льготном исчислении), основание увольнения, время службы в ОПЧС, ОВД, Следственном комитете, Государственном комитете судебных экспертиз, Вооруженных Силах Республики Беларусь, других войсках и воинских формированиях, иных государственных органах;

прохождение службы (военной службы) в государствах, где велись боевые действия;

периоды участия в выполнении работ по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, а также службы в условиях воздействия РВ, ИИИ, источников электромагнитных полей и лазерного излучения, токсических веществ, представляющих опасность для здоровья;

участие в выполнении задач в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии – один месяц службы, военной службы за три месяца);

о влиянии состояния здоровья на исполнение служебных обязанностей;

о сроках временной нетрудоспособности за последние два года;

о целесообразности дальнейшего прохождения службы работником.

58. При медицинском освидетельствовании в ВВК курсантов учреждений образования выносятся заключение только о категории годности к службе. Заключение о годности их к обучению не выносится.

59. Работники, имеющие выслугу 20 лет и более в календарном и (или) льготном исчислении, направляемые на медицинское освидетельствование ВВК в связи с рассмотрением вопроса увольнения со службы по состоянию здоровья и не достигшие предельного возраста состояния на службе, должны быть предварительно обследованы в стационарных условиях, как правило, на базе государственного учреждения «Республиканский госпиталь Департамента финансов и тыла Министерства внутренних дел Республики Беларусь».

60. Медицинское освидетельствование работников для определения их годности к службе в связи с длительными сроками временной нетрудоспособности и с неблагоприятным клинико-трудовым прогнозом проводится госпитальной ВВК, кроме нетранспортабельных работников, которые освидетельствуются штатными ВВК с выездом по месту их пребывания. Основанием для медицинского освидетельствования указанных в настоящем пункте работников в госпитальной ВВК или в штатной ВВК является оформленное в организации здравоохранения МВД представление к медицинскому освидетельствованию по форме согласно приложению 10¹ к Инструкции о порядке медицинского освидетельствования сотрудников органов внутренних дел, граждан, принимаемых на службу в органы внутренних дел.

61. Обследование в стационарных или амбулаторных условиях работников в связи с планируемым увольнением со службы осуществляется, как правило, в срок до пятнадцати дней.

62. Вынесение заключения ВВК по результатам медицинского освидетельствования работников в связи с предстоящим увольнением со службы осуществляется в день окончания медицинского освидетельствования. Оформление медицинской документации по результатам медицинского освидетельствования осуществляется в срок до тридцати рабочих дней с момента его завершения.

63. На время обследования в амбулаторных условиях и медицинского освидетельствования штатной ВВК работники, направленные на медицинское освидетельствование ВВК при перемещении по службе или продлении службы сверх предельного возраста либо в связи с увольнением со службы, освобождаются от исполнения служебных обязанностей только на время нахождения в организации здравоохранения МВД или в ВВК.

64. Работники, проходящие обследование в амбулаторных условиях (медицинское освидетельствование), информируют непосредственного начальника о времени убытия в организацию здравоохранения МВД (в ВВК) и времени прибытия из организации здравоохранения МВД (из ВВК).

65. При обнаружении у освидетельствуемого острого или обострения хронического заболевания заключение о годности его к службе выносится по окончании лечения или при определившемся врачебно-экспертном исходе.

66. Медицинское освидетельствование работников, получивших телесное повреждение при исполнении служебных обязанностей, получивших заболевание в период прохождения службы в государствах, где велись боевые действия, или при выполнении задач в условиях чрезвычайного положения, или при вооруженных конфликтах, для решения вопроса о категории годности к службе проводится по окончании лечения.

67. В случаях, если работник после окончания лечения в государственных организациях здравоохранения нуждается в медицинской реабилитации, по заключению ВВК организации здравоохранения МВД, с привлечением профильных специалистов ВВК на основании направления он может быть освидетельствован ВВК для определения нуждаемости в предоставлении социального отпуска по болезни.

В случае, если работник после окончания лечения с временной утратой трудоспособности не может выполнять отдельные виды должностных обязанностей, соответствующих виду деятельности, предусмотренному перечню групп предназначения, на основании заключения ВВК организации здравоохранения МВД с привлечением профильных специалистов ВВК начальник организации здравоохранения МВД информирует начальника соответствующего ОПЧС о необходимости направления работника на медицинское освидетельствование ВВК для решения вопроса о его годности к службе в занимаемой должности.

68. Заключение о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни или освобождения от исполнения служебных обязанностей выносится в случаях, когда расписанием болезней предусматривается временная негодность к службе.

69. Заключение ВВК о необходимости предоставления социального отпуска по болезни записывается в акт освидетельствования, книгу протоколов и оформляется справкой ВВК.

70. За тридцать суток до истечения установленного законодательством срока непрерывного нахождения на лечении и в социальном отпуске по болезни начальник организации здравоохранения МВД информирует начальника соответствующего ОПЧС о необходимости направления работника на медицинское освидетельствование ВВК для решения вопроса о его годности к службе.

В случаях непрерывного лечения работников в амбулаторных и (или) стационарных условиях вне организаций здравоохранения МВД сроком девяносто суток заместители руководителей ОПЧС, отвечающие за кадровое обеспечение служебной деятельности, письменно информируют соответствующие организации здравоохранения МВД о таких работниках для оценки перспектив их дальнейшего лечения и определения медицинских оснований для направления на военно-врачебную экспертизу.

71. Общая продолжительность непрерывного пребывания на излечении, включая нахождение в социальном отпуске по болезни, не должна превышать четыре месяца непрерывно или пять месяцев с перерывами в течение последних двенадцати месяцев по одному и тому же заболеванию, а для больных туберкулезом – двенадцать месяцев.



72. Время нахождения работника на лечении в связи с получением им при исполнении служебных обязанностей телесного повреждения, заболевания не ограничивается. На медицинское освидетельствование указанный работник направляется после окончания лечения или при определенном исходе заболевания.

73. Результаты медицинского освидетельствования врачами-специалистами, заключение ВВК записываются в акт освидетельствования, книгу протоколов и оформляются справкой ВВК или свидетельством о болезни. Заключение ВВК заносится в медицинскую карту амбулаторного пациента.

74. Заключение ВВК о годности работников к службе вне строя в мирное время выносится в тех случаях, когда использование освидетельствуемого на службе в должностях, отнесенных к 1 и 2 группам предназначения, без ущерба для его здоровья невозможно.

Работники, признанные годными к службе вне строя в мирное время, признаются негодными к службе в видах деятельности, отнесенных к 1 и 2 группам предназначения, если иное не предусмотрено описанием болезней.

В отношении работников, указанных в частях первой и второй настоящего пункта, по отдельному направлению начальника ОПЧС с учетом характера заболевания или физического недостатка, специальности, служебной характеристики с отражением их приспособленности к фактически выполняемой работе ВВК в индивидуальном порядке может указывать, какие виды службы и работы данному лицу противопоказаны (работы, требующие большого физического напряжения, связанные с ношением оружия и специальных средств, длительной ходьбой или стоянием, пребыванием на холоде или в сырых помещениях, на высоте, у движущихся механизмов, огня, воды, ночные дежурства, частые и длительные служебные командировки и (или) другие ограничения по службе).

75. На работников, признанных годными к службе вне строя в мирное время, по отдельному письменному запросу начальника ОПЧС ВВК одновременно может указать, на каких должностях и (или) группах предназначения они могут быть использованы.

76. В отдельных случаях на работников, по состоянию здоровья негодных к военной службе в мирное время, ограниченно годных к военной службе в военное время, ВВК имеет право выносить постановление об их годности к службе вне строя в мирное время, а на годных к службе вне строя в мирное время – о годности к военной службе, принимая во внимание письменное ходатайство в ВВК соответствующего начальника ОПЧС об индивидуальном экспертном решении в отношении конкретного работника, учитывая характер, род и условия службы, фактическую приспособленность освидетельствуемого к ней и длительность службы.

ГЛАВА 6

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ, ГРАЖДАН, РАНЕЕ ПРОХОДИВШИХ СЛУЖБУ, С ПРОХОЖДЕНИЕМ ИМИ СЛУЖБЫ

77. При медицинском освидетельствовании работников, граждан, проходивших службу, и установлении им диагноза ВВК определяет причинную связь полученных ими телесных повреждений, заболеваний с прохождением службы, за исключением случаев, когда эти лица находятся под следствием или уголовное дело в их отношении передано в суд.

78. Причинная связь телесных повреждений, заболеваний с прохождением службы определяется:

у работников – штатными и госпитальной ВВК;

у граждан, проходивших службу, – штатными ВВК.

79. Для установления причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы у работников, граждан, ранее проходивших службу, за исключением случаев направления работников на медицинское освидетельствование в соответствии с Положением об обязательном государственном страховании, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 февраля 2008 г. № 308, для целей обязательного государственного страхования (далее – ОГС), и телесных повреждений, заболеваний, приведших к смерти работников и граждан, ранее проходивших службу, в ВВК представляются следующие документы:

письменное обращение работника, гражданина, ранее проходившего службу, начальника ОПЧС;
справка об обстоятельствах получения телесного повреждения, заболевания по форме согласно приложению 10 (далее, если не определено иное, – справка о телесном повреждении);

заключение по результатам служебной проверки по факту получения телесного повреждения, заболевания;

медицинские документы, составленные в связи с получением телесного повреждения, заболевания.

Дополнительно ВВК могут запрашиваться и изучаться:

справка начальника ОПЧС или военного комиссариата (обособленного подразделения) о прохождении гражданином службы (военной службы) с указанием полного наименования места службы, учреждения образования, воинских частей, времени службы (военной службы) в них, времени пребывания в плену, времени пребывания за границей в государствах, где велись боевые действия, времени пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей, а также времени участия в выполнении задач в условиях чрезвычайного положения и в вооруженных конфликтах с указанием сроков льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии, времени участия в выполнении работ по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и других радиационных аварий;

медицинская характеристика или выписка из медицинской документации о первичном обращении за медицинской помощью;

материалы служебной проверки, материалы органов уголовного преследования, судебно-медицинской экспертизы, аттестации;

медицинские справки о состоянии здоровья, медицинская карта стационарного пациента или выписка из нее;

свидетельство о болезни;

справки архивных учреждений;

пенсионное дело, выписки из актов освидетельствования государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (настоящего времени и архивные), личное дело гражданина, проходившего службу;

карта санитарно-гигиенической характеристики условий труда и рабочего места специалиста по форме согласно приложению 11, в которой приводятся данные, не содержащие государственных секретов;

другие документы, необходимые для вынесения заключения о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы.

80. Если гражданин, проходивший службу, либо начальник ОПЧС ставит перед ВВК вопрос об определении (пересмотре) причинной связи телесных повреждений, заболеваний на момент увольнения указанного лица со службы (независимо от основания и времени увольнения), в штатную ВВК направляются:

письменное заявление гражданина, проходившего службу, с указанием обоснования обращения и (или) направление;

личное дело (на пенсионера – пенсионное дело);

другие документы, необходимые для вынесения заключения о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы.

81. По результатам изучения полученных документов о состоянии здоровья освидетельствуемого на момент увольнения со службы выносится решение о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы, которое оформляется протоколом заседания ВВК по форме согласно приложению 12 и заключением ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания по форме согласно приложению 13.

82. При направлении работников на медицинское освидетельствование в связи с ОГС в ВВК представляются:

направление;

медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента;

данные рентгенологического исследования;

справка о телесном повреждении;



оригинал или заверенная в установленном порядке копия заключения по результатам служебной проверки по факту получения телесного повреждения, заболевания, проведенной в течение одного месяца с момента получения телесного повреждения;

заверенная в установленном порядке копия заключения эксперта Государственного комитета судебных экспертиз о степени тяжести телесного повреждения;

выписка из медицинских документов организации здравоохранения, осуществлявшей лечение работника, в связи с получением им телесного повреждения, заболевания с указанием суммарных сроков временной нетрудоспособности, окончательного диагноза, проведенных лечебных мероприятий, рекомендаций после завершения лечения.

В зависимости от конкретного случая в ВВК также представляются материалы служебных проверок, документы, полученные в ходе предварительного расследования, акты судебно-медицинской экспертизы и другие документы.

83. Справка о телесном повреждении работника, гражданина, ранее проходившего службу, утверждается начальником ОПЧС, учреждения образования. В справке о телесном повреждении излагаются обстоятельства его получения, обосновывается причинная связь телесного повреждения, заболевания с осуществлением служебной деятельности (с исполнением служебных обязанностей).

84. Справка о телесном повреждении и заключение по результатам служебной проверки по факту получения телесного повреждения, заболевания выдаются работнику, гражданину, ранее проходившему службу, начальником ОПЧС, учреждения образования.

85. Справка о телесном повреждении и заключение по результатам служебной проверки по факту получения телесного повреждения, заболевания составляются в отношении работников, граждан, ранее проходивших службу:

которые получили телесное повреждение, заболевание в период службы;

у которых заболевание вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) или ВИЧ-инфицирование возникли в период нахождения на лечении вследствие медицинского вмешательства либо вследствие ранения, полученного при исполнении служебных (профессиональных) медицинских обязанностей, при исполнении служебных обязанностей;

у которых заболевание возникло вследствие полученных при исполнении служебных обязанностей телесного повреждения, нанесенного животным, укуса насекомого или пресмыкающегося.

86. Документы, указанные в пунктах 79 и 82 настоящей Инструкции, представляются в ВВК начальниками кадровых подразделений:

по месту жительства граждан (или подразделениями пенсионного обеспечения ОПЧС по месту пенсионного обеспечения граждан) – в отношении граждан, ранее проходивших службу;

после получения из военных комиссариатов (обособленных подразделений) по месту жительства граждан ответов по запросам – в отношении граждан, ранее проходивших военную службу.

В справках начальников кадровых подразделений отражаются ссылки на документы, на основании которых они составлены (с указанием, кем и когда они выданы).

87. Результаты медицинского освидетельствования записываются в акт освидетельствования, книгу протоколов, медицинскую карту амбулаторного (стационарного) пациента и оформляются заключением ВВК по форме согласно приложению 14.

В акте освидетельствования, книге протоколов и заключении ВВК отмечается диагноз телесного повреждения, заболевания и степень выраженности функциональных расстройств, установленных согласно материалам судебно-медицинской экспертизы.

88. Заключение ВВК выносится в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе.

89. Оформление заключения ВВК в случаях проведения медицинского освидетельствования в связи с ОГС проводится с привлечением соответствующих врачей-специалистов (врача-хирурга, врача-инфекциониста, врача-эпидемиолога и иных специалистов).

90. В случаях, указанных в пункте 89, заключение о годности к службе выносится только при указании этого вопроса в направлении.

91. В случае, когда в документах гражданина, ранее проходившего службу, не указан диагноз заболевания, но указана статья расписания болезней, действовавшего на момент медицинского освидетель-

ствования, ВВК в своем заключении о причинной связи телесного повреждения, заболевания указывает наименования болезней, которые предусматривались указанной статьей расписания болезней.

92. Если в документе неточно указан диагноз телесного повреждения, заболевания, по которому ранее было вынесено заключение о причинной связи телесного повреждения, заболевания, ВВК в своем заключении указывает первоначальный диагноз, не меняя его формулировки, а затем уточненный диагноз телесного повреждения, заболевания и выносит по нему заключение.

Если документы о результатах медицинского освидетельствования работника, гражданина, ранее проходившего службу, отсутствуют или медицинское освидетельствование его не проводилось, основанием для вынесения заключения о причинной связи телесного повреждения, заболевания являются записи в документах, указанных в пунктах 79 и 82 настоящей Инструкции.

93. Заключение о причинной связи заболевания в формулировке «Заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с ликвидацией последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий» ВВК выносит в отношении работников (бывших работников), проходящих (проходивших) службу в зоне эвакуации (отчуждения), зоне первоочередного отселения, зоне последующего отселения, зоне с правом на отселение и зоне проживания с периодическим радиационным контролем.

При вынесении заключения, указанного в части первой настоящего пункта, ВВК руководствуется перечнем заболеваний, возникновение которых связано с непосредственным радиационным воздействием, согласно приложению 1 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2009 г. № 73 «Об утверждении перечня заболеваний, возникновение которых связано с непосредственным радиационным воздействием, перечня заболеваний, возникновение которых может быть связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС, другими радиационными авариями, и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов и структурного элемента нормативного правового акта».

Возникновение (обострение) заболеваний, предусмотренных перечнем заболеваний, указанным в части первой настоящего пункта, должно быть подтверждено медицинскими документами.

94. При медицинском освидетельствовании причинную связь телесного повреждения, заболевания граждан, ранее проходивших службу, с прохождением ими службы штатные ВВК определяют по результатам рассмотрения:

оформленных в период лечения (обследования, обращения) медицинских документов, если в период прохождения службы гражданин находился на лечении (обследовании) или обращался в организации здравоохранения;

экспертных документов, оформленных на гражданина, если в период прохождения службы гражданин был освидетельствован ВВК или был уволен со службы по состоянию здоровья;

медицинских документов, если у гражданина имеются явные последствия телесного повреждения, полученного в период участия в боевых действиях (отсутствие конечности, дефекты костей, рубцы после ранений, наличие инородных тел и других телесных повреждений), а также если телесное повреждение, заболевание получены гражданином в период прохождения службы либо телесное повреждение, заболевание выявлены до истечения одного года после увольнения гражданина, проходившего службу, со службы при условии, что получение телесного повреждения, начало заболевания, в том числе приведшего к смерти, относятся к периоду службы.

95. При наличии вновь открывшихся обстоятельств получения телесного повреждения, заболевания и их связи с исполнением служебных обязанностей заключение ВВК может быть заочно (по документам) пересмотрено (с отменой или подтверждением ранее вынесенного заключения).

96. Для определения причинной связи телесного повреждения, заболевания, приведших к гибели (смерти) работника, гражданина, ранее проходившего службу, с прохождением им службы в ВВК представляются следующие материалы:

обращение начальника кадрового подразделения;

выписка из приказа ОПЧС об исключении работника из списков личного состава;

выписки из личного дела о сроках прохождения гражданином службы с указанием сроков льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии;



заключение по результатам служебной проверки по факту и обстоятельствам получения гражданином, ранее проходившим службу, в период прохождения службы телесного повреждения, заболевания, приведших к гибели (смерти);

диагноз, акт патолого-анатомического (судебно-медицинского) исследования трупа работника, гражданина, а в случае, если оно не проводилось, – врачебное свидетельство о смерти;

свидетельство о смерти (либо его копия) работника, гражданина, ранее проходившего службу;

медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента и (или) выписка из нее.

97. Результаты рассмотрения документов и заключение ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания, приведших к гибели (смерти) работника, гражданина, ранее проходившего службу, с прохождением им службы оформляются протоколом заседания ВВК. Протокол заседания ВВК приобщается к книге протоколов.

98. Заключение ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания выносится по форме согласно приложению 13.

Сведения о заключении ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы в отношении работников записываются в акт освидетельствования, справку ВВК или свидетельство о болезни, книгу протоколов, а также в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) пациента.

Сведения о заключении ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы в отношении граждан, ранее проходивших службу, записываются в протокол заседания ВВК, книгу протоколов.

В случае вынесения заключения о причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы с формулировками «Военная травма», «Заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с ликвидацией последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий» в акте освидетельствования, свидетельстве о болезни, протоколе заседания ВВК, справке ВВК, заключении ВВК, медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента указывается ссылка на документ, подтверждающий обстоятельства получения телесного повреждения, заболевания.

99. Протоколы заседаний ВВК вместе с выписками из рассмотренных документов, копиями документов подшиваются в дело в хронологическом порядке и хранятся с книгами протоколов.

100. Заключение ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания, за исключением случая, предусмотренного пунктом 102 настоящей Инструкции, составляется в четырех экземплярах:

три экземпляра направляются в кадровое (пенсионное) подразделение, из которых третий экземпляр передается в структурные подразделения областных или Минского городского исполнительных комитетов, осуществляющие государственно-властные полномочия в области труда, занятости и социальной защиты, или в медико-реабилитационную экспертную комиссию;

четвертый экземпляр остается в ВВК и приобщается к протоколу заседания ВВК.

101. Если установление причинной связи телесного повреждения, заболевания с прохождением службы рассматривалось по заявлению гражданина, ранее проходившего службу, или его законного представителя, ВВК уведомляет заявителя о результатах рассмотрения заявления.

102. В случае определения причинной связи телесного повреждения, заболевания, приведших к гибели (смерти) работника, гражданина, ранее проходившего службу, с прохождением им службы заключение ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания оформляется в двух экземплярах, один из которых направляется начальнику кадрового подразделения, второй остается в ВВК и приобщается к протоколу заседания ВВК.

103. В отношении граждан, ранее проходивших службу, вынесение заключений ВВК (пересмотр заключений ВВК) о годности к службе, в том числе на момент увольнения со службы, в учетных целях не осуществляется.

ГЛАВА 7 ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ВВК

104. По результатам медицинского освидетельствования ВВК выносят следующие заключения:

104.1. в отношении граждан, принимаемых на службу:

Г – годен к службе в должности (указывается группа предназначения, и (или) должность, и (или) специальность, и (или) вид деятельности);

ГНС – годен к службе вне строя в мирное время, годен к службе в должности (указывается 3 или 4 группа предназначения, и (или) должность, отнесенная к 3 или 4 группе предназначения, и (или) специальность, и (или) вид деятельности). Данное заключение выносится в отношении граждан, проходивших службу, военнослужащих, проходивших (проходящих) военную службу по контракту, сотрудников (работников) иных военизированных организаций при назначении их в ОПЧС на должности, отнесенные к 3 или 4 группе предназначения. Заключение о годности к службе в отношении таких лиц выносится ВВК в случае, когда начальник ОПЧС, наделенный правом приема на службу (увольнения со службы), ходатайствует о целесообразности их поступления на службу;

НГ – не годен к службе в должности (указывается группа предназначения, и (или) должность, и (или) специальность, и (или) вид деятельности);

104.2. в отношении работников, граждан, поступающих в учреждения образования:

Г – годен к поступлению в ____ (указываются наименование учреждения образования, факультет и группа предназначения);

НГ – не годен к поступлению в ____ (указываются наименование учреждения образования, факультет и группа предназначения);

104.3. в отношении работников:

Г – годен к военной службе, годен к службе в должности (указывается группа предназначения, и (или) должность, и (или) специальность, и (или) вид деятельности);

ГНС – годен к службе вне строя в мирное время (указывается группа предназначения, и (или) должность, и (или) специальность, и (или) вид деятельности). По отдельному запросу кадрового подразделения ОПЧС одновременно возможно вынесение заключения ВВК о годности или негодности работника к службе на занимаемой должности;

НГМ – не годен к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время;

НГИ – не годен к военной службе с исключением с воинского учета;

ВН – временно не годен к службе (обучению):

нуждается в социальном отпуске по болезни сроком ____ (указать срок) суток;

нуждается в социальном отпуске по болезни сроком ____ (указать срок) суток с последующим медицинским освидетельствованием;

нуждается в продлении социального отпуска по болезни сроком ____ (указать срок) суток;

нуждается в освобождении (полном, частичном) от исполнения служебных обязанностей сроком ____ (указать срок) суток (также могут указываться конкретные виды деятельности, от которых освобождается освидетельствуемый: работы, требующие большого физического напряжения, связанные с длительной ходьбой или стоянием, ношением оружия и специальных средств, пребыванием на холоде или в сырых помещениях, на высоте, у движущихся механизмов, огня, воды, ночные дежурства, частые и длительные служебные командировки и (или) другие ограничения по службе);

104.4. в отношении работников, освидетельствуемых по статьям (пунктам статей) расписания болезней, предусматривающим индивидуальную оценку годности к военной службе, ВВК выносит заключение по следующим категориям:

НГМ – инд., ГНС – инд. – не годен к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время, годен к службе вне строя в мирное время. Заключение ВВК в формулировке «Годен к службе вне строя в мирное время» выносится в случаях, когда начальник ОПЧС, наделенный правом приема на службу (увольнения со службы), после соответствующего информационного сообще-



ния со стороны ВВК ходатайствует о целесообразности оставления освидетельствуемого на службе по состоянию здоровья в должностях, отнесенных к 3 или 4 группе предназначения, и намерении освидетельствуемого продолжить службу. В остальных случаях выносится заключение в формулировке «Не годен к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время»;

ГНС, ...гр. пр. – инд. – годен к службе вне строя в мирное время, не годен к службе в должностях по 1 и 2 группам предназначения, может быть использован в должностях по 3 и 4 группам предназначения (по указанным группам предназначения годность к службе вне строя определяется индивидуально);

Г, ...гр. пр. – инд. – годен к военной службе, годность при перемещении на должности по указанным группам предназначения определяется индивидуально (годен или не годен к службе на указанной должности);

104.5. в случаях указания в направлениях граждан, принимаемых на службу, дополнительных должностей (групп предназначения), кроме основной должности (группы предназначения), ВВК выносит экспертные выводы отдельно по каждой из указанных должностей (группе предназначения).

105. Положительная индивидуальная оценка годности к службе у освидетельствуемого определяется ВВК при представлении на него кадровыми подразделениями мотивированного обращения в ВВК о персональной заинтересованности начальников ОПЧС, пользующихся правом приема на службу освидетельствуемого, несмотря на имеющиеся у него конкретные незначительные отклонения в состоянии здоровья, физические недостатки или физические особенности. Также мотивированное обращение в ВВК может представляться в отношении освидетельствуемых, имеющих выдающиеся (личные) заслуги перед государством или ОПЧС.

106. В случае, если работник признан негодным к военной службе с исключением с воинского учета или негодным к военной службе в мирное время либо годным к службе вне строя в мирное время (при условии оформления заключения ВВК свидетельством о болезни) и в период оформления увольнения не может по состоянию здоровья исполнять служебные обязанности, ВВК в заключении дополнительно указывает: «Необходимо предоставить освобождение от исполнения служебных обязанностей на срок до дня исключения из списков личного состава ОПЧС, но не свыше тридцати суток».

107. ЦВВК при необходимости может определять другие формулировки заключений ВВК по категориям и вносить дополнения в заключения ВВК.

108. Если у освидетельствуемого имеется заболевание, не предусмотренное расписанием болезней, ВВК выносит заключение применительно к той статье расписания болезней, которая наиболее соответствует заболеванию освидетельствуемого и его функциональной годности к службе, в формулировке «Применительно к статье __ графы __ расписания болезней» и далее текст заключения, предусмотренного этой статьей (пунктом статьи).

109. Сведения об освидетельствуемых, состоянии их здоровья и заключения ВВК записываются:

109.1. в отношении граждан, принимаемых на службу, – в акт освидетельствования, книгу протоколов и справку ВВК;

109.2. в отношении поступающих в учреждения образования из числа:

граждан – в карту освидетельствования, книгу протоколов и справку ВВК;

работников – в карту освидетельствования, книгу протоколов, справку ВВК и медицинскую карту амбулаторного пациента;

109.3. в отношении работников – в акт освидетельствования, книгу протоколов, справку ВВК или свидетельство о болезни и медицинскую карту амбулаторного пациента;

109.4. в отношении граждан, проходивших службу в ОПЧС, – в протокол заседания ВВК, книгу протоколов, справку ВВК или заключение ВВК о причинной связи телесного повреждения, заболевания.

110. При медицинском освидетельствовании лиц, находящихся на лечении в стационарных условиях, заключение ВВК записывается в акт освидетельствования, книгу протоколов, свидетельство о болезни или справку ВВК, а также медицинскую карту стационарного пациента.

111. Книга протоколов оформляется секретарем ВВК. Запись в протоколе заседания ВВК подписывается председателем и секретарем ВВК, заверяется печатью ВВК.

В книгу протоколов записываются данные освидетельствуемого из служебного удостоверения или паспорта гражданина, полностью диагноз заболевания и заключение ВВК, при необходимости иные сведения.

При медицинском освидетельствовании работников в связи с ОГС в протоколе заседания ВВК одновременно указываются обстоятельства получения телесного повреждения, заболевания со ссылкой на документ (номер, дата выдачи, кем выдан), подтверждающий эти обстоятельства.

112. В случае, когда заключение ВВК оформляется свидетельством о болезни, в книгу протоколов данные объективного обследования и результаты специальных исследований не вносятся. При этом экземпляр свидетельства о болезни хранится как приложение к книге протоколов. В книге протоколов и на указанном экземпляре свидетельства о болезни записываются дата и заключение ЦВВК.

113. На акте освидетельствования, карте освидетельствования, каждом экземпляре свидетельства о болезни или справки ВВК, оформленных на лиц с психическими расстройствами (заболеваниями) и расстройствами поведения, злокачественными новообразованиями, венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированными, больных СПИДом, или в иных случаях ВВК проставляют штамп следующего содержания: «Снимать копии, выдавать на руки, разглашать сведения запрещается».

114. Свидетельство о болезни составляется на:

- работников, признанных негодными к военной службе с исключением с воинского учета;
- работников, признанных негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время;
- работников, признанных годными к службе вне строя в мирное время (в связи с предстоящим увольнением со службы);
- работников, признанных годными к службе вне строя в мирное время и негодными к службе на занимаемой должности (группе предназначения).

В остальных случаях заключение ВВК оформляется справкой ВВК.

В случаях вынесения штатной ВВК экспертных выводов в отношении освидетельствуемых для определения годности к службе одновременно по нескольким должностям (группам предназначения) заключение оформляется одной справкой ВВК и одним заключением службы психологической диагностики с соответствующим числом регистрационных номеров.

115. Утверждению ЦВВК подлежат:

- свидетельства о болезни, составляемые госпитальной ВВК;
- свидетельства о болезни, оформленные штатными ВВК на работников, не достигших предельного возраста состояния на службе и имеющих выслугу 20 лет и более в календарном и (или) льготном исчислении.

116. Свидетельство о болезни, подлежащее утверждению ЦВВК, составляется в пяти экземплярах.

В ЦВВК направляются два экземпляра свидетельства о болезни вместе с актом освидетельствования, медицинской и другой документацией.

После рассмотрения и утверждения в ЦВВК один экземпляр свидетельства о болезни направляется в ВВК, проводившую медицинское освидетельствование, один экземпляр остается в делопроизводстве ЦВВК.

Три экземпляра свидетельства о болезни, утвержденные ЦВВК, передаются начальнику ОПЧС, один экземпляр остается в делопроизводстве ВВК.

117. Свидетельство о болезни с неутвержденным ЦВВК заключением возвращается в составившую его ВВК с указанием причин, по которым оно не утверждено, и с необходимыми предписаниями. Один экземпляр свидетельства о болезни с неутвержденным заключением находится в ЦВВК в течение трех лет.

118. Заключения, оформляемые свидетельством о болезни и не подлежащие утверждению ЦВВК, составляются в четырех экземплярах – три экземпляра свидетельства о болезни передаются начальнику кадрового подразделения, один экземпляр остается в делопроизводстве ВВК.

119. В связи с увольнением со службы справка ВВК составляется на работников, признанных годными к военной службе, в трех экземплярах, которые направляются в кадровые подразделения.

В остальных случаях справка ВВК оформляется в одном экземпляре.



120. На работников, признанных при медицинском освидетельствовании штатными ВВК нуждающимися в социальном отпуске по болезни, справка ВВК оформляется в двух экземплярах, а госпитальной ВВК – в трех экземплярах.

121. Заключение ВВК в отношении работников действительны в течение двенадцати месяцев со дня их вынесения, если иное не определено в этих заключениях.

Заключения ВВК о категории годности к службе граждан, принимаемых на службу, граждан, поступающих в учреждение образования, действительны с момента медицинского освидетельствования в течение срока, определенного в заключении ВВК.

122. Если в состоянии здоровья освидетельствованного до истечения указанного срока произошли существенные изменения или при вновь открывшихся обстоятельствах, по направлению кадровых подразделений проводится повторное медицинское освидетельствование.

123. Свидетельства о болезни и справки ВВК, а также их копии на руки освидетельствуемым не выдаются.

124. При несогласии освидетельствованного с заключением ВВК он имеет право на обжалование заключения ВВК в порядке, установленном законодательством.

При несовпадении диагноза независимой медицинской экспертизы с заключением ВВК освидетельствованный в порядке, предусмотренном настоящей Инструкцией, может быть направлен на повторное медицинское освидетельствование.

125. Хранение медицинской и экспертной документации ВВК осуществляется в соответствии с законодательством.

126. Заключение ВВК передается под подпись работнику кадрового подразделения, направившего на медицинское освидетельствование, либо работнику кадрового подразделения вышестоящего ОПЧС.

Передача заключения ВВК оформляется путем учинения работником кадрового подразделения подписи с указанием его фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется), должности, даты получения и номера служебного удостоверения в журнале выдачи заключений ВВК. Секретарь ВВК удостоверяется в личности работника кадрового подразделения, которому передается заключение ВВК, а также сверяет данные, указанные в журнале выдачи заключений ВВК.

Заключение ВВК регистрируется кадровым подразделением не позднее рабочего дня, следующего за днем получения заключения ВВК.

Приложение 1
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

ПЕРЕЧЕНЬ

групп предназначения по видам деятельности, должностям и специальностям

1. Виды деятельности, должности и специальности, отнесенные к 1 группе предназначения:
 - 1.1. служба в соответствии со штатным предназначением в должностях, предусматривающих сменный режим несения службы и участие в ликвидации пожаров и чрезвычайных ситуаций (кроме отнесенных к другим группам предназначения);
 - 1.2. начальники пожарных аварийно-спасательных постов;
 - 1.3. курсанты дневной формы получения образования учреждений образования по специальности «Предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций» (юноши) (кроме отнесенных к 3 группе предназначения);
 - 1.4. должности работников водолазно-спасательной службы;
 - 1.5. должности работников службы химической и радиационной защиты (кроме отнесенных к 3 группе предназначения).
2. Должности, отнесенные ко 2 группе предназначения:
 - 2.1. должности водителей основного автотранспорта;
 - 2.2. должности работников взрывотехнической службы.
3. Виды деятельности, должности и специальности, отнесенные к 3 группе предназначения:
 - 3.1. Министр и его заместители;
 - 3.2. начальник, заместитель начальника и должности работников структурных подразделений центрального аппарата МЧС и подчиненных органов, подразделений и организаций, осуществляющих деятельность в области:
 - организационного обеспечения государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и гражданской обороны;
 - аварийно-спасательных служб и реагирования на чрезвычайные ситуации, боеготовности подразделений;
 - надзора и профилактики, нормативно-технической работы;
 - идеологической, кадровой работы, профессиональной подготовки;
 - телекоммуникаций (связи и оповещения);
 - обеспечения собственной безопасности;
 - охраны труда;
 - спортивно-массовой работы;
 - 3.3. начальники городских (районных) отделов по чрезвычайным ситуациям, пожарных аварийно-спасательных отрядов (частей) и их заместители;
 - 3.4. служба в авиационных аварийно-спасательных подразделениях (за исключением отнесенных к другим группам предназначения, а также проходящих медицинское освидетельствование врачебно-лётной экспертной комиссией);
 - 3.5. должности работников учебно-строевых подразделений учреждений образования МЧС;
 - 3.6. деятельность в области исследования химической и радиационной защиты;
 - 3.7. должности водителей (кроме отнесенных ко 2 группе предназначения);
 - 3.8. получение работниками общего высшего, углубленного высшего либо научно-ориентированного образования (очной) дневной форме получения образования в учреждениях образования;



3.9. курсанты дневной формы получения образования учреждений образования по специальности «Пожарная и промышленная безопасность»;

3.10. должности работников кинологической службы;

3.11. должности работников понтонно-мостовой службы.

4. Виды деятельности и должности, отнесенные к 4 группе предназначения:

4.1. начальник, заместитель начальника и должности работников структурных подразделений центрального аппарата МЧС и подчиненных органов, подразделений, осуществляющих деятельность в области:

оперативно-аналитической, организационно-аналитической работы;

мониторинга и прогнозирования чрезвычайных ситуаций;

лицензирования и надзора за продукцией и услугами в области пожарной безопасности, сертификации, метрологии и стандартизации;

режимно-секретной работы, деятельности по защите государственных секретов и документационно-го обеспечения, делопроизводства и контроля исполнения, архивно-библиотечной работы;

пропаганды и обучения, взаимодействия с общественностью, со средствами массовой информации;

научной (научно-исследовательской и научно-практической) (кроме отнесенных к 3 группе предназначения);

преподавательской деятельности;

информатики и компьютеризации;

маркетинговой, договорной работы;

международного сотрудничества;

контрольно-ревизионной деятельности;

финансового, юридического, тылового обеспечения;

медицинского, психологического обеспечения;

4.2. служба в подразделениях, осуществляющих производственно-хозяйственную деятельность (кроме отнесенных ко 2 и 3 группам предназначения);

4.3. служба в учреждениях образования (кроме отнесенных к 1–3 группам предназначения);

4.4. должности работников духовых оркестров;

4.5. должности работников, занимающихся вооружением.

Приложение 2
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

ТРЕБОВАНИЯ

к состоянию здоровья освидетельствуемых

№ п/п	Ста- тья распи- сания болез- ней	Наименование болезней, степень нару- шения функции	Категория годности к службе		Пояснения к применению статей расписания болезней
			I графа	II графа	
1	2	3	4	5	6
1	НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ (Шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра А00-В99 (далее – МКБ-10))				
1.1	1	Кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, другие бак- териальные болезни, вирусные болезни, сопровождающиеся высыпаниями, вирусные и другие болезни, передаваемые чле- нистоногими (кроме инфекций центральной нервной системы), другие болезни, вызываемые вирусами и хламидиями, риккет- сиозы, другие инфекционные и паразитарные болезни:			Пункт «а» предусматривает хронические рецидивирующие формы заболеваний. Освидетельствуемые по графе I, перенесшие острую форму бруцеллеза или ток- соплазмоза менее двенадцати месяцев назад, по пункту «б» признаются времен- но негодными к службе для оценки стойкости ремиссии. Освидетельствуемым по графе II после острой формы бруцеллеза или токсо- плазмоза предоставляется социальный отпуск по болезни до шестидесяти суток. При рецидиве бруцеллеза или токсоплазмоза заключение выносится по пункту «а». Наличие положительных серологических или аллергологических реакций без клинических проявлений бруцеллеза, токсоплазмоза или других заболеваний не может служить основанием для вынесения заключения о временной негодности или ограниченной годности к службе. В случае стойкого бактерионосительства в течение более трех месяцев освиде- тельствующиеся по графе I по пункту «б» признаются временно негодными к служ- бе на шесть месяцев. В дальнейшем при сохраняющемся бактерионосительстве, подтвержденном лабораторным исследованием, они освидетельствуются по пункту «а». Категория годности к службе работников с хроническим выделением возбудите- лей тифопаратифозных заболеваний, дизентерии и сальмонеллеза определяется по пункту «а». При острых заболеваниях категория годности к службе работников определяет- ся по окончании лечения в зависимости от состояния функций органов и систем.
		а) не поддающиеся или трудно под- дающиеся лечению	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		б) временные функциональные расстройства после острых или обо- стрения хронических болезней	НГ	ВН	





1	2	3	4	5	6
					Работники, проходящие службу в должности по виду деятельности, отнесенному к 1 группе предназначения, перенесшие легкую и неосложненную среднетяжелую форму вирусного гепатита, брюшного тифа, паратифов, признаются временно негодными с повторным медицинским освидетельствованием через шесть месяцев. По истечении этого срока указанные лица допускаются к службе при отсутствии нарушений функции печени и желудочно-кишечного тракта. Годность к службе работников в должности по виду деятельности, отнесенному к 1 группе предназначения, перенесших вирусный гепатит В или С любой формы тяжести, вирусный гепатит А тяжелой формы, брюшной тиф, паратифы тяжелой формы или гепатит с затяжным течением (более трех месяцев), определяется индивидуально в зависимости от состояния функций печени и желудочно-кишечного тракта. При выявлении у освидетельствуемых по графе I поверхностного антигена вирусного гепатита В и антител к вирусу гепатита С их медицинское освидетельствование проводится по пункту «б» статьи 59. Выявление поверхностного антигена вирусного гепатита В и антител к вирусу гепатита С у работников является основанием для обследования с целью исключения скрыто протекающего хронического гепатита. Носительство поверхностного антигена вирусного гепатита В и антител к вирусу гепатита С без признаков хронического заболевания печени не является основанием для применения данной статьи у работников. Медицинское освидетельствование пациентов с хроническими вирусными гепатитами проводится по статье 59 расписания болезней. Граждане, в том числе работники, переболевшие вирусным гепатитом, брюшным тифом, паратифами, при отсутствии у них нарушений функций печени и желудочно-кишечного тракта признаются годными к поступлению на обучение в учреждения образования, но не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения в стационарных условиях. К пункту «б» относятся временные функциональные расстройства после перенесенных острых заболеваний, когда по завершении лечения в стационарных условиях у пациента сохраняются астенизация, недостаточное питание. Заключение о нуждаемости в социальном отпуске по болезни может быть вынесено только в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания (кишечная перфорация, кишечное кровотечение, миокардит, пневмония с параневмоническим плевритом и другие осложнения) при сохранении астенизации после лечения в стационарных условиях, когда для оценки стойкости остаточных изменений и полного восстановления способности освидетельзуемого к исполнению служебных обязанностей требуется срок не менее месяца. Работникам, перенесшим легкую или среднетяжелую неосложненную форму заболевания, социальный отпуск по болезни не предоставляется. Восстановительное лечение переболевших завершается в реабилитационных отделениях



1	2	3	4	5	6
					организаций здравоохранения. В отдельных случаях работники, перенесшие тяжелую или среднетяжелую форму заболевания, могут быть переведены для продолжения стационарного лечения в санаторно-курортные организации в установленном порядке. Освидетельствуемые по графе I, перенесшие острый вирусный гепатит, брюшной тиф и паратифы, при приеме на службу признаются временно негодными к службе в течение 6 месяцев после окончания лечения в стационарных условиях, а перенесшие острый вирусный гепатит В или С признаются временно негодными к службе в течение двенадцати месяцев.
1.2	2	Туберкулез органов дыхания:			К пункту «а» относятся: все формы активного туберкулеза органов дыхания с наличием бактериовыделения и (или) распада; формы активного туберкулеза органов дыхания с выраженными симптомами интоксикации; большие остаточные изменения легких и плевры со смещением средостения, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью второй-третьей степени; последствия оперативного лечения, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью второй-третьей степени; фистулезные (свищевые) поражения бронхов. К пункту «б» относятся: все формы активного туберкулеза органов дыхания без выделения микобактерий туберкулеза и распада; трансформированные в процессе лечения тонкостенные кистоподобные полости (заживление каверны по открытому типу); большие остаточные изменения легких и плевры, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью второй степени; последствия хирургического лечения, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью второй лечения, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью первой степени или без нее. К большим остаточным изменениям относятся: множественные (более пяти) компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером менее 1 см; единичные и множественные компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером 1 см и более; множественные (более пяти) интенсивные четко очерченные очаги размером менее 1 см; единичные и множественные интенсивные четко очерченные очаги (размером 1 см и более) и фокусы; распространенный фиброз (более одного сегмента); цирротические изменения любой протяженности;
		а) активный прогрессирующий с выделением микобактерий туберкулеза и (или) наличием распада	НГ	НГИ	
		б) активный без выделения микобактерий туберкулеза и без наличия распада	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) клинически излеченный	НГ	ГНС	
		г) малые остаточные изменения после излеченного туберкулеза	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		д) временные функциональные расстройства после лечения	НГ	ВН	



1	2	3	4	5	6
					санированные полости; фиброторакс; плевропневмосклероз с бронхоэктазами; массивные (шириной более 1 см) плевральные наслоения (с кальцинацией плевры или без нее); изменения после резекции сегмента или доли легкого при наличии больших послеоперационных изменений в легочной ткани; изменения после пульмонэктомии, торакопластики, плевроэктомии, кавернотомии, экстраплеврального пневмолиза и тому подобное; сочетание двух или более признаков, характерных для малых остаточных изменений, объективизированных инструментальными методами обследования. Наличие экссудативного плеврита и других серозитов туберкулезной этиологии (перикардит, полисерозит и другое) должно быть подтверждено методами цитологического, иммунологического, микробиологического исследования, а в показанных случаях – и пункционной биопсией. Обязательно бронхологическое исследование. Туберкулезная этиология сухих плевритов должна быть доказана методами туберкулино- и иммунодиагностики, пробным лечением и динамикой лабораторных исследований. По этому же пункту освидетельствуются граждане, принимаемые на службу, граждане, поступающие в учреждения образования, при наличии или отсутствии остаточных изменений легких и плевры в ближайшие три года после завершения основного курса лечения. Основной курс лечения включает в себя стационарный, санаторный и амбулаторный этапы общей продолжительностью не менее восьми месяцев. Работники представляются на ВВК по завершении основного курса лечения. Освидетельствуемые по графе I, состоящие на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом «тубинфицированный», признаются временно негодными до снятия с диспансерного учета. К пункту «г» относятся малые остаточные изменения после перенесенного (в том числе спонтанно излеченного) туберкулеза органов дыхания по завершении наблюдения в группе клинически излеченного туберкулеза и после снятия с диспансерного учета. К малым остаточным изменениям относятся: - малые остаточные изменения первичного генеза – единичные (не более пяти) компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером менее 1 см; - единичные (до пяти) интенсивные четко очерченные очаги размером менее 1 см; - ограниченный фиброз в пределах одного сегмента; - запаянные синусы, междольевые шварты, плевродиафрагмальные и плевромедиастенальные сращения, плевроапикальные и плеврокостальные наслоения шириной до 1 см (с кальцинацией плевры или без нее) одно- или двусторонние;



1	2	3	4	5	6
					изменения после резекции сегмента или доли легкого при отсутствии больших послеоперационных изменений в легочной ткани и плевре. Медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через три года после окончания лечения. К пункту «д» относятся случаи, когда работникам для восстановления функции органов дыхания по завершении стационарного лечения необходим срок не менее одного – двух месяцев. При этом выносится заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением врача-фтизиатра с последующим медицинским освидетельствованием ВВК. Наличие единичных мелких петрификатов в легких или внутригрудных лимфатических узлах не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы, поступлению в учреждения образования. Медицинское освидетельствование с целью профессиональной реабилитации освидетельствуемых по графе II, имеющих туберкулез органов дыхания, проводится после обследования и медицинского освидетельствования врачами-фтизиатрами специализированных организаций здравоохранения и организаций здравоохранения МВД не ранее чем через три года после завершения основного курса лечения, кроме больных хроническими прогрессирующими формами туберкулеза или имеющих большие остаточные изменения в органах дыхания, указанные в пунктах «а» и «б», которые могут освидетельствоваться сразу после окончания основного курса противотуберкулезного лечения и установления данного диагноза (выявления указанных изменений)
1.3	3	Туберкулез других органов и систем:			К пункту «а» относятся: генерализованный туберкулез с сочетанным поражением различных органов и систем независимо от характера течения, давности и исхода; прогрессирующий туберкулез позвоночника, трубчатых костей и суставов, сопровождающийся натечными абсцессами или свищами; туберкулез глаз с прогрессирующим снижением зрительных функций; распространенные и обезображивающие формы туберкулеза кожи; туберкулез мочеполовых органов с распадом и (или) бактериовыделением; метатуберкулезный нефросклероз, остаточные изменения и последствия перенесенного туберкулеза органов мочевыделительной системы, отсутствие одной почки после ее удаления по поводу туберкулезного процесса при нарушении функций оставшейся почки, последствия другого оперативного лечения почек и мочевыводящих путей при наличии хронической почечной недостаточности и (или) значительного нарушения выделительной функции; рубцовые изменения мочевого пузыря со значительным нарушением мочеиспускания; отсутствие обоих яичек, удаленных по поводу туберкулеза;
		а) активный прогрессирующий	НГ	НГИ	
		б) активный в период основного курса лечения	НГ	НГМ	
		в) клинически излеченный	НГ	ГНС	
		г) остаточные изменения при отсутствии признаков активности свыше пяти лет	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		д) временные функциональные расстройства после лечения	НГ	ВН	



1	2	3	4	5	6
					прогрессирующий туберкулез перикарда, брюшины и внутрибрюшных лимфатических узлов, желудка, кишечника, печени, селезенки, ЛОР-органов или другой локализации. К пункту «б» относятся: активный ограниченный туберкулез позвоночника, костей и суставов, мочеполовых органов и другой внегрудной локализации до затихания процесса; активный туберкулез периферических лимфатических узлов без распада, свищей и бактериовыделения; остаточные явления или последствия перенесенного туберкулеза органов мочевыделительной системы, последствия хирургического лечения туберкулеза почек и мочевыводящих путей, сопровождающиеся умеренным нарушением выделительной функции почек и мочеиспускания; последствия оперативного лечения туберкулеза других органов с умеренным нарушением их функции. К пункту «в» относится туберкулез внегрудной локализации после успешно проведенного стационарного этапа лечения при достижении клинико-рентгенологического благополучия. В отдельных случаях работники, не достигшие предельного возраста состояния на службе, при хорошем эффекте от лечения внелегочных форм туберкулеза с сочетанным поражением различных органов и систем и отсутствии нарушения их функций могут признаваться годными к службе вне строя по пункту «в». К пункту «г» относятся остаточные изменения перенесенного туберкулеза внегрудной локализации при отсутствии признаков активности после завершения лечения в течение пяти лет и снятия освидетельствуемого с диспансерного учета. К пункту «д» относятся случаи, когда работникам для восстановления функции органов и систем по завершении стационарного лечения необходим срок не менее одного – двух месяцев. При этом выносится заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением врача-фтизиатра с последующим медицинским освидетельствованием ВВК
1.4	4	Лепра	НГ	НГИ	
1.5	5	Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ):			
		а) больные ВИЧ-инфекцией	НГ	НГИ	
		б) ВИЧ-инфицированные	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
1.6	6	Сифилис и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем:			Освидетельствуемые в случаях выявления у них инфекций, передающихся преимущественно половым путем, подлежат лечению. После успешного лечения они годны к службе.
		а) поздний, врожденный сифилис	НГ	НГИ	



1	2	3	4	5	6
		б) первичный, вторичный и скрытый сифилис при замедленной негативации классических серологических реакций	НГ	ГНС – инд., Г – инд.	При хронических или осложненных формах венерических уретритов граждане, принимаемые на службу, признаются временно негодными к службе в течение шести месяцев, если для завершения лечения требуется срок более трех месяцев, а при первичном, вторичном или скрытом сифилисе признаются временно негодными к службе в течение двенадцати месяцев. Критерием излеченности гонореи и сифилиса считается разрешение клинических признаков венерического заболевания и наличие отрицательного трехкратного результата при лабораторном контроле. Если через двенадцать месяцев после полноценного лечения сифилиса негативация классических серологических реакций не наступила, медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». При поражении сифилисом внутренних органов, костей, нервной системы в зависимости от степени нарушения их функций медицинское освидетельствование проводится также по соответствующим статьям расписания болезней
		в) первичный, вторичный, скрытый сифилис, гонококковая и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (мягкий шанкр, паховая лимфогранулема, паховая гранулема, негонококковые уретриты)	НГ	Г	
1.7	7	Микозы:			Освидетельствуемые по графе I, страдающие дерматофитиями, могут быть повторно освидетельствованы через шесть месяцев после ранее вынесенного заключения при положительном эффекте от проведенного лечения, подтверждаемого документально. Работники, страдающие дерматофитиями, подлежат лечению. По завершении лечения они признаются годными к службе. Диагноз микоза должен быть подтвержден лабораторным исследованием
		а) актиномикоз, кандидоз внутренних органов, кокцидиомикоз, гистоплазмоз, бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз, феомикотический абсцесс, мицетомы	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		б) дерматофития	НГ	Г	
2	НОВООБРАЗОВАНИЯ (Шифр по МКБ-10 C00-D48)				
2.1	8	Злокачественные новообразования (кроме опухолей нервной системы, лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей):			К пункту «а» относятся: злокачественные новообразования костей и суставных хрящей, первично-множественный рак внутренних органов независимо от распространения и стадии, меланома; злокачественные новообразования других органов и мягких тканей после нерадикального хирургического лечения или с отдаленными метастазами, а также при прогрессировании заболевания после ранее проведенного лечения; случаи отказа пациента от лечения злокачественного новообразования независимо от стадии и распространения опухоли. К пункту «б» относятся: рубцы после радикального лечения злокачественных опухолей нижней губы или кожи (кроме меланомы), костей и суставных хрящей; другие состояния после радикального лечения злокачественных новообразований органов (кроме костей и суставных хрящей) и мягких тканей, в том числе с регионарными метастазами. После завершения лечения в стационарных условиях работникам со злокачественными новообразованиями, указанными в пункте «б», когда перед ВВК не
		а) при невозможности радикального удаления и наличии отдаленных метастазов	НГ	НГИ	
		б) состояния после радикального удаления первоначальной опухоли	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) временные функциональные расстройства после хирургического лечения, цитостатической или лучевой терапии	НГ	ВН	



1	2	3	4	5	6
					ставится вопрос определения категории годности их к службе, по пункту «в» предоставляется освобождение или социальный отпуск по болезни. Работникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста состояния на службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространения злокачественного процесса, времени начала заболевания. Исключением являются случаи радикального излечения рака нижней губы и кожи без метастазов, когда для данной категории освидетельствуемых применяется пункт «б»
2.2	9	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (лейкозы, болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы, злокачественные иммунопролиферативные болезни, множественная миелома, злокачественные плазмоклеточные новообразования и другие):			К пункту «а» относятся злокачественные заболевания лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, когда эффект от проводимого лечения отсутствует или носит временный характер. К пункту «б» относятся заболевания с медленно прогрессирующим течением, длительным положительным эффектом от лечения, частотой обострений, не превышающей одного раза в год, с сохраненной способностью исполнять служебные обязанности. К пункту «в» относятся состояния после лучевой или цитостатической терапии по поводу злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Социальный отпуск по болезни предоставляется после проведения только первого курса лучевой или цитостатической терапии. Работникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста состояния на службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространения злокачественного процесса, времени начала заболевания.
		а) быстро прогрессирующие, а также медленно прогрессирующие со значительными изменениями в составе крови и периодическими обострениями	НГ	НГИ	
		б) медленно прогрессирующие с умеренным нарушением функции кроветворной системы и редкими обострениями	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) состояние после завершения лучевой или цитостатической терапии	НГ	ВН	
2.3	10	Доброкачественные новообразования (кроме опухолей нервной системы):			Статья применяется в случаях неудовлетворительных результатов лечения или отказа от него. К пункту «а» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей со значительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения со значительными клиническими проявлениями (смещение, сдавление органов грудной клетки); доброкачественные новообразования органов дыхания, сопровождающиеся выраженными клиническими проявлениями (кровохарканье, бронхостеноз или ателектаз); доброкачественные новообразования органов пищеварения, сопровождающиеся упадком питания или значительно затрудняющие акт глотания и прохождения пищи;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	ГНС	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Г	Г	доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов, не позволяющие ношение формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования костей, сухожилий с клиническими проявлениями, не позволяющими ношение формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования мочевых органов с выраженными дизурическими расстройствами или сопровождающиеся кровотечением; доброкачественные новообразования молочной железы, матки, яичников и других женских половых органов со значительным нарушением функций органа, требующие оперативного лечения, при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него. К пункту «б» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей с умеренным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения с нарушением функций органа; доброкачественные новообразования органов дыхания с умеренными клиническими проявлениями; доброкачественные новообразования органов пищеварения с умеренными клиническими проявлениями без упадка питания; доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов, травмируемые при ношении формы одежды или снаряжения; доброкачественные новообразования костей, сухожилий с клиническими проявлениями, затрудняющие ношение формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования длинных трубчатых костей, после удаления которых дефект костной ткани будет составлять 1/2 или более диаметра кости; доброкачественные новообразования мочевыводящих органов с умеренными дизурическими расстройствами. К настоящему пункту также следует относить фоновые состояния и предопухолевые заболевания молочной железы и женских половых органов: дисплазию; атипичную гиперплазию молочной железы; миомы матки при размерах, соответствующих 12-недельной беременности и более, сопровождающиеся кровотечениями, приводящими к анемии, или меньшие размеры, но сопровождающиеся кровотечениями, а также при наличии субмукозных или субсерозных узлов с нарушением их кровоснабжения, быстрым ростом (увеличение опухоли до размеров, соответствующих более 5 неделям беременности за год). К пункту «в» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей с незначительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения с незначительными клиническими проявлениями;



1	2	3	4	5	6
					доброкачественные новообразования органов дыхания с незначительными клиническими проявлениями; доброкачественные новообразования органов пищеварения с незначительными клиническими проявлениями, сопровождающиеся диспептическими расстройствами. При наличии полипов органов пищеварения с незначительными клиническими проявлениями и сопровождающимися диспептическими расстройствами освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; доброкачественные новообразования пяточной кости, после удаления которых дефект костной ткани будет составлять ? или более диаметра пяточной кости; доброкачественные новообразования мочевыводящих органов с незначительными дизурическими расстройствами; новообразования женских половых органов, требующие оперативного лечения: миомы матки, имеющие размеры, соответствующие 11-недельной беременности и менее, без клинических проявлений, при отсутствии поражений смежных органов с хорошим клиническим эффектом от консервативного лечения; железисто-кистозная гиперплазия, полипоз, аденоматоз эндометрия; хориорезистентные формы аденомиоза матки; дисплазии шейки матки; кисты бартолиниевой железы, кисты и фибромы влагалища бессимптомные, эрозии и полипы цервикального канала, крауроз вульвы, кисты и фибромы влагалища, нарушающие функцию. К пункту «г» относятся: доброкачественные новообразования или последствия их радикального лечения, не сопровождающиеся нарушением функций органов и систем, не затрудняющие ношения формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования молочной железы, матки, яичников и других женских половых органов, не требующие оперативного лечения. Последствия радикального оперативного лечения эрозий и дисплазий шейки матки, полипов цервикального канала, кист бартолиниевой железы, кист и фибром влагалища, не нарушающие функции, не являются основанием для применения настоящей статьи. Новообразования, указанные в пункте «г», не препятствуют поступлению в учреждения образования. Лица с доброкачественными новообразованиями головного и спинного мозга освидетельствуются по статье 23, а периферической нервной системы – по статье 26 расписания болезней. Наличие папиллом, пигментных невусов не является основанием для применения настоящей статьи, за исключением невусов, при которых заключение о категории годности к военной службе выносится по пункту «б»: гигантские пигментные невусы, наибольший линейный размер которых составляет более 20 см;



1	2	3	4	5	6
					множественные невусы (более пятидесяти) при условии наличия у близких родственников случаев меланомы, подтвержденных медицинской документацией; часто травмируемые невусы (с подтверждением фактов травматизации медицинскими документами) с признаками воспаления и (или) изъязвления при их локализации в областях возможной травматизации, обусловленной ношением формы одежды, обуви или снаряжения. Заключение о нуждаемости в социальном отпуске по болезни после хирургического лечения по поводу доброкачественных новообразований грудной или брюшной полости, когда после завершения лечения в стационарных условиях категория годности к службе не изменяется и для полного восстановления функций необходим срок не менее месяца, выносится применительно к статье 86
3	БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ (Шифр по МКБ-10 D50-D89)				
3.1	11	Болезни крови и кроветворных органов, иммунодефицитные состояния: а) быстро прогрессирующие со значительным нарушением функций б) медленно прогрессирующие со значительными изменениями состава крови и периодическими обострениями в) медленно прогрессирующие с умеренным нарушением функций кроветворной системы и редкими обострениями г) временные функциональные расстройства после несистемных болезней крови	НГ НГ НГ НГ	НГИ НГМ НГМ – инд., ГНС – инд. ВН, Г – инд.	К пункту «а» относятся установленные при обследовании в стационарных условиях в специализированной организации здравоохранения апластические анемии, наследственные формы тромбоцитопатий, гемофилии, коагулопатии, сопровождающиеся кровотечениями, кровоизлияниями. Работники, перенесшие эпизод аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры с хорошим эффектом от глюкокортикоидной терапии или спленэктомии, освиздательствуются по пункту «г». При хроническом медленно прогрессирующем течении с умеренно выраженной тромбоцитопенией без геморрагических проявлений и при отсутствии необходимости в поддерживающей гормональной терапии (после спленэктомии или без нее) медицинское освидетельствование проводится по пункту «в», а при незначительном эффекте от спленэктомии или отсутствии эффекта – по пункту «а». При впервые возникшей кожной (кожно-суставной) форме геморрагического васкулита заключение выносится по пункту «г». При частых (два и более раза в год) и длительных обострениях кожной (кожно-суставной) формы геморрагического васкулита, требующей лечения в стационарных условиях, а также при абдоминальной (почечной, смешанной) форме геморрагического васкулита – по пункту «в». При болезни Виллебранда медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функций и течения заболевания. При стойких иммунодефицитных состояниях (кроме болезни, вызываемой вирусом иммунодефицита человека), сопровождающихся частыми рецидивами инфекционных осложнений, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а». При других иммунодефицитных состояниях, саркоидозе, сопровождающихся патологическими изменениями кроветворной системы, других органов, категория годности к службе определяется в зависимости от степени нарушения функций пораженного органа или системы органов по соответствующим статьям расписания болезней



1	2	3	4	5	6
4	БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (Шифр по МКБ-10 E00-E90)				
4.1	12	Зоб без нарушения функции щитовидной железы:			К этой статье относится простой нетоксический зоб и узловой нетоксический зоб. Работникам предлагается оперативное лечение зоба. После оперативного лечения их медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» статьи 13 расписания болезней. В случае неудовлетворительных результатов лечения или при отказе от операции по поводу зоба, вызывающего расстройство функций близлежащих органов или затрудняющего ношение формы одежды, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б». Размеры щитовидной железы определяются при пальпаторном обследовании и оцениваются: 0 – щитовидная железа не пальпируется или каждая ее доля не более дистальной фаланги первого пальца кисти пациента; I – доля щитовидной железы больше, чем длина фаланги первого пальца кисти пациента, но не визуализируется при запрокинутой голове; II – щитовидная железа пальпируется и визуализируется при физиологическом положении головы. Термин «гиперплазия щитовидной железы» не используется. При определении у освидетельствуемого после пальпаторного обследования щитовидной железы размеров I и более предлагается ее ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) и консультация врача-эндокринолога. При отсутствии по результатам УЗИ функциональных нарушений и структурных изменений щитовидной железы сведения, полученные по данным пальпации, патологией не считаются (при осмотре отмечается диагноз «Практически здоров»). Размер щитовидной железы II при отсутствии структурных трансформаций и клинических проявлений экспертно расценивается как нетоксический зоб. Решение ВВК выносится по пункту «а» настоящей статьи, если отмечается расстройство функций соседних органов, или по пункту «б» настоящей статьи, если затрудняется ношение формы одежды. При подозрении на наличие узлов и другой патологии щитовидной железы освидетельствуемым предлагается амбулаторное обследование у эндокринолога. При обнаружении узлового зоба предлагается пункционная биопсия щитовидной железы с цитологией биоптата. При отсутствии подозрения на наличие новообразования экспертное решение выносится на основании настоящей статьи с учетом размеров щитовидной железы. При доброкачественных изменениях узлов решение выносится по статье 10, при злокачественных изменениях узлов – после хирургического лечения на основании статьи 13, а при отказе от хирургического лечения – по статье 8. При наличии аутоиммунного тиреоидита (зоба Хошимото), подтверждаемого инструментальными данными, без нарушения функций решение выносится по настоящей статье, при нарушении функций – по статье 13.
		а) вызывающий нарушение функций близлежащих органов	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		б) затрудняющий ношение формы одежды	НГ	ГНС	
		в) не затрудняющий ношения формы одежды	Г	Г	



1	2	3	4	5	6
					Простой (нетоксический, диффузный) зоб I степени, наличие единичной или множественных микроист щитовидной железы не препятствуют прохождению службы, поступлению на службу и в учреждения образования. При наличии у освидетельствуемых стойких эндокринных нарушений медицинское освидетельствование проводится по статье 13 расписания болезней
4.2	13	Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ:			Заключение ВВК у освидетельствуемых по I графе при впервые выявленных заболеваниях проводится только после обследования и вынесения заключения в эндокринологическом диспансере (центре). К пункту «а» относятся: заболевания гипопфиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, со значительным нарушением функций в состоянии клинико-гормональной декомпенсации на фоне медикаментозной терапии. При впервые выявленном заболевании эндокринной системы в состоянии клинико-гормональной декомпенсации на этапе подбора медикаментозной терапии медицинское освидетельствование лиц, освидетельствуемых по графе II и направленных на медицинское освидетельствование в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста состояния на службе, по окончании контракта или в связи с организационно-штатными мероприятиями, проводится по пункту «б»; состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другое) в состоянии клинико-гормональной декомпенсации на фоне заместительной терапии; генетические синдромы со значительным нарушением функций эндокринных органов в состоянии клинико-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии; сахарный диабет первого типа; сахарный диабет второго типа, требующий постоянной инсулинотерапии, в том числе в комбинации с таблетированными глюкозоснижающими препаратами; сахарный диабет второго типа, не требующий постоянной инсулинотерапии (независимо от уровня гипергликемии и характера лечения), при наличии хотя бы одного из следующих осложнений: препролиферативная и пролиферативная ретинопатия; диабетическая нефропатия с развитием хронической почечной недостаточности; автономная (вегетативная) нейропатия (с неврологическими осложнениями); диабетическая ангиопатия нижних конечностей (с нарушением периферического кровообращения), проявляющаяся трофическими язвами, гангреной стопы, невропатическими отеками, остеоартропатиями (синдром диабетической стопы), а также при рецидивирующих гипогликемических и кетоацидотических состояниях, гипогликемических и диабетических комах. В отдельных случаях при компенсированном течении сахарного диабета первого типа в отношении работников старшего и высшего начальствующего состава
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций, ожирение III степени	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций, ожирение II	НГ	ГНС	
		г) состояние после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения при наличии временных функциональных расстройств	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		д) недостаточная масса тела; ожирение I степени	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	

1	2	3	4	5	6
					ва, используемых на должностях по 3 и 4 группам предназначения, может быть вынесено заключение по пункту «б» настоящей статьи. К пункту «б» относятся: заболевания гипопфиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, с умеренным нарушением функции в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации на фоне медикаментозной терапии; состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другое) в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации на фоне заместительной терапии; генетические синдромы с умеренным нарушением функции эндокринных органов в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается только посредством постоянного приема таблетированной комбинированной глюкозоснижающей терапии; сахарный диабет 2-го типа, при котором гликированный гемоглобин составляет более 7,5 процентов; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается постоянной диетотерапией, при наличии непролиферативной ретинопатии, нефропатии третьей (микроальбуминурическая) или четвертой (протеинурическая) стадии, умеренно выраженной периферической невропатии и ангиопатии; экзогенно-конституциональное ожирение III степени; нарушения обмена веществ, требующие постоянного лечения, специального питания, соблюдения специального режима труда и отдыха (фенилкетонурия, галактоземия, гликогеноз, болезнь Вильсона – Коновалова, болезнь Гоше и другие). К пункту «в» относятся: заболевания гипопфиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации без назначения медикаментозной терапии или компенсации на фоне медикаментозной терапии; диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса – Базедова) в состоянии клинко-гормональной компенсации без назначения медикаментозной терапии; состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другое) при клинко-гормональной компенсации на фоне заместительной терапии; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается в результате назначения постоянной диетотерапии, а гликированный гемоглобин равен или менее 7,5 процентов;





1	2	3	4	5	6									
					сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается посредством постоянной терапии глюкозоснижающим лекарственным средством; почечный диабет; подострый тиреоидит с рецидивирующим течением; экзогенно-конституциональное ожирение II степени. Работникам с экзогенно-конституциональным ожирением II степени и сохраненной способностью исполнять служебные обязанности, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы, заключение выносится по пункту «д» настоящей статьи. При хроническом фиброзном и аутоиммунном тиреоидите медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функции щитовидной железы (без нарушения функции – по пункту «в» статьи 12 расписания болезней). К пункту «г» относятся состояния после оперативных вмешательств на эндокринных железах без заместительной гормональной терапии; нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак; субклинический гипотиреоз; гиперпролактинемия, состояния после лечения острого и подострого тиреоидитов. Выявление у освидетельствуемых по I графе недостаточной массы тела с индексом массы тела (далее – ИМТ) от 18,0 кг/м² до 18,5 кг/м² включительно не являются основанием для применения пункта «д» настоящей статьи. Если у освидетельствуемых по I графе установлена недостаточная масса тела с ИМТ менее 18,0 кг/м², они признаются временно негодными на три месяца. Если через три месяца у таких освидетельствуемых, после консультации врачом-эндокринологом (при необходимости врачом-гастроэнтерологом), не выявлено заболеваний, вызывающих снижение массы тела, они подлежат медицинскому освидетельствованию по пункту «д» настоящей статьи, при этом ИМТ должен составлять не менее 17,5 кг/м². Экспертные выводы по освидетельствуемым по I графе при отрицательной динамике ИМТ выносятся по пункту «в» настоящей статьи. При выявлении заболеваний, обуславливающих недостаточность питания, медицинское освидетельствование по I графе осуществляется по соответствующим статьям расписания болезней. Избыточная масса тела не препятствует приему на службу, поступлению в учреждения образования. Для оценки состояния питания используется ИМТ, который определяется по формуле: ИМТ (кг/м²) = масса тела (кг) / квадрат величины роста (м²) <table><tr><th>Оценка состояния питания</th><th>ИМТ (кг/м²)</th><th>Стадия ожирения</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Недостаточная масса тела</td><td>менее 18,5</td><td>–</td></tr></table>	Оценка состояния питания	ИМТ (кг/м ²)	Стадия ожирения	1	2	3	Недостаточная масса тела	менее 18,5	–
Оценка состояния питания	ИМТ (кг/м ²)	Стадия ожирения												
1	2	3												
Недостаточная масса тела	менее 18,5	–												



1	2	3	4	5	6		
					1	2	3
					Норма	18,5–24,9	–
					Избыточная масса тела	25,0–29,9	–
					Ожирение	30,0–34,9	I
						35,0–39,9	II
						более 40,0	III
5	ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ЗАБОЛЕВАНИЯ) И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ (Шифр по МКБ-10 F00-F99)						
5.1	14	Органические, в том числе и симптоматические психические расстройства (заболевания):			В статье предусматриваются психические расстройства (заболевания) (психотические и непсихотические) вследствие церебральных заболеваний, мозговых травм и других поражений головного мозга (в том числе психические нарушения вследствие эпилепсии), общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, других причин, приводящих к церебральной дисфункции. Заключение ВВК у освидетельствуемых по II графе выносится после медицинского обследования в стационарных условиях. К пункту «а» относятся резко выраженные психические расстройства (заболевания) (деменция, хронические психические расстройства, требующие постоянного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (более двух раз в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию). К данному пункту также относятся психические расстройства (заболевания) и специфические изменения личности вследствие эпилепсии. При этом экспертное заключение о категории годности к службе выносится по статьям 14, 21 расписания болезней. Медицинское освидетельствование при наличии только эпилептических припадков при отсутствии психических расстройств (заболеваний) и специфических изменений личности проводится по статье 21 расписания болезней. К пункту «б» относятся состояния с умеренно выраженными проявлениями (психотические состояния с благоприятным течением, непсихотические состояния с длительностью лечения в стационарных условиях один – два месяца и (или) требующие поддерживающего лечения в амбулаторных условиях; состояния, затрудняющие социальную адаптацию). К пункту «в» относятся: легкие болезненные проявления (преходящие кратковременные непсихотические расстройства с длительностью лечения до 1 месяца, не требующие диспансерного наблюдения и поддерживающего лечения; состояния, не затрудняющие социальной адаптации), возникающие вследствие острых органических		
		а) при резко выраженных стойких психических нарушениях	НГ	НГИ			
		б) при умеренно выраженных психических нарушениях	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.			
		в) при легких кратковременных болезненных проявлениях	НГ	Г – инд., ВН – инд.			
		г) при стойкой компенсации перенесенных легких психических расстройств (заболеваний) либо психические расстройства (заболевания), закончившиеся выздоровлением	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г			



1	2	3	4	5	6
					(соматических) заболеваний или травм головного мозга, завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией, легким когнитивным расстройством при отсутствии признаков органического поражения центральной нервной системы. Работникам предоставляется социальный отпуск по болезни с повторным медицинским освидетельствованием. К пункту «г» относятся состояния стойкой (не менее одного года) компенсации либо выздоровления при легких непсихотических расстройствах после острого заболевания или травмы головного мозга при отсутствии психических расстройств (заболеваний) и явлений органического поражения центральной нервной системы, когда имеются лишь отдельные рассеянные органические знаки без нарушения функций. К данному пункту относится также наличие указанных в статье психических расстройств (заболеваний) в анамнезе при отсутствии патологии со стороны нервно-психической сферы и внутренних органов. Благоприятный исход указанных психических расстройств (заболеваний) должен быть подтвержден обследованием в стационарных условиях в государственных организациях здравоохранения. Граждане, поступающие в учреждения образования, по пункту «г» признаются негодными. Работники по пункту «г» при перемещении на должности водителя, для работы с применением изолирующих дыхательных аппаратов признаются негодными
5.2	15	Аффективные расстройства (настроения):			Статьей предусматриваются психические расстройства (заболевания), при которых основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения, чаще в сторону угнетения или подъема. К пункту «а» относятся выраженные психические нарушения (с психотическими симптомами, требующими постоянного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (2 и более раз в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию). К пункту «б» относятся умеренные психические нарушения (с умеренными клиническими проявлениями без психотических симптомов, требующими лечения в стационарных условиях от одного до трех месяцев, затрудняющими социальную адаптацию), а также все формы биполярных и рекуррентных аффективных расстройств без психотических симптомов. К пункту «в» относятся легкие психические нарушения (с легкими клиническими проявлениями, хорошо поддающимися лечению в сроки до одного месяца, не затрудняющими социальную адаптацию)
		а) выраженные	НГ	НГИ	
		б) умеренные	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) легкие	НГ	Г – инд., ВН – инд.	
5.3	16	Психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ:			Статья предусматривает психические расстройства (заболевания), тяжесть которых варьируется (от употребления с вредными последствиями без синдрома зависимости до психотических расстройств, амнестического (Корсаковского) синдрома, деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ. Исключается зависимость от табака и кофеина.
		а) при синдроме зависимости с выраженными, стойкими болезненными нарушениями	НГ	НГИ	



1	2	3	4	5	6
		б) при синдроме зависимости с умеренными или незначительными психическими расстройствами (заболеваниями) и расстройствами поведения	НГ	НГМ	Медицинское освидетельствование работников проводится после обследования и лечения в стационарных условиях. К пункту «а» относятся хронические и повторные острые психотические расстройства, причинно-связанные с употреблением психоактивных веществ (включая алкоголь), и синдром зависимости от психоактивных веществ (включая зависимость от алкоголя) с выраженными изменениями личности или интеллектуально-мнестическими нарушениями. К пункту «б» относятся: острое психотическое расстройство вследствие употребления психоактивных веществ (включая алкоголь); патологическое опьянение; синдром зависимости от психоактивных веществ (включая зависимость от алкоголя) с умеренно выраженными изменениями личности; начальные проявления синдрома зависимости от психоактивных веществ (включая зависимость от алкоголя) в форме психологической зависимости от какого-либо психоактивного вещества (включая алкоголь). Для освидетельствуемых по I графе анамнестические данные, которые верифицировались как употребление алкоголя с вредными последствиями (повторные в течение года эпизоды употребления алкоголя, приводящие к психофизическим и физическим расстройствам, нарушениям социальной адаптации без признаков синдрома зависимости), применяется пункт «в» настоящей статьи. К пункту «в» также относится употребление (употребление с вредными последствиями) любых психоактивных веществ, то есть случаи повторного приема психоактивных веществ, приводящие к нарушениям психического и физического здоровья и социальной адаптации, при отсутствии признаков синдрома зависимости от этих веществ. Положительное заключение ВВК по пункту «в» настоящей статьи о возможности ношения табельного оружия и управления служебным автотранспортом у освидетельствуемых по графе II принимается при ремиссии более пяти лет
		в) употребление алкоголя с вредными последствиями; употребление иных психоактивных веществ	НГ	ГНС	
5.4	17	Психические расстройства (заболевания) эндогенной этиологии:			В статье предусматриваются шизофрения, шизотипические, шизоаффективные, хронические бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство, а также острые и транзиторные психотические расстройства. Медицинское освидетельствование работников при впервые выявленных признаках заболевания проводится только после обследования и лечения в стационарных условиях. При наличии психического расстройства (заболевания), предусмотренного в данной статье, подтвержденного медицинскими документами о лечении и наблюдении в условиях психиатрического стационара, психиатрического отделения государственной организации здравоохранения, решение о категории годности к службе работников принимается без повторного обследования в стационарных условиях.
		а) шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства	НГ	НГИ	
		б) острые и транзиторные психотические расстройства	НГ	НГМ	



1	2	3	4	5	6
					К пункту «а» относятся шизофрения, шизотипические, шизоаффективные, хронические бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство и другие неорганические психотические расстройства. К пункту «б» относятся острые и преходящие психотические расстройства, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов и с симптомами шизофрении, острое шизофреноподобное психотическое расстройство, другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства, другие острые и транзиторные психотические расстройства, в том числе неуточненные
5.5	18	Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства:			В статье предусматриваются тревожно-фобические, тревожные, обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства, реакции на тяжелый стресс, нарушение адаптации и другие невротические расстройства. К данной статье относятся также расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), расстройства сна неорганической природы (бессонница, гиперсомния, снохождение, ночные ужасы и кошмары), тикозные расстройства. К пункту «а» относятся хронические психические расстройства, требующие длительного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями в течение года, стойко затрудняющие социальную адаптацию. К пункту «б» относятся состояния, требующие лечения в стационарных условиях и последующего лечения в амбулаторных условиях, а также повторные болезненные проявления, затрудняющие социальную адаптацию и исполнение служебных обязанностей, несмотря на проводимое лечение в стационарных условиях. К пункту «в» относятся непсихотические расстройства с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией и незначительно затрудняющие социальную адаптацию. Работники, перенесшие кратковременные (часы, дни) острые реакции на стресс (обусловленные шокowymi психогениями) при полном выздоровлении в индивидуальном порядке могут признаваться годными к дальнейшей службе по пункту «в» настоящей статьи. Годность к службе граждан, принимаемых на службу и имевших в анамнезе расстройство психического здоровья в рамках формулировки пункта «в» настоящей статьи при условии полной компенсации психического здоровья в течение пяти лет, может индивидуально рассматриваться по пункту «г» настоящей статьи. К пункту «г» относятся кратковременные непсихотические расстройства, хорошо поддающиеся лечению, закончившиеся выздоровлением и полной социальной адаптацией. Работники, поступающие в учреждения образования, по пункту «в» признаются негодными. К данной статье также относятся суицидальные, парасуицидальные действия и намерения
		а) при резко выраженных проявлениях	НГ	НГИ	
		б) при умеренно выраженных проявлениях, повторных	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) состояния, закончившиеся компенсацией	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		г) при легких и кратковременных проявлениях, закончившихся выздоровлением	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	Г	

1	2	3	4	5	6
5.6	19	Расстройства личности:			В статье предусматриваются специфические и другие расстройства личности и поведения, в том числе и начинающиеся в детском и подростковом возрасте (кроме тикозных расстройств); хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга; расстройства привычек и влечений; расстройство половой идентификации; расстройства сексуального предпочтения; психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией. Медицинское освидетельствование работников проводится после обследования в стационарных условиях, изучения личного дела, справки из кадрового подразделения и медицинской характеристики. В случае отказа от обследования в стационарных условиях медицинское освидетельствование работников проводится после комиссионного заключения врачами – психиатрами-наркологами ВВК и организаций здравоохранения МВД. К пункту «а» относятся: расстройства личности и поведения при тяжелых декомпенсациях, требующих повторного и длительного лечения в стационарных условиях и (или) диспансерного наблюдения, а также расстройства, сопровождающиеся коморбидной психиатрической патологией. По данному пункту освидетельствуются также граждане, страдающие транссексуализмом и сменившие пол, указанный в паспорте гражданина Республики Беларусь или ином документе, удостоверяющем личность, и (или) в отношении которых проведена гормональная и (или) хирургическая коррекция пола. К пункту «б» относятся: компенсированные и с неустойчивой компенсацией расстройства личности и поведения (затрудняющие семейную, трудовую и социальную адаптацию, снижающие уровень функционирования); расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения. Лица с психопатоподобными состояниями (изменениями личности), причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами), освидетельствуются по тем статьям расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии. К пункту «в» относятся незначительно выраженные расстройства поведения, эмоций, смешанные расстройства поведения и эмоций, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, а также особенности характера, не достигающие степени расстройства личности; аутодеструктивные действия, инородные предметы на теле с учетом их локализации, характера, обширности и содержания. Случаи установочного, нарочитого поведения, проявления недисциплинированности, не вытекающие из всей патологической структуры личности, не могут оцениваться как признаки личностного расстройства
		а) с выраженными нарушениями	НГ	НГИ	
		б) с умеренными нарушениями	НГ	НГМ	
		в) расстройства поведения и эмоций	НГ	ГНС	





1	2	3	4	5	6
5.7	20	Умственная отсталость и нарушения психологического развития:			К пункту «а» относится умеренная, тяжелая, глубокая умственная отсталость (коэффициент умственного развития от 49 баллов и ниже). К пункту «б» относятся легкая умственная отсталость (коэффициент умственного развития в диапазоне 50–69) и нарушения психологического развития. Если при установлении этого диагноза результаты врачебного обследования не соответствуют другим данным, характеризующим поведение освидетельствуемого в быту, на производстве, в подразделении и другое, возможно проведение обследования в стационарных условиях. В случае ошибки ВВК при медицинском освидетельствовании перед приемом на службу или приеме на службу без медицинского освидетельствования работники с отмеченными выше изменениями признаются негодными по пункту «а» или «б»
		а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени умственной отсталости	НГ	НГИ	
		б) в легкой степени умственной отсталости и нарушениях психологического развития	НГ	НГМ	
6	БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (Шифр по МКБ-10 G00-G99)				
6.1	21	Эпилепсия:			Статья предусматривает эпилепсию как хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными, преимущественно спонтанными непровоцируемыми приступами с нарушением двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов в сером веществе коры головного мозга (в последних случаях применяется также статья 14 расписания болезней). Симптоматическая эпилепсия к этой статье не относится. В этом случае медицинское освидетельствование проводится по основному заболеванию, приведшему к развитию судорожного синдрома. Частота приступков определяется на фоне противоэпилептического лечения в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения больных с патологией нервной системы. При наличии частых (три и более раза в год) приступков медицинское освидетельствование проводится по пункту «а». Лица, перенесшие эпилептический статус с подтвержденным стационарно диагнозом эпилепсии, освидетельствуются по пункту «а» независимо от частоты приступов. При единичных редких (менее трех раз в год) приступках медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». Наличие приступа должно быть подтверждено медицинским работником, также могут быть приняты к рассмотрению другие медицинские документы, подтверждающие эпилептический приступок. В отдельных случаях могут быть приняты во внимание свидетельства очевидцев, подписанные должностными лицами медицинского состава и утвержденные руководством ОПЧС, если описанные ими приступок и до- и постприступное состояние дают основание считать приступок эпилептическим. В сомнительных случаях следует запрашивать дополнительные сведения по месту жительства, учебы, работы, прохождения военной службы освидетельствуемого.
		а) при частых эпилептических или эпилептиформных приступах	НГ	НГИ	
		б) при редких эпилептических или эпилептиформных приступах	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	



1	2	3	4	5	6
					Вопрос о категории годности работников, у которых наличие припадков не подтверждено медицинским работником, решается после обследования в стационарных условиях. Освидетельствуемые по II графе с припадками не годны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к несению службы с огнестрельным оружием, суточным дежурствам, работе с государственными секретами, работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов. При наличии в анамнезе у освидетельствуемых по I графе хотя бы одного припадка, зафиксированного в медицинской документации, и (или) наличии на электроэнцефалограмме в покое или при функциональных нагрузках патологических изменений (пики, острые волны, все виды комплексов пик-волна, комплексы «острая-медленная» волна, полиспайки, фотопароксизмальная реакция, пароксизмальная активность, межполушарная асимметрия) медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». В случаях однократного судорожного припадка любого характера (в том числе фебрильные судороги, исключая фебрильный статус), бессудорожного пароксизма или специфических расстройств настроения в анамнезе (более 10 лет) вопрос о категории годности к службе, поступлении в учреждения образования решается после углубленного медицинского обследования. При отсутствии на электроэнцефалограмме (далее – ЭЭГ) характерных для эпилепсии признаков рекомендуется проведение суточного или не менее 6-часового ЭЭГ-мониторирования, в том числе с депривацией сна, и консультация эпилептолога (врача-невролога центров пароксизмальных состояний или из иных государственных учреждений здравоохранения областного или республиканского уровня), магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) головного мозга. В случае отсутствия патологии со стороны нервной системы граждане признаются годными к службе, поступлению в учреждения образования по статье 24г
6.2	22	Воспалительные, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их последствия:			Статья предусматривает инфекционные и паразитарные заболевания центральной нервной системы, поражения головного или спинного мозга при различных инфекциях (первичные и вторичные энцефалиты, энцефаломиелиты, менингиты, полиомиелит, клещевой и комариный вирусные энцефалиты, поражения нервной системы при туберкулезе, сифилисе и другие), демиелинизирующие заболевания, острые и хронические интоксикации. К пункту «а» относятся: болезни нервной системы, сопровождающиеся параличами или глубокими парезами, выраженным вторичным паркинсонизмом, частыми (три и более раза в год) эпилептическими припадками, выраженными распространенными гиперкинезами, частыми приступами кожевниковской или джексоновской эпилепсии, атактическими расстройствами, выраженной гидроцефалией, резкой ликворной гипертензией (синдромом повышения внутричерепного давления с выраженными клиническими проявлениями);
		а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначе-	1, 2 группы предназначе-	



1	2	3	4	5	6
			ния – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	3, 4 группы предназначения – Г	оптико-хиазмальный арахноидит с расстройством зрения (должен быть подтвержден данными МРТ головного мозга либо компьютерной томографии (далее – КТ); рассеянный склероз вне зависимости от степени нарушения функций; последствия перенесенного энцефаломиелита (миелита) с явлениями паралича или выраженного пареза; тяжелые формы поражения нервной системы при раннем и позднем нейросифилисе, туберкулезный менингит, паразитарные поражения нервной системы независимо от результатов лечения. К пункту «б» относятся остаточные явления и последствия заболеваний, которые по степени нарушения функций центральной нервной системы ограничивают возможность прохождения службы, но не исключают ее полностью (остаточные явления энцефалита, арахноидита с умеренно выраженным гемипарезом в форме понижения силы мышц, повышения мышечного тонуса; умеренная гидроцефалия, умеренная ликворная гипертензия), а также с частыми (два и более раза в год) и длительными (для освидетельствуемых по I графе – не менее шести месяцев, для работников – не менее четырех месяцев) декомпенсациями болезненных расстройств. К пункту «в» относятся последствия и остаточные явления поражения центральной нервной системы с незначительным нарушением функций, отдельными органическими знаками, сочетающимися с вегетативно-сосудистой неустойчивостью и астеноневротическими проявлениями при безуспешности лечения. При улучшении состояния и восстановлении способности к исполнению служебных обязанностей медицинское освидетельствование работников проводится по пункту «г». К пункту «г» относятся последствия и остаточные явления поражения нервной системы, при которых имеются незначительная астенизация, вегетативно-сосудистая неустойчивость и отдельные стойкие рассеянные органические знаки, не сопровождающиеся расстройством двигательных, чувствительных, координаторных и других функций нервной системы. Наличие указанных в настоящей статье расстройств должно быть подтверждено медицинскими документами, сведениями характеристик с места работы, учебы или службы о влиянии указанных расстройств на трудоспособность или исполнение служебных обязанностей, а диагноз – объективизирован результатами клинических и специальных исследований. После перенесенного менингита, менингоэнцефалита заключение о годности к службе освидетельствуемых по I графе выносится по истечении одного года после углубленного медицинского обследования (МРТ/КТ, ЭЭГ, электроэнцефалографии и иных), а при наличии судорожного приступа в остром периоде этих заболеваний – по истечении пяти лет. При отсутствии резидуальных явлений или при наличии лишь рассеянных органических знаков, не сопровождающихся расстройством функций, вынесение



1	2	3	4	5	6
					заключения ВВК в отношении освидетельствуемых по I графе производится по пункту «г» настоящей статьи. При оценке выраженности синдрома внутричерепной гипертензии кроме показателей давления спинномозговой жидкости учитываются клиника заболевания, наличие окклюзионно-гидроцефальных пароксизмов, застойных изменений на глазном дне, вторичной атрофии дисков зрительных нервов, данные эхоэнцефалоскопии, ЭЭГ, степень расширения желудочковой системы мозга по данным КТ или МРТ. Расширение желудочковой системы головного мозга оценивается по данным КТ или МРТ. Признаками гидроцефалии считают отношение максимальной ширины передних рогов к расстоянию между внутренними пластинками лобных костей на этом уровне свыше 0,5 (менее 0,4 – норма; 0,4–0,5 – пограничное значение; свыше 0,5 – гидроцефалия), индекс Эванса (отношение ширины передних рогов к максимальному расстоянию между внутренними пластинками теменных костей) свыше 26, индекс III желудочка (до 20 лет – свыше 3,0; до 50 лет – свыше 3,9; 50 лет и старше – более 4,5). Наличие перивентрикулярного отека оценивают по данным компьютерной томографии (понижение плотности перивентрикулярного белого вещества), магнитно-резонансной томографии (сигнал высокой интенсивности на T2-изображениях). Критериями выраженных клинических проявлений синдрома повышения внутричерепного давления считают: наличие головной боли, рвоты, глазодвигательных нарушений, когнитивных нарушений, нарушений походки, нарушений функции тазовых органов, застойных дисков зрительных нервов; ликворное давление при люмбальной пункции свыше 300 мм водного столба (в норме давление спинномозговой жидкости при горизонтальном положении тела колеблется от 70 до 200 мм водного столба, незначительное повышение – от 200 до 300, умеренное – от 300 до 400, резкое – 400 и выше); перивентрикулярный отек. Критериями умеренно выраженных клинических проявлений синдрома повышения внутричерепного давления считают: наличие головной боли, начальных явлений застоя на глазном дне; ликворное давление при люмбальной пункции свыше 200 мм водного столба. При наличии интеллектуально-мнестических, эмоционально-волевых или других психических расстройств, возникших вследствие перенесенных органического поражения головного мозга, инфекционного заболевания или интоксикации, медицинское освидетельствование проводится по статье 14 расписания болезней
6.3	23	Органические, наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы и нервно-мышечные заболевания:			
		а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	НГ	НГИ	Статья предусматривает церебральные дегенерации, болезнь Паркинсона, другие болезни экстрапирамидной системы (включая эссенциальный тремор), заболевания, сопровождающиеся тиками (синдром Туретта – освидетельствование осуществляется совместно с врачами-психиатрами), спиноцеребеллярные дегенерации, опухоли головного и спинного мозга, детский церебральный паралич,



1	2	3	4	5	6
		б) с умеренным нарушением функций или медленно прогрессирующим течением	НГ	НГМ	врожденные аномалии (пороки развития), болезни нервно-мышечного соединения и мышц, а также другие болезни центральной нервной системы (гидроцефалия, церебральные кисты, кисты оболочек мозга и другое).
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	К пункту «а» относятся тяжелые врожденные аномалии (пороки развития) и болезни нервной системы, а также болезни с быстро прогрессирующим течением или сопровождающиеся резким нарушением функций (опухоли головного или спинного мозга, сирингомиелия с резко выраженными нарушениями трофики, боковой амиотрофический склероз, миастения, амиотрофия невральная, спинальная атакия Фридрейха, мозжечковая атакия Пьера Мари, болезнь Паркинсона, начиная со 2 стадии по Хен – Яру или при наличии флюктуаций и дискинезий, другие формы паркинсонизма (мультисистемная атрофия, прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация), синдром Туретта, наследственные полинейропатии с выраженными клиническими проявлениями, наследственные сенсомоторные невропатии, детский церебральный паралич, миотония, миопатия, миодистрофии и другое); эссенциальный тремор, сопровождающийся грубыми нарушениями письма (невозможность прочитать написанное освидетельствуемым, поставить подпись), нарушение способности к самообслуживанию (застегивание пуговиц, завязывание шнурков, прием пищи и другое), а также с выраженными изменениями при выполнении рисуночных тестов (спиралограмм, параллельных линий и других). К пункту «б» относятся болезни, течение которых характеризуется медленным, на протяжении длительного времени (не менее года) нарастанием симптомов (сирингомиелия с незначительной атрофией мышц и легким расстройством чувствительности, краниостеноз с синдромом внутричерепной гипертензии, медленно прогрессирующие формы миопатий, а также начальные стадии болезни Паркинсона при стабильном ответе на терапию и другое). К пункту «в» относятся крайне медленно прогрессирующие болезни нервной системы, когда объективные признаки выражены в незначительной степени (сирингомиелия с нерезко выраженными диссоциированными расстройствами чувствительности, без атрофии мышц и трофических расстройств, легкие формы миотоний и другое) или когда симптомы заболевания длительно удерживаются в одном и том же состоянии. Граждане, принимаемые на службу, при наличии в анамнезе родовой травмы с резидуально-органическими изменениями головного мозга (антенатальная, перинатальная и постнатальная) неустановленного генеза без психических расстройств при наличии рассеянной очаговой симптоматики, изменений на ЭЭГ в виде очагов патологической активности, пароксизмов, признаков внутричерепной гипертензии, незначительных патологических изменений на КТ по пункту «в» настоящей статьи признаются негодными. После радикального удаления доброкачественных опухолей головного, спинного мозга медицинское освидетельствование проводится в зависимости от нарушения функции по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи.



1	2	3	4	5	6
6.4	24	Сосудистые заболевания головного, спинного мозга:			Статья предусматривает субарахноидальные, внутримозговые кровоизлияния, другие внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, транзиторные ишемии мозга, последствия сосудистых поражений головного или спинного мозга. Работники, при выявлении у них обморочных состояний, подлежат обследованию в стационарных условиях. Направление на медицинское освидетельствование ВВК в этих случаях проводится после соответствующего заключения ВКК учреждений здравоохранения. К пункту «а» относятся: повторные инсульты независимо от степени нарушения функций; стойкие выпадения функций нервной системы, наступившие вследствие острого нарушения церебрального или спинального кровообращения; дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия головного мозга в третьей стадии. (наличие не менее трех синдромов: псевдобульбарного, пирамидного, мозжечкового, экстрапирамидного, чувствительных нарушений, гемиплегии, глубокие парезы, расстройства речи, памяти, мышления, явления паркинсонизма, эпилептические припадки, нарушения функций тазовых органов и другое). Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии должен быть подтвержден данными МРТ, КТ-исследований (наличие признаков структурных изменений мозгового вещества), снижение когнитивных функций должно быть подтверждено врачом – психиатром-наркологом. При аневризмах и артериовенозных мальформациях сосудов головного и спинного мозга, явившихся причиной нарушения мозгового кровообращения и невозможности оперативного лечения или при отказе от него, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» независимо от степени выраженности остаточных явлений нарушений мозгового кровообращения и функций нервной системы. К пункту «б» относятся: множественные артериальные аневризмы после их выключения из кровообращения; артериовенозные мальформации после эмболизации, искусственного тромбирования или интракраниального удаления; бессимптомные одиночные аневризмы, множественные и (или) одиночные, сочетающиеся с клиническими проявлениями, интракраниальные сосудистые мальформации при невозможности или отказе от их планового оперативного лечения; последствия тромбозов вен головного мозга при наличии отдельных стойких органических знаков со стороны нервной системы; сосудистые поражения головного или спинного мозга с благоприятным течением и умеренной выраженностью очаговых выпадений;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций; частые транзиторные ишемии мозга	НГ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций; редкие транзиторные ишемии мозга; обмороки с частотой два и более раза в месяц без признаков органического поражения центральной нервной системы	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		г) при наличии обмороков с частотой два и более раза в год без признаков органического поражения центральной нервной системы	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия головного мозга, второй стадии при церебральном атеросклерозе (неврологическая симптоматика носит стойкий, умеренно выраженный характер с признаками формирования не менее двух из следующих неврологических синдромов: псевдобульбарного, пирамидного, мозжечкового, чувствительных нарушений, экстрапирамидного, умеренных когнитивных нарушений, астеноневротического и других: слабодушие, головные боли, головокружение, нарушения сна, снижение способности к исполнению служебных обязанностей при наличии отдельных стойких органических знаков со стороны центральной нервной системы в виде четкой анизорефлексии, вялой реакции зрачков на свет, пирамидных симптомов и других); частые (три и более раза в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемии мозга, гипертонические церебральные кризы тяжелые и средней тяжести); последствия нарушения спинального кровообращения в виде легкого пареза конечностей, расстройств чувствительности, трофических нарушений и (или) стационарно подтвержденных нарушений функций тазовых органов; стенозирование общей и (или) внутренней сонной артерии на 70 % и более с клиническими проявлениями или их окклюзия без клинических проявлений. К пункту «в» относятся: одиночные артериальные аневризмы после внутричерепного клипирования, выключения из кровообращения с помощью баллонизации или искусственного тромбирования; интракраниальные сосудистые мальформации без клинических проявлений и при отсутствии показаний к оперативному лечению; редкие (не более двух раз в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемии мозга, гипертонические церебральные кризы), сопровождающиеся нестойкими очаговыми симптомами со стороны центральной нервной системы (парезы, парестезии, расстройства речи, мозжечковые явления), которые удерживаются не более суток и проходят без нарушения функций нервной системы; инсульты с восстановимым неврологическим дефицитом; дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия головного мозга, первой стадии в виде рассеянных органических знаков (анизорефлексия, патологические рефлексы и другое) в сочетании с легкими или умеренными когнитивными нарушениями, астеноневротическим синдромом (эмоциональная неустойчивость, раздражительность, ухудшение памяти, головная боль, головокружение, расстройство сна, шум в ушах и другое), требующая лечения в стационарных или амбулаторных условиях; стенозирование общей сонной и (или) внутренней сонной артерии от 30 % и более без клинических проявлений;



1	2	3	4	5	6
					различные формы мигрени с частыми (три и более раза в год) и длительными (сутки и более) мигренозными приступами, подтвержденными медицинскими документами и динамическим наблюдением, требующими лечения в стационарных условиях (для верификации диагноза обязательно проведение МРТ головного мозга с ангиопрограммой); дисфункция вегетативной нервной системы с частыми (один и более раз в месяц) кризами, проявляющимися острым малокровием мозга (простые и судорожные обмороки), подтвержденными медицинскими документами. К пункту «г» относятся: пациенты с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения в виде отдельных нестойких органических микросимптомов, признаков вегетососудистой неустойчивости, легкого снижения отдельных когнитивных функций (внимание, регуляторные функции), сочетающихся с астеноневротическими проявлениями; различные формы мигрени с редкими приступами и (или) длительным периодом компенсации (бесприступный период более трех лет); стенозирование общей сонной и (или) внутренней сонной артерии до 30 % без клинических проявлений; единичные судорожные приступы у освидетельствуемых по графе II расписания болезней; дисфункция вегетативной нервной системы с редкими кризами. Пациенты, подверженные (обморокам) или единичным синкопальным состояниям в анамнезе, до медицинского освидетельствования в ВВК подлежат лечению и углубленному обследованию с обязательным проведением лабораторно-инструментальных исследований (в том числе ЭЭГ, УЗИ сердца (далее – ЭхоКГ), суточного мониторирования ЭКГ, КТ или МРТ головного мозга, УЗИ брахиоцефальных артерий, рентгенографии шейного отдела позвоночника и другие), а также консультаций кардиолога и других специалистов по показаниям. Диагноз «дисфункция вегетативной нервной системы» устанавливается в случаях, когда не выявлено других заболеваний, сопровождающихся нарушениями вегетативной нервной системы. Освидетельствуемые по I графе при наличии одного обморока, в том числе неуточненного генеза, признаются негодными к службе в соответствии со статьей 28 расписания болезней до истечения двух лет с момента обморока. В последующем в случаях отсутствия органических изменений при углубленном медицинском обследовании они могут быть допущены к повторному медицинскому освидетельствованию по пункту «г» настоящей статьи. Лица с повторными обмороками, освидетельствуемые по графе I, признаются негодными по статье 28 расписания болезней до истечения пятилетнего периода от зафиксированного повторного обморочного состояния.



1	2	3	4	5	6
					Граждане, освидетельствуемые по I графе, при наличии у них единичного синкопального состояния (обморока), возникшего в условиях, его провоцирующих (пребывание в душном, многолюдном помещении, при заборе крови, стоматологической процедуре, высокая температура тела и другие), при отсутствии по результатам углубленного медицинского обследования заболеваний, его вызывающих, допускаются к медицинскому освидетельствованию через один год с вынесением экспертных выводов по пункту «г» настоящей статьи. Работники при наличии обмороков вследствие других заболеваний или расстройств (инфекции, травмы, интоксикации и другое) освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней. Работников, подверженных обморокам с частотой, указанной в пунктах «в» и «г» настоящей статьи, не рекомендуется допускать к управлению служебными транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов сроком на один год. Работников после перенесенного однократного токсического или метаболического судорожного приступа, а также при однократном судорожном приступе, развившемся на фоне иных заболеваний (состояний), не рекомендуется допускать к управлению служебными транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов сроком на два года. Работникам после перенесенного преходящего нарушения мозгового кровообращения в соответствии со статьей 28 расписания болезней может быть вынесено заключение о необходимости предоставления освобождения или социального отпуска по болезни. После перенесенного спонтанного (нетравматического) субарахноидального кровоизлияния освидетельствуемым по графе I заключение ВВК выносится по пункту «а», работникам – по пункту «б», а при повторных субарахноидальных кровоизлияниях (независимо от этиологии) – по пункту «а». После хирургического лечения по поводу аневризмы сосудов головного мозга, других сосудистых поражений головного или спинного мозга освидетельствуемым по графе I заключение ВВК выносится по пункту «а» настоящей статьи, а работникам – по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от радикальности операции, ее эффективности, величины послеоперационного дефекта костей черепа, динамики восстановления нарушенных функций. При наличии дефекта костей черепа применяются соответствующие пункты статьи 81 расписания болезней
6.5	25	Последствия травм головного, спинного мозга. Последствия поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов:			Статья предусматривает ближайшие и отдаленные (через год или более с момента травмы) последствия травм головного или спинного мозга, осложнения травматических повреждений центральной нервной системы, а также последствия травм от воздушной взрывной волны и воздействия других внешних факторов.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	

1	2	3	4	5	6
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ	К пункту «а» относятся последствия травматических повреждений с тяжелыми расстройствами функций головного или спинного мозга (ушибы и сдавления мозга, приводящие к стойким параличам или глубоким парезам, нарушению функций тазовых органов и тому подобное); последствия травматических повреждений мозгового вещества с расстройством корковых функций (афазия, агнозия, апраксия и тому подобное); внутричерепные кисты гигантских размеров; посттравматический арахноидит, посттравматическая гидроцефалия, арахноидальные и порэнцефалические кисты, приводящие к резкому повышению внутричерепного давления (подтверждается данными инструментальных методов исследования) и (или) частым (три и более раза в год) эпилептическим припадкам и другим выраженным клиническим проявлениям. При оценке выраженности синдрома повышения внутричерепного давления необходимо руководствоваться критериями, изложенными в пояснениях к статье 22 расписания болезней. К пункту «б» относятся последствия травм головного или спинного мозга, при которых очаговые симптомы и расстройства функций не достигают степени выраженности, предусмотренной пунктом «а»: парез, умеренно ограничивающий функцию конечности; умеренно выраженные мозжечковые расстройства в форме неустойчивости при ходьбе, нистагма; чувствительные нарушения; внутричерепные кисты больших размеров арахноидальные и порэнцефалические кисты с синдромом повышения внутричерепного давления с умеренно выраженными клиническими проявлениями; внутричерепной мультикистоз; посттравматический арахноидит, гидроцефалия с умеренно выраженным или незначительным повышением внутричерепного давления, редкими (менее трех раз в год) эпилептическими припадками. К пункту «в» относятся последствия травматического повреждения головного или спинного мозга, посттравматическая гидроцефалия, арахноидальные и порэнцефалические кисты малого объема без синдрома повышения внутричерепного давления; посттравматический арахноидит без признаков повышения внутричерепного давления, при которых в неврологическом статусе выявляются рассеянные органические знаки (асимметрия черепной иннервации и анизорефлексия, легкие расстройства чувствительности и другое), сочетающиеся со стойкими астено-невротическими проявлениями и вегетативно-сосудистой неустойчивостью, а также старые вдавленные переломы черепа без признаков органического поражения и нарушения функций. Заключение ВВК в отношении освидетельствуемых по I графе по пункту «в» выносится при отсутствии положительной динамики болезненных проявлений в результате проводимого лечения, а также при затяжных или повторных деком-
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	





1	2	3	4	5	6
					пенсациях. При улучшении состояния, компенсации болезненных проявлений заключение ВВК в отношении освидетельствуемых по I графе выносится по пункту «г». К пункту «г» относятся последствия травм головного и спинного мозга, при которых имеются отдельные рассеянные органические знаки, вегетативно-сосудистая неустойчивость и незначительные явления астенизации без нарушения двигательных, чувствительных, координаторных и других функций нервной системы, восстановительный период при черепно-мозговой травме у освидетельствуемых по графе II. Работники с незначительно выраженными последствиями травм и поражений центральной нервной системы, а также при наличии объективных данных без нарушения функций, освидетельствуемые по пунктам «в» и «г», в течение двенадцати месяцев не годны к управлению служебными транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к несению службы с огнестрельным оружием, работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов. Освидетельствуемые по I графе при наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы тяжелой тяжести, независимо от срока давности, подтвержденной медицинскими документами, признаются негодными к службе без повторного медицинского освидетельствования по пункту «в»; при наличии в анамнезе более 10 лет назад черепно-мозговой травмы средней степени тяжести, подтвержденной медицинскими документами, подлежат углубленному обследованию с применением необходимых инструментальных методов исследования и консультаций специалистов, и при отсутствии структурных и функциональных изменений со стороны головного мозга, а также клинических проявлений могут быть освидетельствованы по пункту «г» настоящей статьи; при наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы легкой степени тяжести, подтвержденной медицинскими документами, признаются негодными к службе в течение шести месяцев от момента травмы с последующим медицинским освидетельствованием с применением необходимых инструментальных методов исследования, консультаций специалистов, и при отсутствии структурных и функциональных изменений со стороны головного мозга, а также клинических проявлений, признаются годными к поступлению на службу, поступлению в учреждения образования. При наличии интеллектуально-мнестических расстройств или других психических расстройств (заболеваний), возникших вследствие травмы головного мозга, медицинское освидетельствование проводится по статье 14 расписания болезней. При наличии последствий поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов (радиационное воздействие, низкие и высокие температуры, повышенное или пониженное давление, иные внешние причины) медицинское освидетельствование проводится по пункту «а», «б», «в» или «г» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функций.



1	2	3	4	5	6
					При наличии повреждений и дефектов костей черепа кроме настоящей статьи применяются также соответствующие пункты статьи 81 расписания болезней. Медицинское освидетельствование пациентов с временными функциональными расстройствами центральной или периферической нервной системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения проводится по статье 28 расписания болезней
6.6	26	Болезни периферической нервной системы:			Статья предусматривает заболевания, поражения (первичные и вторичные) краνιαльных (кроме второй и восьмой пар черепных нервов), спинальных нервов, корешков и ганглиев. К пункту «а» относятся: последствия (неврологические симптомы, сохраняющиеся 6 месяцев и более от начала заболевания нервной системы) полиневропатий, плексопатий воспалительного и интоксикационного происхождения, опухолей периферических нервов, сопровождающиеся выраженными расстройствами движений, чувствительности и трофики, изложенными в пояснениях к пункту «а» статьи 27 расписания болезней; частые (два и более раза в течение 12 месяцев) рецидивирующие и длительно протекающие радикулопатии, плексопатии, сопровождающиеся стойким болевым синдромом с двигательными и вегетативно-трофическими нарушениями, требующие продолжительного лечения в амбулаторных и стационарных условиях (четыре и более месяцев в течение года) (обоснованность длительности временной нетрудоспособности по болезни подтверждается заключениями ВКК организаций здравоохранения). К пункту «б» также относятся: заболевания периферических нервов и сплетений, при которых умеренно расстраивается основная функция: стойкий паралич мимических мышц, нарушена функция кисти, ограничено поднятие руки и так далее; хронические, рецидивирующие радикулопатии, плексопатии, невропатии, сопровождающиеся в период обострения вынужденным положением туловища, нарушением стато-динамической функции, стойким болевым синдромом, неврологическим дефицитом, требующие лечения в стационарных условиях в течение одного года в течение двух и более месяцев; К пункту «в» относятся: рецидивирующие болезни периферических нервов и сплетений с редкими обострениями без тенденции к нарастанию двигательных, чувствительных и трофических расстройств; нерезко выраженные остаточные явления, обусловленные перенесенными обострениями, незначительно нарушающими функцию; состояния после операции радиочастотной абляции тройничного нерва, периферических нервов, невролиза при мононевропатиях верхних и нижних конечностей.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					К пункту «г» относятся остаточные явления болезней периферических нервов в виде незначительных нарушений чувствительности, небольших атрофий или ослабления силы мышц, которые не нарушают функцию конечности и имеют тенденцию к восстановлению. Работников в индивидуальном порядке в отдельных случаях (в восстановительном периоде заболеваний и при иных состояниях), предусмотренных пунктами «в» и «г» настоящей статьи, в течение двенадцати месяцев не рекомендуется допускать к управлению служебными транспортными средствами, работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов. При вторичных поражениях периферической нервной системы применяются также соответствующие статьи расписания болезней
6.7	27	Травмы периферических нервов и их последствия:			К пункту «а» относятся последствия травм или ранений нервных стволов и сплетений при наличии выраженных и стойких двигательных, чувствительных расстройств, расстройств трофики (резко выраженные атрофии мышц при одностороннем процессе: плеча – свыше четырех сантиметров, предплечья – свыше трех сантиметров, бедра – свыше восьми сантиметров, голени – свыше шести сантиметров; хронические трофические язвы, пролежни и тому подобное), а также последствия повреждений, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом. К пункту «б» относятся последствия повреждений нервов и сплетений, при которых из-за пареза группы мышц или отдельных мышц умеренно расстраивается основная функция конечности. К этому же пункту относятся параличи мимических мышц вследствие повреждения лицевого нерва. К пункту «в» относятся последствия повреждения нервов, сплетений, при которых функция конечности нарушается незначительно (повреждение одного лучевого или локтевого нерва, когда снижена сила разгибателей кисти и ограничена ее тыльная флексия, отсутствует чувствительность пальцев кисти ведущей руки и тому подобное). К пункту «г» относятся последствия повреждения нервов, когда их функции полностью восстановлены, а имеющиеся легкие остаточные явления в форме незначительно выраженных нарушений чувствительности или небольшого ослабления мышц, иннервируемых поврежденным нервом, не ограничивают функцию конечности, гипосмия. Работников в индивидуальном порядке в отдельных случаях (в восстановительном периоде заболеваний и при иных состояниях), предусмотренных пунктами «в» и «г» настоящей статьи, в течение двенадцати месяцев не рекомендуется допускать к управлению служебными транспортными средствами, работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов. После травм периферических нервов или оперативного лечения медицинское освидетельствование проводится по статье 28 расписания болезней.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1 группа предназначения – инд., 2, 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
6.8	28	Временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	НГ	ВН	Статья предусматривает состояния после острых инфекционных, паразитарных и других заболеваний, интоксикационных поражений и травм нервной системы, а также острых сосудистых заболеваний головного или спинного мозга. Заключение ВВК о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни выносится после перенесенного острого серозного менингита, менингеальной формы клещевого энцефалита, генерализованных форм менингококковой инфекции (менингит, менингоэнцефалит, менингококцемия), смешанных форм полирадикулоневритов и так далее с исходом в астеническое состояние после окончания лечения и санации ликвора (критерием санации ликвора при менингококковом менингите является уменьшение цитоза ниже 50 клеток при числе лимфоцитов 75 процентов и более). После социального отпуска по болезни работники, перенесшие поражение нервной системы тяжелой степени, проходящие службу по видам деятельности, отнесенным к 1 и 2 группам предназначения, подлежат повторному медицинскому освидетельствованию ВВК. При неосложненном течении указанных заболеваний и их исходе в полное выздоровление работнику выносится заключение о необходимости предоставления частичного освобождения от исполнения служебных обязанностей. При медицинском освидетельствовании работников, перенесших сотрясение или ушиб головного мозга, ВВК может выносить заключение о необходимости предоставления им освобождения от службы или социального отпуска по болезни. После социального отпуска по болезни работники, проходящие службу в видах деятельности, отнесенных к 1, 2 и 3 группам предназначения, подлежат повторному медицинскому освидетельствованию ВВК. Освидетельствуемые по I графе, перенесшие менингит, менингоэнцефалит, при приеме на службу, поступлении в учреждения образования признаются временно негодными к службе, если после окончания лечения прошло менее 1 года. При отсутствии резидуальных явлений или при наличии лишь рассеянных органических знаков, не сопровождающихся расстройством функций, вынесение заключения ВВК в отношении освидетельствуемых по I графе производится по пункту «г» статьи 22 расписания болезней. Работникам после впервые перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, завершившегося восстановлением функций нервной системы или астеническим состоянием, выносится заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни. Данная статья к работникам с восстановительным периодом черепно-мозговой травмы перед увольнением со службы не применяется
7	БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА (Шифр по МКБ-10 H00-H59)				
7.1	29	Болезни век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы:	НГ	НГИ	Статья предусматривает врожденные и приобретенные анатомические изменения или недостатки положения, заболевания век, слезных путей, глазницы и конъюнктивы.
		а) выраженные анатомические изме-			



1	2	3	4	5	6
		нения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы со значительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах			Заключение о годности к службе в конкретной должности (по специальности, по виду деятельности) выносится в зависимости от степени выраженности анатомических изменений, тяжести течения заболевания, результатов лечения, функций глаза. К пункту «а» относятся: сращения век между собой или глазным яблоком, если они значительно ограничивают движения глаза или препятствуют зрению; заворот век или рост ресниц по направлению к главному яблоку, вызывающие раздражение глаза; выворот, рубцовая деформация или недостатки положения век (кроме птоза), препятствующие закрытию роговой оболочки; стойкий лагофтальм на оба глаза. К пункту «б» относятся: резко выраженные язвенные блефариты с рубцовым перерождением и облысением краев век; хронические конъюнктивиты с гипертрофией и резко выраженной инфильтрацией подслизистой ткани с частыми (два и более раза в год) обострениями при безуспешном лечении в стационарных условиях; хроническое трахоматозное поражение конъюнктивы; заболевания слезных путей и рецидивы крыловидной плевы с прогрессирующим нарушением функций глаза, не поддающиеся излечению после неоднократного хирургического лечения в стационарных условиях; птоз врожденного или приобретенного характера, при котором верхнее веко при отсутствии напряжения лобной мышцы прикрывает больше половины зрачка на одном глазу или более одной трети зрачка на обоих глазах; стойкий лагофтальм на один глаз; состояния после реконструктивных операций на слезных путях с введением лакопротеза. Птоз, при котором верхнее веко при отсутствии напряжения лобной мышцы не прикрывает зрачок на обоих глазах, не является основанием для применения статьи. При последствиях трахомы со стойкими нарушениями функций глаза заключение выносится по соответствующим статьям расписания болезней, предусматривающим эти нарушения. Не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, приему на службу, поступлению в учреждения образования: простой блефарит с отдельными чешуйками и незначительной гиперемией краев век; фолликулярный конъюнктивит с единичными фолликулами; бархатистость конъюнктивы в углах век и в области конъюнктивальных сводов; отдельные мелкие поверхностные рубцы конъюнктивы нетрахоматозного происхождения, а также гладкие рубцы конъюнктивы трахоматозного происхожде-
		б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах; резко выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) незначительно выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы; умеренно или незначительно выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					ния без других изменений конъюнктивы, роговицы и без рецидивов трахоматозного процесса в течение года; ложная и истинная крыловидная плева без явлений прогрессирования. Освидетельствуемые по I графе с прогрессирующей истинной крыловидной плевой признаются негодными. Освидетельствуемые для поступления в учреждения образования при заболеваниях по пункту «в» по I графе расписания болезней признаются негодными. При весеннем катаре и других аллергических поражениях конъюнктивы в зависимости от степени выраженности, тяжести течения заболевания, частоты обострений и эффективности проводимого лечения медицинское освидетельствование проводится по пункту «б» или «в». Работникам после лечения по поводу острой трахомы заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни не выносится. При необходимости по статье 36 расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления временного частичного или полного освобождения от исполнения служебных обязанностей
7.2	30	Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки, цилиарного тела, хрусталика, сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела, глазного яблока, зрительного нерва:			Статья предусматривает хронические, трудно излечимые или неизлечимые заболевания. Освидетельствуемые по I графе при наличии множественных (два и более) витреохориоретинальных очагов на одном или обоих глазах вне зависимости от зрительной функции признаются негодными. Заключение о годности к службе у освидетельствуемых по I графе расписания болезней после лазерокоагуляции сетчатки глаза выносится не ранее чем через один месяц после проведенной манипуляции. В случаях с законченным процессом или непрогрессирующим течением с редкими обострениями (менее двух раз в год), а также после пересадки тканей категория годности к службе освидетельствуемых по графе II расписания болезней определяется в зависимости от функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней. При наличии новообразований глаза и его придатков в зависимости от их характера медицинское освидетельствование проводится по статьям 8 или 10 расписания болезней. К пункту «а» относятся: заболевания с прогрессирующим снижением зрительных функций и неподдающиеся консервативному или хирургическому лечению; состояния после кератопротезирования на одном или обоих глазах; тапеторетинальные абiotрофии независимо от функций глаза. Пигментная дегенерация сетчатой оболочки с пигментом или без него в сочетании с расстройством темновой адаптации (гемералопией) должна быть подтверждена посредством выполнения электроретинографии или другими контрольными методами исследования сумеречного зрения. При установлении в государственных организациях здравоохранения данного диагноза освидетель-
		а) резко выраженные с прогрессирующим снижением зрительных функций или частыми обострениями на обоих глазах	НГ	НГИ	
		б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) умеренно выраженные, непрогрессирующие, с редкими обострениями на одном глазу	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					ствуемые по I графе расписания болезней независимо от других функций глаза признаются негодными. При стойком сужении поля зрения снизу и снаружи (по вертикальному и горизонтальному меридианам) от точки фиксации до уровня менее 30 градусов на обоих глазах заключение по всем графам расписания болезней выносится по пункту «а», на одном глазу – по пункту «б»; от 30 градусов и до 45 градусов на обоих глазах – по пункту «б», на одном глазу – по пункту «в». К пункту «б» относятся: хронические увеиты и увеопатии, установленные в стационарных условиях и сопровождающиеся повышением внутриглазного давления, кератоглобус и кератоконус; афакия, артифакция на одном или обоих глазах; наличие дегенеративно-дистрофических изменений на глазном дне при прогрессирующем снижении зрительных функций при общих заболеваниях; инородное тело внутри глаза, не вызывающее воспалительных или дистрофических изменений. Освидетельствуемые по II графе, перенесшие лазерокоагуляцию сетчатки на одном или обоих глазах однократно или двукратно, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. В случаях прогрессирования заболевания и выполнения дополнительной лазерокоагуляции на одном или обоих глазах суммарно три и более раза освидетельствуются по пункту «б» настоящей статьи. Во всех случаях при наличии у работников инородных внутриглазных тел вопрос о категории годности к службе, службе в должности (по специальности) решается не ранее чем через три месяца после ранения. При хороших функциях глаза (острота зрения, поле зрения, темновая адаптация и другое), отсутствии воспалительных явлений и признаков металлоза они годны к службе с незначительными ограничениями, но не годны к службе в должностях водителей транспортных средств, а также к работам, связанным с вибрацией тела. При атрофии зрительного нерва категория годности к службе, службе в должности (по специальности) определяется в зависимости от функций глаза. Освидетельствуемые по I графе, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере, допускаются к медицинскому освидетельствованию не ранее чем через три месяца после операции. Освидетельствуемые по графе II, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере, допускаются к медицинскому освидетельствованию после восстановления трудоспособности после операции. Оценка категории годности их к службе, к поступлению в учреждения образования определяется по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от состояния функций глаза, послеоперационных осложнений. Освидетельствуемые, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере в связи с миопией высокой степени, признаются негодными к службе, к поступлению в учреждения образования.



1	2	3	4	5	6
					Освидетельствуемые по I графе для поступления в учреждения образования при выявлении у них заболеваний по пункту «в» настоящей статьи признаются негодными. При афакии, артифакии на одном или обоих глазах заключение о категории годности к службе работников выносится и по статье 35 расписания болезней в зависимости от остроты зрения с практически переносимой коррекцией. Они не годны к поступлению в учреждения образования, к службе по видам деятельности, отнесенным к 1 и 2 группам предназначения, водителями транспортных средств и к работе, связанной с вибрацией тела. Вывих и подвывих хрусталика оцениваются как афакия. Афакия на одном глазу расценивается как двусторонняя, если на втором глазу имеется помутнение хрусталика, понижающее остроту зрения этого глаза до 0,4 с коррекцией и ниже. Освидетельствуемые по I графе с впервые выявленным помутнением хрусталика на должности, предусмотренные 1 и 2 группами предназначения, признаются негодными, а освидетельствуемые по 3 и 4 группам предназначения по статье 36 расписания болезней признаются временно негодными с повторным медицинским освидетельствованием через 12 месяцев. Врожденные катаракты, остаточная зрачковая мембрана в виде пигмента на передней капсуле хрусталика без снижения функции центрального зрения не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования, принятию на службу с РВ, ИИИ. При обнаружении у лиц, проходящих службу с РВ, ИИИ, при биомикроскопии помутнений под задней капсулой хрусталика и наличии убедительных признаков прогрессирования помутнений хрусталика (значительное увеличение при длительном наблюдении их числа и размера) они признаются негодными к службе по специальности. При стойких абсолютных центральных и парацентральных скотомах на одном или обоих глазах категория годности к службе, службе в должности (по специальности) освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней определяется в зависимости от состояния функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней. Лица с паренхиматозным кератитом сифилитического происхождения освидетельствуются по пункту «б» статьи 6 расписания болезней
7.3	31	Отслойка и разрывы сетчатки:			К пункту «а» относятся также случаи безуспешного повторного хирургического лечения посттравматической отслойки сетчатки на обоих глазах при прогрессирующем снижении функции глаз. Работники после перенесенной отслойки сетчатки травматической этиологии на обоих глазах после успешного хирургического лечения могут быть признаны годными к службе с незначительными ограничениями в порядке индивидуальной оценки при условии сохранения хороших функций глаза. Они не годны к
		а) нетравматической этиологии на обоих глазах	НГ	НГИ	
		б) посттравматической этиологии на обоих глазах	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) любой этиологии на одном глазу	НГ	ГНС	



1	2	3	4	5	6
					службе в должностях водителей транспортных средств, а также к работам, связанным с вибрацией тела. При выявлении у освидетельствуемых по графе I ретиношизиса они признаются негодными к службе и к поступлению в учреждения образования. Выявленный ретиношизис у освидетельствуемых по II графе не является основанием для применения настоящей статьи. Экспертные выводы у освидетельствуемых по II графе при выявленных разрывах сетчатки на одном или обоих глазах любой этиологии выносятся по пункту «в» настоящей статьи.
7.4	32	Глаукома:			Наличие глаукомы должно быть подтверждено в государственных организациях здравоохранения амбулаторно или в стационарных условиях с применением нагрузочных проб, электронной тонографии, компьютерной периметрии. Категория годности к службе определяется после лечения (медикаментозного или хирургического) с учетом степени стабилизации процесса и функций глаза (острота зрения, поле зрения, наличие парацентральных скотом, в том числе при нагрузочных пробах, а также экскавация диска зрительного нерва и другое). По данной статье освидетельствуются также лица с вторичной глаукомой. Освидетельствуемые по I графе с симптоматической офтальмогипертензией признаются негодными. Симптоматическая офтальмогипертензия у освидетельствуемых по II графе не является основанием для применения настоящей статьи
		а) в развитой и последующих стадиях на обоих глазах	НГ	НГИ	
		б) то же на одном глазу	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) в начальной стадии, в стадии пре-глаукомы одного или обоих глаз	НГ	ГНС	
7.5	33	Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз:			К пункту «а» относится также стойкая диплопия после травмы глазницы с повреждением мышц глаза. Если диплопия является следствием какого-либо заболевания, то заключение выносится по основному заболеванию. При наличии у освидетельствуемых двоения только при крайних отведениях глазных яблок в стороны и вверх заключение выносится по пункту «б», а при взгляде вниз – по пункту «а». К пункту «б» относится также ясно выраженный качательный спазм мышц глазного яблока. Если нистагм является одним из признаков поражения нервной системы или вестибулярного аппарата, заключение выносится по основному заболеванию. Нистагмодные подергивания глаз при крайних отведениях глазных яблок не являются препятствием к службе, поступлению в учреждения образования. При содружественном косоглазии менее 15 градусов диагноз должен быть подтвержден путем проверки бинокулярного зрения. Наличие бинокулярного зрения является основанием для исключения содружественного косоглазия. При других нарушениях бинокулярного зрения категория годности к службе и годности к службе в должности (по специальности) определяется в зависимости от функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней.
		а) стойкий паралич двигательных мышц глазного яблока при наличии диплопии	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		б) то же при отсутствии диплопии; содружественное косоглазие при отсутствии бинокулярного зрения	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					Освидетельствуемые по графе I для поступления в учреждения образования при выявлении у них заболеваний по пункту «б» настоящей статьи признаются негодными
7.6	34	Нарушение рефракции и аккомодации:			Вид и степень аномалии рефракции у освидетельствуемых определяются авто-рефрактометрически (скиаскопически, в том числе в условиях искусственного миопии).
		а) близорукость или дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 12,0 дптр либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 6,0 дптр	НГ	НГИ	Освидетельствуемые по графе I признаются годными к службе в видах деятельности, отнесенных к: 1 группе предназначения – при близорукости не выше 2,0 дптр, либо дальнозоркости не выше 2,5 дптр, либо астигматизме любого вида с разницей рефракции в двух главных меридианах (далее – астигматизм) не выше 2,0 дптр; 2 группе предназначения – при близорукости не выше 2,5 дптр, либо дальнозоркости не выше 3,5 дптр, либо астигматизме не выше 2,5 дптр; 3 группе предназначения – при близорукости не выше 4,0 дптр, либо дальнозоркости не выше 7,0 дптр, либо астигматизме не выше 3,0 дптр; 4 группе предназначения – при близорукости не выше 6,0 дптр, либо дальнозоркости не выше 8,0 дптр, либо астигматизме не выше 4,0 дптр. Годность освидетельствуемых по графе II при перемещении на должности, отнесенные к 1 и 2 группам предназначения, определяется по пункту «г» настоящей статьи, при этом решающее значение придается остроте зрения в соответствии с требованиями статьи 35.
		б) близорукость или дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 8,0 дптр и до 12,0 дптр либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 4,0 дптр и до 6,0 дптр	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	Освидетельствуемые по графе II признаются годными к службе в видах деятельности, отнесенных к: 3 группе предназначения – при близорукости не выше 8,0 дптр, либо дальнозоркости не выше 8,0 дптр, либо астигматизме не выше 4,0 дптр; 4 группе предназначения – при близорукости не выше 12,0 дптр, либо дальнозоркости не выше 12,0 дптр, либо астигматизме не выше 6,0 дптр
		в) близорукость любого глаза в одном из меридианов более 6,0 дптр и до 8,0 дптр	НГ	ГНС	
		г) близорукость любого глаза в одном из меридианов более 3,0 дптр и до 6,0 дптр, дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 6,0 дптр и до 8,0 дптр либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 2,0 дптр и до 4,0 дптр	В соответствии с пояснениями к применению настоящей статьи	Г	
7.7	35	Пониженное зрение, слепота, аномалии цветового зрения:			Острота зрения у поступающих в учреждения образования должна быть не ниже 0,1 на оба глаза без коррекции.
		а) острота зрения одного глаза 0,09 и ниже или его слепота при остроте зрения другого глаза 0,3 и ниже, а также отсутствие глазного яблока при остроте зрения другого глаза 0,3 и ниже или острота зрения обоих глаз 0,2 и ниже	НГ	НГИ	Острота зрения у освидетельствуемых по графе II расписания болезней при перемещении должна быть не ниже: у отнесенных к 1 группе предназначения – без коррекции 0,6 на оба глаза, с коррекцией – не ниже 0,8 на оба глаза; у отнесенных к 2 группе предназначения – без коррекции 0,2 на оба глаза, при более низкой остроте зрения степень годности определяется индивидуально; с коррекцией – не ниже 0,8 на оба глаза; у отнесенных к 3 группе предназначения – с коррекцией не ниже 0,5 на оба глаза;
		б) острота зрения одного глаза 0,09 и ниже или его слепота при остроте	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	



1	2	3	4	5	6
		зрения другого глаза 0,4 и выше, а также отсутствие глазного яблока при остроте зрения другого глаза 0,4 и выше или острота зрения одного глаза 0,3 при остроте зрения другого глаза от 0,3 до 0,1			у отнесенных к 4 группе предназначения – с коррекцией не ниже 0,5/0,1 или 0,4/0,4. Степень годности к службе у освидетельствуемых по графе II при медицинском освидетельствовании в связи с продлением службы сверх предельного возраста в случаях более низкой остроты зрения, чем предусмотрено вышеобъявленными требованиями к состоянию здоровья к остроте зрения по группам предназначения, определяется индивидуально с учетом компенсаторных возможностей освидетельствуемых. В сомнительных случаях острота зрения определяется с помощью контрольных методов исследования. При коррекции обычными сферическими стеклами, а также при некорригированной анизометропии у освидетельствуемых по всем графам расписания болезней учитывается острота зрения с практически переносимой бинокулярной коррекцией, с разницей в силе стекол для обоих глаз не более 3,0 дптр. Коррекция астигматизма любого вида должна быть проведена цилиндрическими или комбинированными стеклами полностью по всем меридианам. Для оценки степени нарушения цветоощущения следует пользоваться полихроматическими таблицами для исследования цветоощущения Рабкина Е.Б. (десятое или более позднее издание) или пороговыми таблицами. Освидетельствуемые по I и II графам расписания болезней на должности, предусматриваемые 1 и 2 группами предназначения, а также на должности водителей механических транспортных средств при наличии у них дихромазии или аномальной трихромазии типов А и В или цветослабости третьей или второй степени признаются негодными. Годность освидетельствуемых по I и II графам расписания болезней на должности, предусматриваемые 3 и 4 группами предназначения, при наличии у них дихромазии или аномальной трихромазии типов А и В или цветослабости третьей или второй степени определяется индивидуально с учетом возможности использования этих лиц на должностях в случаях, если нормальное цветоощущение не носит информационной нагрузки и не препятствует исполнению служебных обязанностей. Заключение выносится в следующих формулировках: «Годен к службе в должности (указать должность), не требующей нормального цветоощущения» или «Годен к дальнейшей службе в должности (указать должность), не требующей нормального цветоощущения». Поступающие в учреждения образования, отнесенные к 1 группе предназначения, при наличии у них дихромазии или аномальной трихромазии типов А и В или цветослабости третьей или второй степени по пункту «г» признаются негодными к поступлению на обучение, у отнесенных к 3 группе предназначения годность определяется индивидуально (с указанием об использовании их в должностях, в которых аномальное цветоощущение не несет информационной нагрузки и не препятствует исполнению служебных обязанностей)
		в) острота зрения одного глаза 0,4 при остроте зрения другого глаза от 0,3 до 0,1	НГ	ГНС – инд.	
		г) дихромазия, аномальная трихромазия А, В; цветослабость II–III степени	В соответствии с пояснениями к настоящей статье	В соответствии с пояснениями к настоящей статье. При увольнении – Г	



1	2	3	4	5	6
7.8	36	Временные функциональные расстройства органа зрения после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	НГ	ВН	
8	БОЛЕЗНИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА (Шифр по МКБ-10 H60-H95)				
8.1	37	Болезни наружного уха: экзема наружного слухового прохода и ушной раковины; хронический диффузный наружный отит любой этиологии; приобретенные сужения наружного слухового прохода	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	Диагноз экземы наружного слухового прохода и ушной раковины, наружного отита при микозах устанавливается совместно с врачом-дерматовенерологом. Экзостоз наружного слухового прохода, не нарушающий функцию слуха, не препятствует поступлению на службу и в учреждения образования. Освидетельствуемые по I графе расписания болезней, поступающие на службу на должности специалистов управления средствами радиосвязи, радиотелефонистов, а также работники при переводе на указанные должности по данной статье признаются негодными. Годность к службе работников, осуществляющих деятельность в области телекоммуникаций (связи и оповещения), управления средствами радиосвязи, определяется индивидуально
8.2	38	Болезни среднего уха и сосцевидного отростка: а) двусторонний или односторонний хронический средний отит, сопровождающийся полипами, грануляциями в барабанной полости, кариесом кости и (или) сочетающийся с хроническими заболеваниями околоносовых пазух б) двусторонний или односторонний хронический средний отит, не сопровождающийся указанными в пункте «а» заболеваниями в) остаточные явления перенесенного среднего отита, заболевания со стойким расстройством барофункции уха	НГ НГ 1 группа назначения – НГ, 2, 3, 4 группы назначения – инд.	НГМ – инд., ГНС – инд. ГНС 1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	К пункту «а» относятся: двусторонний или односторонний хронический гнойный средний отит, сопровождающийся стойким затруднением носового дыхания; состояния после хирургического лечения хронических болезней среднего уха с неполной эпидермизацией послеоперационной полости при наличии в ней гноя, грануляций, холестеатомных масс; двусторонние стойкие сухие перфорации барабанной перепонки или состояния после радикальных операций на обоих ушах при полной эпидермизации послеоперационных полостей – в отношении освидетельствованных по графе I. В отношении работников заключение при указанной патологии выносится по пункту «б» данной статьи. Под стойкой сухой перфорацией барабанной перепонки следует понимать наличие перфорации барабанной перепонки при отсутствии воспаления среднего уха в течение трех и более лет. Наличие хронического гнойного среднего отита должно быть подтверждено наличием обострений, требующих лечения, отоскопическими данными (перфорация барабанной перепонки, отделяемое из барабанной полости), рентгенографией височной кости по Шюллеру и Майеру и (или) КТ пирамиды височной кости, при необходимости – посевом отделяемого из барабанной полости на микрофлору, исследованиями функции слуха и барофункции уха. К пункту «в» относятся односторонние стойкие сухие перфорации барабанной перепонки, адгезивный средний отит, сопровождающийся понижением слуха или нарушением подвижности барабанной перепонки, тимпаносклероз, состояние после произведенной радикальной или реконструктивно-восстановительной



1	2	3	4	5	6
					операции на одном ухе при полной эпидермизации послеоперационной полости. Стойкое нарушение барофункции уха определяется по данным повторных исследований и тимпанометрии. Освидетельствуемые по графе I, принимаемые на должности, предусматривающие работу с применением изолирующих дыхательных аппаратов, признаются годными к службе при наличии у них хорошей проходимости слуховой трубы (нарушение барофункции I и II степени), а со стойким нарушением барофункции III степени признаются негодными. При стойком нарушении барофункции III степени годность к службе работников, проходящих службу в должностях, предусматривающих применение изолирующих дыхательных аппаратов, определяется индивидуально, а при нарушении барофункции IV степени они признаются негодными. Стойкий и резкий характер нарушения барофункции уха определяется по данным повторных исследований с помощью ушной манометрии. В сомнительных случаях производится манометрия с помощью продувания ушей. Наиболее достоверные данные получаются при дополнительном функциональном исследовании в барокамере (компрессионной камере). Рубцы на месте бывших перфораций, уплощения и обызвествления барабанной перепонки при хорошей ее подвижности и сохранной функции слуха не дают основания для применения данной статьи.
8.3	39	Нарушения вестибулярной функции:			При вестибулярных расстройствах данные обследования оцениваются совместно с врачом-неврологом. К пункту «а» относятся резко выраженные меньероподобные заболевания, а также другие формы вестибулярных расстройств органического или функционального характера (вестибулярный нейронит, доброкачественное позиционное головокружение, последствия травм), приступы которых наблюдались при обследовании в стационарных условиях и подтверждены медицинскими документами. К пункту «б» относятся меньероподобные заболевания и другие формы вестибулярных расстройств, приступы которых протекают кратковременно, с умеренно выраженными вестибулярно-вегетативными реакциями. К пункту «в» относятся случаи резко повышенной чувствительности к укачиванию при отсутствии симптомов вестибулярных расстройств и заболеваний других органов. При повышенной чувствительности к укачиванию нельзя ограничиваться исследованием лишь вестибулярной функции без глубокого всестороннего исследования всего организма, так как вегетативные рефлексы могут исходить не только от ушного лабиринта, но и от других органов. В этом случае к оценке данных привлекаются и другие врачи-специалисты. При указании на временный характер вестибулярных расстройств необходимо всестороннее обследование и лечение.
		а) стойкие, значительно выраженные вестибулярные расстройства	НГ	НГИ	
		б) нестойкие, редко рецидивирующие, умеренно выраженные вестибулярно-вегетативные расстройства	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) стойкая и резко выраженная чувствительность к вестибулярным раздражениям	1 группа назначения – НГ, 2, 3, 4 группы назначения – инд.	1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					В случаях, когда медицинскими документами государственной организации здравоохранения подтверждается наличие пароксизмов головокружения (два и более) любого характера в прошлом, но за последние три года они не наблюдались, а при медицинском обследовании на электронистагмограмме в состоянии покоя и (или) при функциональных нагрузочных тестах выявляются патологические изменения (спонтанный нистагм, асимметрия вестибуло-окулярных и оптокинетических рефлексов и реакций их подавления), медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». Лица с установленными вестибулярными нарушениями не годны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, работе с применением изолирующих дыхательных аппаратов. При медицинском освидетельствовании граждан, принимаемых на службу на должности водителей, а также граждан, поступающих в учреждения образования, исследование вестибулярного аппарата на кресле Барани или другими методами обязательно
8.4	40	Глухота, глухонмота, понижение слуха:			Глухота на оба уха или глухонмота должны быть удостоверены врачом – оториноларингологом-сурдологом государственной или негосударственной организации здравоохранения, учебными заведениями для глухонемых. Глухотой следует считать отсутствие восприятия крика у ушной раковины. При определении степени понижения слуха необходимы специальные методы исследования: шепотная и разговорная речь, камертоны, тональная пороговая аудиометрия с определением барофункции ушей, импедансометрия и регистрация вызванной отоакустической эмиссии (далее – ОАЭ), коротколатеральных вызванных слуховых потенциалов (далее – КВСП). При понижении слуха, определяющем изменение категории годности к службе, вышеперечисленные исследования проводятся многократно (не менее трех раз за период обследования). При подозрении на глухоту на одно или оба уха используют приемы объективного определения глухоты: применение трещотки Барани, опыты Говсеева, Попова, Штенгера, Хилова и другое. При значительной разнице слуха производится рентгенография височных костей по Стенверсу, МРТ-исследование задней черепной ямки. При индивидуальной оценке годности к службе учитываются конкретные условия службы работников, их фактическая приспособленность к конкретному труду и данные функционального исследования слуха путем проверки слышимости через наушники при применении электроакустических средств связи (телефоны, радиосвязь). Освидетельствуемые по графе I, требующие значительного напряжения слухового аппарата (радиотелефонисты, работники связи и другое), не годны к службе при пониженном слухе на одно или на оба уха.
		а) глухота на оба уха или глухонмота	НГ	НГИ	
		б) стойкое понижение слуха при отсутствии восприятия шепотной речи на одно ухо и при восприятии шепотной речи на расстоянии до 3 м на другое ухо или стойкое понижение слуха на оба уха при восприятии шепотной речи менее 1 м	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) стойкое понижение слуха при отсутствии восприятия шепотной речи на одно ухо и при восприятии шепотной речи на расстоянии более 3 м на другое ухо или стойкое понижение слуха при восприятии шепотной речи на расстоянии до 2 м на одно ухо и на расстоянии до 3 м на другое ухо	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					Освидетельствуемые по графе I, относящиеся к 1 и 2 группам предназначения, не годны к поступлению на службу, в учреждения образования при восприятии шепотной речи на расстоянии менее шести метров на оба уха, относящиеся к 3 группе предназначения – на расстоянии не менее двух метров на одно ухо и не менее четырех метров на другое либо три метра на оба уха. После слухоулучшающих операций работникам в отдельных случаях по статье 41 расписания болезней может выноситься заключение о нуждаемости в социальном отпуске по болезни. По окончании социального отпуска по болезни категория годности их к службе определяется в зависимости от исхода лечения по пункту «а» или «б» настоящей статьи
9	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ШИФР ПО МКБ-10 I00-199, ИСКЛЮЧАЯ СТАТЬЮ 47) Стадии хронической сердечной недостаточности оцениваются в соответствии с классификацией Образцова В. П. – Стражеско Н. Д., а функциональные классы хронической сердечной недостаточности – в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА). Классификация хронической сердечной недостаточности				
	Характеристика кровообращения	Классификация			
		Образцова В. П. – Стражеско Н. Д.		Нью-Йоркская	
		Стадия НК	Критерии	ФК	Критерии
	Компенсация	0	Наличие лишь признаков основного заболевания, полный объем активности больного	I	Бессимптомное состояние с полным объемом физической активности больного
	Декомпенсация	I	Симптомы хронической недостаточности кровообращения при больших нагрузках в виде одышки, тахикардии, имеется задержка жидкости, слабость	II	Появление симптомов НК при необычно больших нагрузках
		II	Застойные изменения во внутренних органах, НК одного из желудочков сердца – Па стадия, обоих желудочков – Пб стадия, низкая толерантность к физической нагрузке	III	Появление патологических симптомов при малых нагрузках, низкий уровень активности, доступный больному
		III	Необратимые изменения во внутренних органах вследствие длительного застоя (цирроз печени, легких, кахексия)	IV	Постоянные симптомы нарушения сердечно-сосудистой системы, полная невозможность физической активности
9.1	42	Ревматические, неревматические болезни сердца, кардиомиопатии, дегенеративные и дистрофические поражения сердца: а) с сердечной недостаточностью третьей стадии			К пункту «а» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью 3 стадии также относятся: комбинированные (поражение нескольких клапанов сердца) или сочетанные (поражение одного клапана сердца: стеноз и недостаточность) приобретенные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности;
			НГ	НГИ	

1	2	3	4	5	6
		б) с сердечной недостаточностью второй стадии	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	изолированные аортальные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности третьей стадии; изолированный стеноз левого атриовентрикулярного отверстия при наличии хронической сердечной недостаточности третьей стадии; констриктивный перикардит; дилатационная и рестриктивная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка; состояния после оперативных вмешательств на клапанном аппарате сердца при наличии хронической сердечной недостаточности; имплантация искусственного водителя ритма при наличии хронической сердечной недостаточности; отдельные жизнеопасные формы нарушения ритма и проводимости независимо от выраженности заболеваний, к ним приведших (фибрилляция желудочков, асистолия, полная АВ-блокада); стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма сердца (постоянная форма фибрилляции предсердий, повторные пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий, если для восстановления ритма необходимо прибегать к электрической кардиоверсии); синдром Бругада. В отдельных случаях работники, не достигшие предельного возраста состояния на службе, после имплантации искусственного водителя ритма при сохраненной способности исполнять служебные обязанности могут быть освидетельствованы по пункту «в». К пункту «б» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью 2 стадии также относятся: комбинированные или сочетанные приобретенные пороки сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности; пролапс митрального или других клапанов 3 степени (9 мм и более), пролапс митрального или других клапанов 2 степени (от 6,0 до 8,9 мм) с нарушением внутрисердечной гемодинамики; состояния после оперативных вмешательств на клапанном аппарате сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности; имплантация искусственного водителя ритма при отсутствии хронической сердечной недостаточности; изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а»)) при наличии хронической сердечной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность должна быть подтверждена показателем ЭхоКГ (диастолическая дисфункция левого желудочка, фракция выброса левого желудочка 54 % и менее, увеличение систолического и диастолического размеров левого желудочка и (или) левого предсердия) и сниженной толерантностью к физической нагрузке;
		в) с сердечной недостаточностью первой стадии	НГ	1, 2 группы назначения инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		г) с бессимптомной дисфункцией левого желудочка	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	





1	2	3	4	5	6
					гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка при наличии хронической сердечной недостаточности; повторные эпизоды острой ревматической лихорадки; синдром слабости синусового узла; синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта (синдром WPW) с пароксизмальными нарушениями ритма (без пароксизмальных нарушений ритма, а также после проведения радиочастотной абляции дополнительных путей медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи); врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала Q – T стойкого характера с пароксизмальными нарушениями ритма. При отсутствии пароксизмальных нарушений ритма заключение о категории годности к службе выносится по пункту «в» настоящей статьи. ЭКГ-критерием синдрома удлиненного интервала Q – T является скорректированная величина интервала Q – T более 0,44 с на ЭКГ покоя у пациентов, не принимающих лекарственные препараты, прием которых способствует удлинению интервала Q – T; отдельные стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма (частые пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий – три раза в год и чаще; частые пароксизмы суправентрикулярной тахикардии – три раза в год и чаще; частая полиморфная желудочковая экстрасистолия, парная желудочковая экстрасистолия, в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ, при безуспешности повторного лечения в стационарных условиях); пароксизмальная желудочковая тахикардия; отдельные стойкие нарушения проводимости (АВ-блокада II степени, если она не индуцирована медикаментозно, полная блокада левой ножки пучка Гиса). Лица с транзиторной АВ-блокадой II степени, выявленной по данным суточного мониторирования ЭКГ, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи; стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ (в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ) пауз более трех секунд и сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другое), если они не индуцированы медикаментозно. К пункту «в» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью I стадии также относятся: изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а») при отсутствии хронической сердечной недостаточности; пролапс митрального клапана 2 степени (от 6,0 до 8,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики; пролапс митрального или других клапанов 1 степени (от 3,0 до 5,9 мм) с регургитацией 2 степени и более; стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ (в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ) пауз от 2 секунд до



1	2	3	4	5	6
					3 секунд и сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другие), если они не индуцированы медикаментозно. Отдельные нарушения ритма и проводимости: частая монотопная желудочковая экстрасистолия (тридцать и более эктопических комплексов в час не менее двенадцати часов в течение суток – по данным суточного мониторирования ЭКГ); частая суправентрикулярная экстрасистолия (тридцать и более эктопических комплексов в час не менее двенадцати часов – по данным суточного мониторирования ЭКГ); пароксизм суправентрикулярной тахикардии; СА-блокада третьей степени с частотой замещающего ритма менее 40 в мин; стойкая полная блокада правой ножки пучка Гиса; стойкая АВ-блокада первой степени. Функциональная вагусная АВ-блокада первой степени (нормализация атриовентрикулярной проводимости при физической нагрузке или после введения 0,5–1,0 мл атропина сульфата) не является основанием для применения настоящей статьи. Работники, не достигшие предельного возраста состояния на службе, после хирургического лечения по поводу врожденных или приобретенных пороков сердца могут направляться на медицинское освидетельствование для определения годности к службе через четыре месяца после операции. В отношении освидетельствуемых по I графе после оперативных вмешательств на сердце заключение о категории годности выносится по пункту «в». При наличии легочно-сердечной недостаточности (легочного сердца) медицинское освидетельствование проводится с учетом ФК хронической сердечной недостаточности и степени дыхательной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность должна быть объективизирована кардиогемодинамическими показателями, свидетельствующими о наличии систолической и (или) диастолической дисфункции миокарда, выявляемыми при ЭхоКГ с доплерографией (снижение фракции выброса желудочков, увеличение систолического и диастолического размеров желудочков и предсердий, появление потоков регургитации на митральном, аортальном, трикуспидальном клапанах, снижение скорости циркулярного укорочения волокон миокарда, изменение соотношения пиков скоростей Е/А, повышение давления в легочной артерии и другое), а также результатами велоэргометрии для оценки индивидуальной переносимости физической нагрузки в сочетании с анализом клинических проявлений заболевания. Освидетельствуемые по графе I, перенесшие, острую ревматическую лихорадку по статье 48 расписания болезней признаются временно негодными к службе на двенадцать месяцев после выписки из организации здравоохранения. В последующем при отсутствии признаков поражения сердца и других органов они освидетельствуются по пункту «г» настоящей статьи.



1	2	3	4	5	6
					К пункту «г» кроме стойко компенсированных исходов заболеваний мышцы сердца относятся: редкие желудочковые экстрасистолы; стойкая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса; СА-блокада второй степени (тип второй); единичные парные суправентрикулярные экстрасистолы; вегетативная дисфункция синусового узла; транзиторные нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ (в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ) пауз от 2 секунд до 3 секунд и не сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другие), если они не индуцированы медикаментозно. Перенесенные неревматические миокардиты без исхода в миокардиосклероз и при отсутствии нарушений ритма сердца и проводимости не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют поступлению в учреждения образования. Синусовая аритмия, миокардиосклероз, СА-блокада второй степени (тип первый), функциональная (вагусная) АВ-блокада первой степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, локальное нарушение внутрижелудочковой проводимости, редкие суправентрикулярные экстрасистолы, миграция водителя ритма по предсердиям, синдром Клерка – Леви – Кристеско (синдром CLC), не сопровождающийся пароксизмальными нарушениями ритма по данным мониторирования ЭКГ, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования.
9.2	43	Артериальная гипертензия:			На работников, страдающих артериальной гипертензией (далее – АГ), освидетельствуемых в ВВК, организациями здравоохранения в описательной части актов исследования состояния здоровья и в медицинских характеристиках указываются все установленные факторы риска. К пункту «а» относится быстро прогрессирующая (злокачественная) форма АГ, в том числе рефрактерная (не поддающаяся комбинированной терапии с использованием диуретиков). Под быстро прогрессирующей (злокачественной) формой АГ подразумевают систолическое и диастолическое артериальное давление (далее – АД) не ниже 220/130 мм рт. ст. с развитием ретинопатии четвертой степени, отеком дисков зрительных нервов в сочетании с ишемическими или геморрагическими очагами в сетчатке. К пункту «а» также относится АГ третьей степени при условии стабильно высоких показателей АД; показатели АД могут быть снижены у лиц, перенесших инфаркт миокарда или инсульт. В клинической картине преобладают тяжелые сосудистые расстройства, которые тесно и непосредственно связаны с гипертензивным синдромом (недостаточность кровообращения (далее – НК) второй Б – третьей стадии, инфаркт мио-
		а) быстро прогрессирующая (злокачественная) форма; со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		г) без нарушения функций	1, 2 группы предназначения –	Г	



1	2	3	4	5	6
			ния – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд		карда, расслаивающая аневризма аорты, геморрагический инсульт, генерализованное сужение артерий сетчатки с кровоизлияниями или экссудатами и отеком соска зрительного нерва, хроническая почечная недостаточность с резким нарушением функций органов и систем). При ассоциированных клинических состояниях (далее – АКС), наличие которых не связано непосредственно с АГ, применяются другие статьи расписания болезней в зависимости от выраженности АКС и степени нарушения функции пораженного органа. Под АКС следует считать поражения: головного мозга (ишемический инсульт, кровоизлияния в мозг, транзиторная ишемическая атака); сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация коронарных артерий, НК); сосудов (поражение периферических артерий, расслаивающая аневризма аорты); почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность); тяжелая ретинопатия (кровоизлияния или экссудаты, отек диска зрительного нерва); сахарный диабет. К пункту «б» относится АГ со стойко повышенными показателями АД, не достигающими нормальных цифр без проведения постоянной медикаментозной терапии (АГ третьей степени, риск три, четыре, и АГ второй степени, риск четыре). Клиническая картина АГ характеризуется гипертрофией миокарда левого желудочка, выявляемой при эхокардиографии, генерализованным или локальным сужением сосудов сетчатки, протеинурией, наличием атеросклеротических изменений в магистральных артериях по данным УЗИ сосудов; возможны церебральные расстройства, динамические нарушения мозгового кровообращения с преходящими двигательными, чувствительными, речевыми, мозжечковыми, вестибулярными и другими расстройствами. К пункту «в» относится АГ с транзиторным повышением АД: систолического – 160–179 мм рт. ст., диастолического – 100–109 мм рт. ст. (АГ второй степени, риск два, три), а также АГ первой степени при наличии факторов риска три, четыре. К пункту «г» относится АГ первой степени при наличии факторов риска один, два. В каждом случае медицинского освидетельствования пациентов с АГ проводится дифференциальная диагностика с симптоматическими гипертензиями. Медицинское освидетельствование пациентов с симптоматической АГ осуществляется по основному заболеванию
9.3	44	Ишемическая болезнь сердца:			Диагноз ишемической болезни сердца должен быть подтвержден инструментальными методами исследования (обязательные – ЭКГ в покое и с нагрузочными пробами, ЭхоКГ; дополнительные – коронарография, суточное мониторирование ЭКГ и другие). Различают четыре ФК стабильной стенокардии напряжения (по данным нагрузочных проб велоэргометрии):
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	



1	2	3	4	5	6
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	ФК I – обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии. Приступы появляются при нагрузках повышенной интенсивности, выполняемых длительно и в быстром темпе (латентная стенокардия), или сразу после их прекращения. Ходьба по ровной местности в среднем темпе или подъем по лестнице более чем на два этажа, эмоциональные нагрузки приступов стенокардии не вызывают. Мощность переносимой нагрузки высокая – более 600 кГм/мин; двойное произведение – более 270 условных единиц (далее – у. е.); потребление кислорода – более 7 метаболических единиц (далее – МЕТ); ФК II – отмечается небольшое ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при среднем темпе ходьбы (80–100 шагов в минуту) по ровному месту на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице выше чем на один этаж, подъеме в гору, в ближайшие часы после сна, при ходьбе после приема пищи, при эмоциональном возбуждении. Может отмечаться меточувствительность – вероятность возникновения приступов стенокардии увеличивается в холодную, ветреную погоду, при ходьбе против ветра. Мощность переносимой нагрузки в пределах 400–600 кГм/мин; двойное произведение – 220–270 у. е.; потребление кислорода – от 5 до 7 МЕТ; ФК III – характеризуется выраженным ограничением обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают у пациентов при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние 100–500 м, сразу после ускорения ходьбы, при подъеме по лестнице на один этаж. Возможны редкие приступы стенокардии покоя. Мощность переносимой нагрузки в пределах 150–300 кГм/мин; двойное произведение – 160–210 у. е.; потребление кислорода – 3,3–4,7 МЕТ; ФК IV – резко выраженное ограничение физической активности. Стенокардия возникает под влиянием небольших физических нагрузок, при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние менее 100 м, а также при минимальных бытовых и эмоциональных нагрузках; частые приступы стенокардии покоя; при небольшом повышении АД, тахикардии может возникать стенокардия при переходе из вертикального в горизонтальное положение. Мощность выполненной нагрузки менее 150 кГм/мин; двойное произведение – менее 160 у. е.; число МЕТ – менее 3,0 – пробы часто не проводятся. Если качественные критерии ФК занимают промежуточное положение между соседними классами и показатели двойного произведения противоречат клиническим данным, предпочтение следует отдать последним. К пункту «а» относятся: стабильная стенокардия ФК3 – ФК4; стабильная стенокардия напряжения ФК2 при наличии недостаточности кровообращения 2 стадии; стабильная стенокардия напряжения ФК2 с частыми (более 2 раз в год) эпизодами дестабилизации ишемической болезни в виде острого коронарного синдрома;



1	2	3	4	5	6
					стабильная стенокардия напряжения ФК2 со стойкой дисфункцией левого (правового) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам ЭхоКГ. К данному пункту (независимо от выраженности стенокардии и недостаточности кровообращения) также относится аневризма сердца, крупноочаговый кардиосклероз, развившийся в результате трансмурального, крупноочагового или повторных инфарктов миокарда. К пункту «б» относятся: стабильная стенокардия ФК2; стабильная стенокардия напряжения ФК1 со стойкой дисфункцией левого (правового) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам ЭхоКГ; спонтанная стенокардия; перенесенный мелкоочаговый инфаркт миокарда; состояние после коронарного шунтирования, коронарной ангиопластики. Работникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста состояния на службе или по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» настоящей статьи; распространенный стенозирующий процесс (свыше 75 %) одной и более коронарных артерий, стеноз (более 50 %) ствола левой коронарной артерии и (или) высокий изолированный стеноз (более 50 %) передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, стеноз (более 75 %) правой коронарной артерии при правом типе кровоснабжения миокарда. Работникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста состояния на службе или по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» настоящей статьи. К пункту «в» относятся: стенокардия напряжения ФК1; транзиторная дисфункция левого (правового) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам стресс-ЭхоКС. При наличии хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма и (или) проводимости сердца медицинское освидетельствование проводится также по статье 42 расписания болезней
9.4	45	Болезни и последствия повреждения аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов:			Категория годности к службе по графам I и II расписания болезней определяется в зависимости от выраженности патологического процесса (нарушения кровообращения, функции и других), в том числе при неудовлетворительных результатах хирургического лечения или отказе от него. Оценка тяжести хронической ишемии конечностей проводится по классификации А. В. Покровского – Фонтейна. Оценка хронической венозной недостаточности проводится в соответствии с международной классификацией хронической венозной недостаточности (CEAP). К пункту «а» относятся:
		а) со значительным нарушением кровообращения и функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением кровообращения и функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением кровообращения и функций	НГ	ГНС	



1	2	3	4	5	6
		г) при наличии объективных данных без нарушения кровообращения и функций	1, 2 группы предназ- наче- ния – инд., 3, 4 группы предназ- наче- ния – Г	Г	артериальные и артериовенозные аневризмы магистральных сосудов (подтвержденных заключением специализированного государственного кардиохирургического учреждения с применением одного из методов исследования – КТ, МРТ, ангиография). При пограничных расширениях магистральных сосудов освидетельствование осуществляется по пунктам «б», «в», «г» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функций; облитерирующий атеросклероз, эндартериит, тромбангиит, аорто-артериит при декомпенсированных ишемиях конечностей (гангренозно-некротическая стадия); атеросклероз брюшного отдела аорты с частичной или полной облитерацией просвета ее висцеральных ветвей, подвздошных артерий с резким нарушением функций органов и дистального кровообращения; тромбоз воротной или поллой вены; часто рецидивирующий тромбофлебит, флеботромбоз, посттромботическая и варикозная болезнь нижних конечностей индуративно-язвенной формы с хронической венной недостаточностью С6 (открытая венозная язва); наличие имплантированного кава-фильтра; слоновость четвертой степени; ангиотрофоневрозы третьей стадии (гангренозно-некротической); последствия реконструктивных операций на крупных магистральных (аорта, подвздошная, бедренная, брахиоцефальная артерии, воротная или полая вена) и периферических сосудах при хронической артериальной недостаточности (далее – ХАН) 3–4 степени. К пункту «б» относятся: облитерирующий эндартериит, тромбангиит, аорто-артериит и атеросклероз сосудов нижних конечностей второй стадии; посттромбофлебитическая или варикозная болезнь отечно-индуративной формы с хронической венной недостаточностью С5 (зажившая венозная язва) и С4 (постоянный отек ноги, не проходящий за период отдыха, с трофическими нарушениями кожи и подкожной клетчатки (гиперпигментация, венозная экзема, липодермасклероз, белая атрофия); слоновость третьей степени; ангиотрофоневрозы второй стадии с продолжительным болевым синдромом, посинением пальцев, скованностью движений на холоде при безуспешном повторном лечении в стационарных условиях; последствия реконструктивных операций на магистральных и периферических сосудах с ХАН 2А–2Б степени; варикозное расширение вен семенного канатика III степени (канатик опускается ниже нижнего полюса атрофированного яичка, имеются постоянный болевой синдром, нарушение сперматогенеза, протеинурия, гематурия). Работники при наличии варикозного расширения вен семенного канатика третьей степени освидетельствуются по пункту «в».

1	2	3	4	5	6
					К пункту «в» относятся: облитерирующий эндартериит, тромбангиит, атеросклероз сосудов нижних конечностей с ХАН 1 степени; посттромботическая или варикозная болезнь нижних конечностей с явлениями хронической венозной недостаточности С3 (постоянный отек ноги, не проходящий за период ночного отдыха, без трофических нарушений) и С2 (периодическая отечность стоп и голеней после длительной ходьбы или стояния, исчезающие за период ночного отдыха, без трофических нарушений, варикозно расширенные вены более 3 мм в диаметре при наличии несостоятельности клапанного аппарата по данным ультразвуковой доплерографии (далее – УЗДГ) вен и наличия рефлюкса); слоновость второй степени; рецидивное (после повторного хирургического лечения) варикозное расширение вен семенного канатика второй степени, если освидетельствуемый отказывается от дальнейшего лечения (для работников применяется пункт «г»). Однократный рецидив варикозного расширения вен семенного канатика не является основанием для применения пункта «в». При варикозном расширении вен семенного канатика второй степени канатик опускается ниже верхнего полюса яичка, атрофии яичка нет; ангиотрофоневроз 1 стадии. К пункту «г» относятся: варикозная болезнь нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью С2 (варикозно расширенные вены более 3 мм в диаметре при отсутствии несостоятельности сафенофemorального и (или) сафеноплитеального соустьев по данным УЗДГ вен) и с хронической венозной недостаточностью С1 (телеангиоэктазии и (или) ретикулярные варикозные вены до 3 мм в диаметре). При наличии несостоятельности сафенофemorального и (или) сафеноплитеального соустьев по данным УЗДГ вен и при отсутствии расширения стволов большой и (или) малой подкожных вен освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; состояние после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей без признаков хронической венозной недостаточности; слоновость первой степени (незначительный отек тыла стопы, уменьшающийся или исчезающий за период ночного или дневного отдыха); варикозное расширение вен семенного канатика второй степени; ангионевроз. Расширение вен нижних конечностей на отдельных участках в виде цилиндрических или извитых эластических выпячиваний без признаков венозной недостаточности (С0), варикоцеле первой степени не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования.



ДОКУМЕНТЫ

К сведению



1	2	3	4	5	6
					После ранений и других повреждений крупных магистральных артерий с полным восстановлением кровообращения и функций при медицинском освидетельствовании по графе I применяется пункт «в», а по работникам – пункт «г». Диагноз заболевания и последствий повреждений сосудов должен отражать стадию процесса и степень функциональных нарушений. Экспертное заключение выносится после обследования с применением методов, дающих объективные показатели (УЗИ сосудов, реовазография с нитроглицериновой пробой, ангио-, флебо-, лимфография и другие)
9.5	46	Геморрой:			При наличии показаний освидетельствуемым предлагается хирургическое или консервативное лечение. В случаях тяжелых форм геморроя при безуспешности хирургического лечения или отказе от него медицинское освидетельствование проводится по пункту «а», «б» или «в» в зависимости от стадии геморроя, выраженности его осложнений (проявлений) и частоты обострений. К частым обострениям геморроя относятся случаи, когда освидетельствуемый три и более раза в год находится на лечении с временной нетрудоспособностью по поводу кровотечения, тромбоза и воспаления второй-третьей степени или выпадения геморроидальных узлов, а также когда заболевание осложняется повторными кровотечениями, требующими лечения в стационарных условиях. Выявление геморроидальных узлов без признаков воспаления при отсутствии данных об обращении за медицинской помощью в течение пяти лет и более не является основанием для применения данной статьи. В случаях успешного оперативного и (или) консервативного лечения геморроя годность к службе в ОПЧС и поступлению в учреждения образования не ограничивается
		а) с частыми обострениями и вторичной анемией, выпадение узлов IV стадии	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		б) с выпадением узлов II–III стадии	НГ	ГНС	
		в) с редкими обострениями при успешном лечении	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	Г	
9.6	47 Шифр по МКБ-10 F 45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы:			Для нейроциркуляторной астении характерен синдром вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией АД на какие-либо раздражители. Нейроциркуляторную астению с гипотензивными реакциями следует отличать от физиологической гипотонии здоровых людей, которые не предъявляют никаких жалоб, сохраняют трудоспособность и способность исполнять служебные обязанности при показателях АД 90/50–100/60 мм рт. ст. Во всех случаях следует исключить симптоматическую гипотонию, обусловленную болезнями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, легких и другими. Наличие нейроциркуляторной астении у освидетельствуемых по графе I должно быть установлено при обследовании с участием врача-невролога, врача-окулиста, при необходимости – и врачей других специальностей. К пункту «а» относится нейроциркуляторная астения: с гипертензивными реакциями и лабильностью АД при наличии постоянных жалоб и стойких резко выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, не поддающихся лечению и значительно снижающих трудоспособность и способность исполнять служебные обязанности;
		а) при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых нарушениях	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
		б) при стойких умеренно выраженных нарушениях	1, 2 группы предназ- наче- ния – НГ, 3, 4 группы предназ- наче- ния – инд.	Г	с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией АД ниже 100/60 мм рт. ст. при наличии постоянных жалоб, стойких, резко выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, стойкого нарушения сердечного ритма, не поддающихся лечению и значительно снижающих трудоспособность и способность исполнять служебные обязанности; с наличием стойких кардиалгий, сопровождающихся выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, стойкими нарушениями сердечного ритма при безуспешности повторного лечения в стационарных условиях (характеристика стойких нарушений сердечного ритма приведена в рекомендациях по применению статьи 42 расписания болезней). К пункту «б» относится нейроциркуляторная астенция с умеренно выраженными проявлениями, в том числе преходящими нарушениями сердечного ритма, не снижающими трудоспособность и способность исполнять служебные обязанности. Редкие одиночные экстрасистолы покоя и синусовая аритмия функционального характера не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. При нарушениях сердечного ритма вследствие органических изменений миокарда медицинское освидетельствование проводится по статье 42 расписания болезней
9.7	48	Временные функциональные расстройства системы кровообращения после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	НГ	ВН	Освидетельствуемые по графе I после перенесенного неревматического миокардита признаются временно негодными к службе в течение 6 месяцев после выписки из организации здравоохранения. Заключение ВВК о нуждаемости работников в социальном отпуске по болезни может выноситься после активного ревматизма, неревматических миокардитов, инфаркта миокарда, а также после операции на сердце, коронарных сосудах, крупных магистральных и периферических сосудах с нарушением функций временного характера, когда для завершения реабилитационного лечения и полного восстановления способности исполнения служебных обязанностей требуется срок не менее месяца. Работникам после обострения хронической ишемической болезни (прогрессирование ишемической болезни в виде острого коронарного синдрома, преходящие нарушения ритма сердца и проводимости, преходящие формы НК), при состояниях после купирования гипертонического криза, электроимпульсной терапии при купировании аритмии сердца ВВК организации здравоохранения выносит заключение о необходимости предоставления освобождения от исполнения служебных обязанностей
10	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (Шифр по МКБ-10 J00-J99)				
10.1	49	Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки: а) значительно выраженный зловонный насморк (озена) и (или) атрофический ринит с частыми обострениями	НГ	НГМ	Диагноз озены ставится на основании клинических данных, данных бактериологического исследования. При отсутствии клинических данных в начальной стадии заболевания диагноз подтверждается реакцией связывания комплимента с озенозным антигеном и выделением возбудителя озены.



1	2	3	4	5	6
		б) полипозные синуситы, сопровождающиеся стойким затруднением носового дыхания, гнойные синуситы с частыми обострениями, длительно текущие атрофические процессы в полости носа, осложненные перфорацией перегородки носа, сопровождающиеся частыми носовыми кровотечениями и нарушением носового дыхания	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	Диагноз склеромы верхних дыхательных путей кроме клинических данных должен быть подтвержден эндоскопическим исследованием, данными серологического и бактериологического исследований. Под частыми обострениями хронических заболеваний следует понимать два и более обострения в год. К пункту «б» относятся: гнойные и (или) полипозные синуситы, сопровождающиеся атрофическими или гипертрофическими процессами слизистой верхних дыхательных путей с нарушением носового дыхания; хронические гнойные и (или) полипозные синуситы без осложнений, протекающие с частыми (не менее трех раз в год) обострениями; поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким, выраженным нарушением носового дыхания в течение всего теплого времени года (весна – осень) при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организаций здравоохранения; аллергические риниты с сенсibilизацией к бытовым аллергенам с частыми обострениями (три и более раз в год), протекающие с выраженными клиническими проявлениями и нарушением трудоспособности при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организаций здравоохранения. Наличие хронического гнойного заболевания околоносовых пазух должно быть подтверждено риноскопическими данными (гнойные выделения), данными рентгенологического исследования, а при верхнечелюстном синусите – и диагностической пункцией. Наличие хронического полипозного синусита должно быть подтверждено данными рентгенологического исследования, риноскопией, а при наличии кисты верхнечелюстной пазухи – контрастной рентгенографией в двух проекциях (или КТ околоносовых пазух) или диагностической пункцией. К пункту «в» относятся хронические негнойные заболевания околоносовых пазух (катаральные, серозные, вазомоторные и другие негнойные формы синуситов) без признаков дистрофии тканей верхних дыхательных путей, без частых обострений, значительно выраженные перфорации носовой перегородки, сопровождающиеся дистрофическими изменениями слизистой полости носа. Искривление носовой перегородки при свободном носовом дыхании хотя бы с одной стороны при отсутствии нарушения барофункции околоносовых пазух и барофункции уха, нестойкие субатрофические явления слизистой верхних дыхательных путей; пристеночное утолщение слизистой верхнечелюстных пазух до 5 мм, если при диагностической пункции не получено гноя или транссудата и сохранена проходимость устья верхнечелюстной пазухи, а также остаточные явления после операции на верхнечелюстных пазухах: линейный рубец переходной складки преддверия полости рта, соустье оперированной пазухи с носовой
		в) болезни носовой полости, носоглотки со стойким затруднением носового дыхания и (или) стойким расстройством барофункции околоносовых пазух	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	
		г) хронический декомпенсированный тонзиллит, хронический атрофический, гипертрофический, гранулезный фарингит (назофарингит)	1 группа назначения – НГ, 2, 3 группы назначения – инд., 4 группа назначения – Г	1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	
		д) аллергические риниты, поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким нарушением носового дыхания, без утраты трудоспособности	1, 2, 3 группы назначения – НГ,	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группа	



1	2	3	4	5	6
			4 группа предназ- начения – Г	предназ- начения – Г	полостью или вуаль на рентгенограмме не являются основанием для применения этой статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждение образования. Стойкий характер нарушения барофункции околоносовых пазух устанавливается на основании жалоб освидетельствуемого, состояния носовой полости, рентгенологического исследования околоносовых пазух, соответствующих данных, отраженных в справке из кадрового подразделения и медицинской характеристике. Под хроническим декомпенсированным тонзиллитом следует понимать форму хронического тонзиллита, характеризующуюся частыми (два и более в год) обострениями, вовлечением в воспалительный процесс околоминдаликовой ткани (паратонзиллярный абсцесс), регионарных лимфоузлов и (или) метатонзиллярными осложнениями. Другие формы хронического тонзиллита не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. При поллинозах и аллергических ринитах освидетельствуемые по графе I, относящиеся к 1, 2 и 3 группам предназначения, признаются негодными к поступлению на службу и в учреждения образования. Для остальных категорий освидетельствуемых поллинозы и аллергические риниты без нарушения или с незначительным нарушением носового дыхания не являются основанием для применения данной статьи
10.2	50	Болезни и повреждения гортани, шейного отдела трахеи:			Статья предусматривает врожденные и приобретенные болезни, последствия повреждений гортани или шейного отдела трахеи при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него.
		а) со стойким, значительно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	НГ	НГИ	К пункту «а» относятся стойкое отсутствие голосообразования, дыхания через естественные дыхательные пути, разделительной функции гортаноглотки, срединный стеноз гортани.
		б) со стойким, умеренно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	К пункту «б» относятся стойкое затруднение дыхания с дыхательной недостаточностью (далее – ДН) II степени по обструктивному типу и (или) стойкое затруднение голосообразования (афония, охриплость и снижение звучности голоса), сохраняющиеся в течение трех и более месяцев после проведенного лечения.
		в) со стойким, незначительно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функции	НГ	ГНС – инд., Г – инд.	Для подтверждения стойкого затруднения голосообразования необходимо многократное (не менее трех раз за период обследования) проведение проверки звучности голоса.
		г) гиперпластический ларингит с незначительным нарушением голосовой функции	1, 2 группы предназ- начения – НГ, 3, 4 группы предназ- начения – инд.	1, 2 группы предназ- начения – инд., 3, 4 группы предназ- начения – Г	К пункту «в» относится стойкое нарушение дыхания с дыхательной недостаточностью I степени по обструктивному типу.
					Лица со стойким нарушением голосовой функции признаются негодными к преподавательской деятельности

1	2	3	4	5	6																																						
10.3	51	Другие болезни органов дыхания:			К пункту «а» относятся: хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры, нагноительные заболевания легких с дыхательной недостаточностью третьей степени; саркоидоз органов дыхания третьей-четвертой стадии; альвеолярный протеиноз, легочный альвеолярный микролитиаз, идиопатический легочный фиброз (по совокупности клинических, рентгенологических и лабораторных данных), другие интерстициальные болезни легких с развитием фиброза, подтвержденные результатами морфологического исследования вне зависимости от степени дыхательной недостаточности. К пункту «б» относятся: хронические заболевания бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью второй степени; бронхоэктазы независимо от степени дыхательной недостаточности, саркоидоз первой и второй стадии (подтвержденный результатами морфологического исследования или по совокупности клинических и лабораторных данных при отказе от него) у граждан, поступающих на службу. Категория годности к службе работников определяется в зависимости от степени дыхательной недостаточности. По этой же статье в зависимости от степени дыхательной недостаточности освидетельствуются пациенты, страдающие хроническими обструктивными заболеваниями легких, полинозом с клиническими проявлениями астматического бронхита. Степень дыхательной недостаточности определяется в соответствии с «Показателями степеней дыхательной недостаточности». Показатели степеней дыхательной недостаточности <table><tr><th rowspan="2">Показатели</th><th rowspan="2">Норма</th><th colspan="3">Степени дыхательной недостаточности</th></tr><tr><th>I степень (незначительная)</th><th>II степень (умеренная)</th><th>III степень (выраженная)</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td colspan="5">1. Клинические:</td></tr><tr><td>одышка</td><td>нет</td><td>при доступных ранее усилиях</td><td>при обычных нагрузках</td><td>постоянная в покое</td></tr><tr><td>частота дыхания в покое (в минуту)</td><td>до 20</td><td>в пределах нормы</td><td>21–28</td><td>29 и чаще</td></tr><tr><td>цианоз</td><td>нет</td><td>нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки</td><td>отчетливый, иногда значительный</td><td>резко выраженный диффузный</td></tr><tr><td>пульс в покое (в минуту)</td><td>до 80</td><td>не учащен</td><td>наклонность к учащению</td><td>значительно учащается</td></tr></table>	Показатели	Норма	Степени дыхательной недостаточности			I степень (незначительная)	II степень (умеренная)	III степень (выраженная)	1	2	3	4	5	1. Клинические:					одышка	нет	при доступных ранее усилиях	при обычных нагрузках	постоянная в покое	частота дыхания в покое (в минуту)	до 20	в пределах нормы	21–28	29 и чаще	цианоз	нет	нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки	отчетливый, иногда значительный	резко выраженный диффузный	пульс в покое (в минуту)	до 80	не учащен	наклонность к учащению	значительно учащается
		Показатели	Норма	Степени дыхательной недостаточности																																							
				I степень (незначительная)		II степень (умеренная)	III степень (выраженная)																																				
		1	2	3		4	5																																				
1. Клинические:																																											
одышка	нет	при доступных ранее усилиях	при обычных нагрузках	постоянная в покое																																							
частота дыхания в покое (в минуту)	до 20	в пределах нормы	21–28	29 и чаще																																							
цианоз	нет	нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки	отчетливый, иногда значительный	резко выраженный диффузный																																							
пульс в покое (в минуту)	до 80	не учащен	наклонность к учащению	значительно учащается																																							
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ																																							
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.																																							
		в) с незначительным нарушением функций	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г																																							





1	2	3	4	5	6				
					1	2	3	4	5
					2. Инструментальные:				
					насыщение гемоглобина кислородом (%)	95 и более	94–90	89–75	менее 75
					парциальное давление кислорода в артериальной крови (мм рт. ст.)	80 и более	60–79	40–59	менее 40
					жизненная емкость легких (ЖЕЛ) в % к должной величине	90–85	84–70	69–50	менее 50
					объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) (%)	более 80	80–70	69–50	менее 50
					индекс Тиффно (соотношение ОФВ1/ЖЕЛ) (%)	более 70	менее 70	менее 70	менее 70
10.4	52	Бронхиальная астма:			К пункту «а» относится бронхиальная астма с частыми обострениями, постоянными приступами в течение суток или астматическим состоянием, со значительным ограничением физической активности, с суточными колебаниями пиковой скорости выдоха (далее – ПСВ) или объема форсированного выдоха за первую секунду (далее – ОФВ1) более 30 %, ПСВ или ОФВ1 менее 60 % должных значений в межприступный период. К пункту «б» относится бронхиальная астма с ежедневными приступами, которые купируются введением различных бронхорасширяющих средств, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 более 30 %, ПСВ или ОФВ1 60–80 % должных значений в межприступный период. К пункту «в» относится бронхиальная астма с непродолжительными приступами удушья реже 1 раза в сутки, которые легко купируются бронхорасширяющими средствами, при отсутствии симптомов и нормальной функцией легких между обострениями, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 менее 30 %, ПСВ или ОФВ1 более 80 % должных значений в межприступный период. Медицинское освидетельствование при впервые выявленных признаках бронхиальной астмы проводится только после обследования в стационарных условиях. При наличии бронхиальной астмы, подтвержденной медицинскими документами о лечении в стационарных условиях и обращениях за медицинской помощью, вопрос о годности к службе граждан, принимаемых на службу, может быть решен без обследования в стационарных условиях.				
		а) тяжелая персистирующая	НГ	НГИ					
		б) среднетяжелая персистирующая	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.					
		в) легкая персистирующая, а также при отсутствии приступов в течение 5 лет и более при сохраняющейся измененной реактивности бронхов	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г					



1	2	3	4	5	6
					В случаях, когда бронхоспастические синдромы (обтурационный, эндокринно-гуморальный, неврогенный, токсический и другие) являются осложнением других заболеваний, категория годности к службе определяется в зависимости от течения основного заболевания по соответствующим статьям расписания болезней.
10.5	53	Временные функциональные расстройства органов дыхания после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	НГ	ВН	Заключение о необходимости предоставления работникам социального отпуска по болезни может выноситься только в случаях осложненного течения острых пневмоний (инфекционный токсический шок, нагноения, плевриты, ателектазы, обширные плевральные наложения и другое). Граждане, принимаемые на службу, перенесшие неосложненное течение острой пневмонии, могут освидетельствоваться в ВВК через шесть месяцев с момента окончания лечения, а в случае осложненного течения острой пневмонии – через двенадцать месяцев. Освидетельствуемые по графе I после оперативного лечения на придаточных пазухах носа, ринопластики, септопластики временно не годны к поступлению на службу в течение шести месяцев; после оперативного лечения гнойных или полипозных синуситов временно не годны к поступлению на службу в течение двенадцати месяцев.
11	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (Шифр по МКБ-10 K00-K93)				
11.1	54	Нарушение развития и прорезывания зубов:			Пункт «в» применяется в случаях, когда сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов более девяти и при этом не менее четырех зубов с клиническими или рентгенологическими признаками хронического воспаления с поражением пульпы и периодонта, включая зубы с пломбированными корневыми каналами. Заклучение о годности граждан, принимаемых на службу, выносится после санации полости рта. Невозможность замещения протезами зубов по пункту «б» настоящей статьи определяется четырьмя рядом расположенными зубами.
		а) отсутствие десяти и более зубов на одной челюсти или замещение их съемным протезом, отсутствие восьми постоянных зубов на одной челюсти; отсутствие четырех постоянных зубов на верхней челюсти с одной стороны и четырех постоянных зубов на нижней челюсти с другой стороны или замещение их съемными протезами	НГ	1, 2, 3 группы предназначения – инд., 4 группа предназначения – Г	
		б) отсутствие четырех и более фронтальных зубов на одной челюсти или отсутствие второго резца, клыка и первого премоляра подряд при невозможности замещения их несъемными протезами	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	1 группа предназначения – инд., 2, 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
		в) множественный осложненный кариес	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	
11.2	55	Болезни пульпы и периапикальных тканей, гингивит и болезни пародонта, болезни слюнных желез, болезни языка, стоматит и родственные поражения, другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта:			Основанием для применения настоящей статьи является наличие у освидетельствуемых генерализованной формы хронического пародонтита или пародонтоза с частыми обострениями и (или) абсцедированием. Частыми обострениями (или абсцедированием) определяются документально подтвержденные два случая в течение двенадцати месяцев. Наличие хронического пародонтита, пародонтоза устанавливается после исследования всей зубочелюстной системы с рентгенографией и выявлением сопутствующих заболеваний. К пункту «а» относится хронический пародонтит с глубиной зубодесневого кармана 5 мм и более, резорбцией костной ткани лунки зуба на 2/3 длины корня, подвижностью зуба второй-третьей степени. К пункту «б» относятся заболевания слизистой оболочки полости рта, не поддающиеся лечению, хронический пародонтит с глубиной зубодесневого кармана от 3 до 5 мм, подвижностью зубов первой степени. К пункту «в» относится хронический пародонтит легкой степени, при котором глубина зубодесневого кармана до 3 мм, преимущественно в области межзубного промежутка, имеется начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок, снижение высоты межзубных перегородок менее 1/3, но подвижности зубов нет.
		а) хронический пародонтит и пародонтоз, генерализованные тяжелой степени	НГ	ГНС – инд., Г – инд.	
		б) хронический пародонтит и пародонтоз, генерализованные средней степени, стоматиты, гингивиты, хейлиты и другие заболевания слизистой оболочки полости рта, слюнных желез и языка, не поддающиеся лечению	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		в) хронический пародонтит и пародонтоз, генерализованные легкой степени	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	
11.3	56	Челюстно-лицевые аномалии (кроме врожденных пороков развития), другие изменения зубов и их опорного аппарата, другие болезни челюстей:			К пункту «а» относятся: дефекты верхней и (или) нижней челюстей, не замещенные трансплантатами после хирургического лечения; дефекты и деформации челюстно-лицевой области; хронические часто обостряющиеся (более двух раз в год для освидетельствуемых по графе I и более четырех раз в год для освидетельствуемых по графе II)
		а) со значительным нарушением дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	НГ	НГИ	



1	2	3	4	5	6
		б) с умеренным нарушением дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	заболевания челюстей, височно-челюстных суставов, анкилозы височно-нижнечелюстных суставов, контрактуры и ложные суставы нижней челюсти при отсутствии эффекта от лечения (в том числе и хирургического) или отказе от него; не поддающийся лечению актиномикоз челюстно-лицевой области. В отдельных случаях в зависимости от фактической способности к исполнению служебных обязанностей работники с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области после ортопедических методов лечения с удовлетворительными результатами могут быть освидетельствованы по пункту «б» или «в».
		в) с незначительным нарушением дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	К пункту «б» относятся: аномалии прикуса II–III степени с разобщением прикуса более 5 мм или с жевательной эффективностью менее 60 % по Н. И. Агапову; актиномикоз челюстно-лицевой области с удовлетворительными результатами лечения;
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	хронический остеомиелит челюстей с наличием секвестральных полостей и секвестров. Работники после лечения освидетельствуются по статье 61 расписания болезней. При отказе от хирургического лечения или неудовлетворительном результате операции медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б».
					Граждане, принимаемые на службу, признаются временно негодными к службе, если после оперативного лечения по поводу аномалий прикуса прошло менее шести месяцев. При аномалии прикуса II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60 % по Н. И. Агапову или при аномалии прикуса II степени с разобщением прикуса более 10 мм (без учета жевательной эффективности) заключение о категории годности к службе выносится по пункту «б» настоящей статьи, а при аномалии прикуса II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью 60 % и более – по пункту «г».
					Наличие аномалии прикуса I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы, поступлению в учреждения образования
11.4	57	Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки:			К пункту «а» относятся:
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	приобретенные пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи; рубцовые сужения, ахалазия кардии со значительными клиническими проявлениями, требующие систематического бужирования, баллонной дилатации или хирургического лечения;
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением;
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки, осложненные пенетрацией, субкомпенсированным или декомпенсированным стенозом пилоробульбарной зоны (задержка контрастного вещества в желудке более шести часов), нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м ²), при наличии противопоказаний к хирургическому лечению или отказе от него; субтотальная резекция или экстирпация желудка;

1	2	3	4	5	6
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1 группа предназначения – НГ, 2, 3, 4 группы предназначения – инд.	Г	последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии со значительным нарушением пищеварения (демпинг-синдром средней и тяжелой степени при нарушении статуса питания – ИМТ менее 18,5 кг/м²), язва анастомоза. К пункту «б» относятся: дивертикулы пищевода с клиническими проявлениями, не требующие хирургического лечения; рубцовые сужения пищевода, ахалазия кардии при удовлетворительных результатах консервативного лечения; пищевод Барретта; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с тяжелым эзофагитом C-D степени (по Лос-Анджелесской классификации); варикозное расширение вен пищевода, не осложненное кровотечением; язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки, осложненные массивным гастродуоденальным кровотечением (снижение объема циркулирующей крови до 30 % и более) в течение первого года после указанного осложнения при сохранении анемии средней степени тяжести; язва желудка с частыми (два и более раза в год) и (или) язва двенадцатиперстной кишки (три и более) рецидивами язвы при невозможности проведения эрадикационной терапии или ее неэффективности. При успешной эрадикационной терапии медицинское освидетельствование проводится по пункту «в»; язва желудка с частыми рецидивами (2 и более раза в году), особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 3 см и более, каллезная язва, длительно нерубцующаяся язва – 3 и более месяца); язва двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами (3 и более раза в год), особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 2 см и более, каллезная язва, множественные язвы залуковичной области, длительно нерубцующаяся язва – 2 месяца и более); язва двенадцатиперстной кишки, с выраженной (4 степени) рубцовой деформацией луковицы, последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии с умеренным нарушением пищеварения (демпинг-синдром легкой степени и другие постгастрорезекционные расстройства с нарушением статуса питания – ИМТ менее 18,5 кг/м²); последствия бариатрической гастропластики с умеренным нарушением функции. Грубой деформацией двенадцатиперстной кишки считается деформация, отчетливо выявляемая при полноценно выполненной дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, сопровождающаяся замедленной эвакуацией (задержка контрастного вещества в желудке более двух часов). Работники с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки при наличии незначительной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки с редкими (один раз в год и реже) обострениями без нарушения функции пищеварения освидетельствуются по пункту «в».





1	2	3	4	5	6
					Освидетельствуемым по графе I при язве желудка или двенадцатиперстной кишки независимо от длительности (стойкости) ремиссии заключение о категории годности к службе выносится по пункту «в». В фазе ремиссии заболевания достоверным признаком перенесенной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки является наличие постъязвенного рубца при фиброгастроскопии и (или) наличие рубцовой деформации луковицы, выявляемой при дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, а перенесенной язвы желудка – наличие постъязвенного рубца при гастродуоденоскопии. При неосложненных симптоматических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки категория годности к службе определяется в зависимости от тяжести и течения основного заболевания по соответствующим статьям расписания болезней. При осложненных симптоматических язвах категория годности к службе освидетельствуемым выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от нарушения функций пищеварения. Наличие язвы желудка и (или) двенадцатиперстной кишки должно быть подтверждено обязательным эндоскопическим исследованием и (или) рентгенологическим исследованием в условиях гипотонии. К пункту «в» относятся: - болезни пищевода с незначительным нарушением функции; - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с легким эзофагитом (степень А – В по Лос-Анджелесской классификации); - дивертикулы пищевода, желудка без клинических проявлений; - особые формы хронического гастрита; - хронический гастрит с дисплазией эпителия; - хронический атрофический гастрит с поражением тела желудка и В12-дефицитной анемии; - последствия бариатрической гастропластики без- и (или) с незначительным нарушением функции. К пункту «г» также относятся: - хронические гастриты, за исключением упомянутых в пункте «в»; - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита. Функциональные заболевания пищевода и желудка, варианты форм, размеров, положения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, легкая деформация органов, выявленная при инструментальном исследовании, хронический поверхностный гастрит без клинических проявлений и функциональных нарушений не является основанием для применения этой статьи. В случае выявления у граждан, принимаемых на службу, хронического эрозивного гастрита, хронического эрозивного дуоденита, геморрагического гастрита, подтвержденных при повторном эндоскопическом исследовании, заключение выносится по пункту «в» настоящей статьи



1	2	3	4	5	6
11.5	58	Болезни кишечника (кроме двенадцатиперстной кишки):			К пункту «а» относятся: тяжелые формы язвенного колита (распространенное поражение толстой кишки, или обострения с высокой активностью независимо от протяженности поражения, или непрерывно-рецидивирующее течение); тяжелые формы болезни Крона (воспалительный вариант с распространенным (более 100 см) поражением кишечника; стриктурирующий вариант с объективными признаками нарушения пассажа по кишечнику; пенетрирующий вариант со стойкими или часто открывающимися свищами, обострения с высокой активностью независимо от протяженности поражения, непрерывно-рецидивирующее течение); другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (лимфоцитарный, коллагенозный), сопровождающиеся нарушением всасывания, статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²) и требующие постоянной коррекции; состояния после резекции тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки, резекции терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекального клапана, сопровождающиеся нарушением пищеварения и упадком питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²); выпадение всех слоев прямой кишки при ходьбе или перемещении тела в вертикальное положение (третья стадия); противоестественный задний проход, кишечный или каловый свищ как завершающий этап хирургического лечения; недостаточность сфинктера заднего прохода третьей степени; хронический парапроктит со стойкими или часто открывающимися свищами (лица среднего, старшего и высшего начальствующего состава освидетельствуются по пункту «б»). К пункту «б» относятся: целиакия; язвенный колит, болезнь Крона (кроме форм, указанных в пункте «а»), подтвержденные гистологически; другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (подтвержденные гистологически), сопровождающиеся нарушением всасывания без нарушения статуса питания (ИМТ более 18,5 кг/м²); резекция тонкой кишки (не менее 1 м) или толстой кишки (не менее 20 см), наложение желудочно-кишечного анастомоза с редкими проявлениями демпинг-синдрома; спаечный процесс брюшной полости с нарушением эвакуаторной функции, требующий повторного лечения в стационарных условиях (спаечный процесс должен быть подтвержден данными рентгенологического, эндоскопического исследования или данными лапаротомии); выпадение прямой кишки при физической нагрузке (вторая стадия); недостаточность сфинктера заднего прохода первой-второй степени;
		а) со значительным нарушением функции	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функции	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функции	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	Г	



1	2	3	4	5	6
					хронический парапроктит с частыми (два раза в год и более) обострениями. К пункту «в» относятся: дивертикулярная болезнь кишечника; спасенный процесс брюшной полости с незначительным нарушением функций; выпадение прямой кишки при дефекации (первая стадия), хронический парапроктит, протекающий с редкими обострениями. При выпадении прямой кишки, кишечных или каловых свищах, сужении заднего прохода или недостаточности сфинктера освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. После операции работникам по статье 61 расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни, а граждане, принимаемые на службу, признаются временно негодными к службе в течение шести месяцев, если после операции прошло менее шести месяцев. Категория годности к службе определяется в зависимости от результатов лечения. В случае рецидива заболевания или отказа от лечения заключение выносится по пункту «а», «б» или «в». К пункту «г» относятся: функциональные заболевания кишечника (функциональная диарея, функциональный запор, функциональное вздутие живота, синдром раздраженной кишки и т. д.); долихосигма с незначительным замедлением опорожнения кишечника; варианты форм, размеров, положения кишечника, выявленные при инструментальных исследованиях (сигмоскопия, колоноскопия, ирригоскопия), без клинических проявлений и функциональных нарушений не являются основанием применения настоящей статьи
11.6	59	Болезни печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы:			К пункту «а» относятся: цирроз печени; хронические гепатиты с высокой степенью активности (по данным биопсии и (или) 10-кратного и более стойкого повышения активности трансаминаз) и (или) третьей-четвертой степенью фиброза; хронический панкреатит с тяжелым течением (хроническая панкреатогенная диарея с упадком питания (ИМТ 18,5 кг/м² и менее) и (или) с нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом; состояния после резекции поджелудочной железы, наложения билиодигестивных анастомозов; осложнения после хирургического лечения (желчные, панкреатические свищи и другое). К пункту «б» относятся: хронические гепатиты с умеренной активностью (по данным биопсии и (или) 3–10-кратного стойкого повышения активности трансаминаз) и (или) второй степенью фиброза; калькулез желчного пузыря с частыми (два и более раза в год) эпизодами билиарной боли;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1 группа предназначения – инд., 2, 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					хронический панкреатит с выраженными морфологическими изменениями (атрофия, кальцинаты, деформация протоков, кисты), с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы без нарушения статуса питания; последствия хирургического лечения панкреатитов с исходом в псевдокисту (марсупиализация и другое). После удаления желчного пузыря (в течение года после операции) или хирургического лечения болезней желчных протоков, поджелудочной железы с хорошим исходом граждане, принимаемые на службу, освидетельствуются по пункту «б», а работники – по пункту «в» настоящей статьи. Через один год после удаления желчного пузыря при отсутствии нарушения функции печени и поджелудочной железы освидетельствование по графам I и II осуществляется по пункту «в» настоящей статьи. К пункту «в» относятся: - функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей; - функциональная гипербилирубинемия; - калькулез желчного пузыря с редкими эпизодами билиарной боли или латентным течением; - стеатоз (жировая дегенерация печени); - хронический панкреатит без нарушения внутри-, внешнесекреторной функции поджелудочной железы и статуса питания, хорошими результатами лечения; - хронический бескаменный холецистит с редкими обострениями (реже 2 раз в год); - хронический гепатит с минимальной степенью активности. Варианты форм, размеров, положения желчного пузыря, желчевыводящих путей, выявленные при инструментальных обследованиях, без клинических проявлений и функциональных нарушений, не являются основанием применения настоящей статьи. Наличие хронического гепатита, цирроза печени должно быть подтверждено обследованием в стационарных условиях. Освидетельствуемые по графе I, имеющие установленный диагноз «хронический гепатит, хронический панкреатит», признаются негодными к поступлению на службу и в учреждения образования. Освидетельствуемые по графе I, страдающие хроническим калькулезом желчного пузыря, признаются негодными к поступлению в учреждения образования
11.7	60	Грыжи:			При наличии грыжи освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. После успешного лечения они годны к службе. Основанием для применения настоящей статьи являются неудовлетворительные результаты лечения (рецидив заболевания) или отказ от лечения, а также противопоказания для его проведения.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГМ	К пункту «а» относятся:
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	ГНС	повторно рецидивные, больших размеров наружные грыжи, требующие для вправления ручного пособия или горизонтального положения тела или нарушающие функцию внутренних органов;
		в) при наличии объективных данных без нарушения функций	1 группа предназначения –	Г	



1	2	3	4	5	6
			инд., 2, 3, 4 группы предназ- начения – Г		диафрагмальные грыжи (в том числе и приобретенная релаксация диафрагмы), нарушающие функцию органов грудной клетки или с частыми (два и более раза в год) ущемлениями; невправимые вентральные грыжи. Однократный рецидив грыжи после хирургического лечения не дает оснований для применения пункта «а». К пункту «б» относятся: грыжи пищевода отверстия диафрагмы, не сопровождающиеся указанными в пункте «а» нарушениями, при удовлетворительных результатах лечения; умеренных размеров рецидивные наружные грыжи, появляющиеся в вертикальном положении тела при физических нагрузках, кашле; вентральные грыжи, требующие ношения бандажа. К пункту «в» относятся грыжи при наличии грыжевых ворот, положительного симптома кашлевого толчка, отсутствии грыжевого мешка и его содержимого. Небольшая (в пределах физиологического кольца) пупочная грыжа, предбрюшинный жировик белой линии живота, а также расширение паховых колец без грыжевого выпячивания при физической нагрузке, натуживании не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы, поступлению в учреждения образования.
11.8	61	Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или оперативного лечения	НГ	ВН	
12	БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ (ШИФР ПО МКБ-10 L00-L99)				
12.1	62	Болезни кожи и подкожной клетчатки:			Распространенные формы кожных заболеваний характеризуются диссеминированными высыпаниями на значительной (до 50 % и более) поверхности кожного покрова. Под распространенной формой гнездной плешивости (алопеции) понимается наличие множественных (три и более) очагов облысения диаметром не менее 10 см каждый, а при слиянии плешин – отсутствие роста волос на площади свыше 50 % волосистой части головы. Под распространенной формой витилиго понимается наличие множественных (три и более) депигментированных пятен на коже различных анатомических областей. Под распространенной формой псориаза понимается наличие множественных (три и более) бляшек на коже различных анатомических областей. Под распространенной лихенификацией при атопическом дерматите понимается наличие усиленного рисунка в области утолщенной сухой кожи лица, шеи, локтевых, подколенных ямок, а также тотальное поражение.
		а) трудно поддающиеся лечению распространенные формы хронической экземы; тяжелые и (или) осложненные формы псориаза; атопический дерматит с распространенной лихенификацией кожного покрова; пузырчатка, герпетиформный дерматит; другие генодерматозы	НГ	НГИ	
		б) распространенная абсцедирующая и хроническая, язвенная пиодермия; распространенный псориаз; ограниченные и часто рецидивирующие формы экземы, псориаза;	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	

1	2	3	4	5	6
		атопический дерматит с очаговой лихенификацией кожного покрова; дискоидная красная волчанка; фотодерматит; распространенный красный плоский лишай; хроническая, упорная к проводимому лечению крапивница; рецидивирующие отеки Квинке			Часто рецидивирующими формами кожных заболеваний считаются такие формы, при которых обострения возникают два и более раза в год. К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения болезней кожи не более одного раза в год в течение последних трех лет. К пункту «б» также относятся: множественные конглобатные акне, глубокие фолликулиты; приобретенные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви; ограниченные и часто рецидивирующие (два и более раза в год) формы экземы; единичные, но крупные (размером с ладонь больного и более) псориазные бляшки; рецидивирующие отеки Квинке и (или) хроническая крапивница в случаях безуспешного лечения в стационарных условиях и непрерывного рецидивирования волдырей (уртикарий) на протяжении не менее двух месяцев; холодовая аллергия рецидивирующего течения с клиническими проявлениями крапивницы и (или) отека Квинке, подтвержденная холодовой пробой в стационарных условиях. Освидетельствуемым по графе I, страдающим рецидивирующими отеками Квинке и (или) хронической крапивницей, в случаях непрерывного рецидивирования волдырей (уртикарий) на протяжении не менее двух месяцев и после безуспешного лечения в стационарных условиях заключение выносится по пункту «б».
		в) приобретенный ихтиоз; редко рецидивирующие формы ограниченной экземы, псориаза, нейродермита, красного плоского лишая; ограниченная склеродермия; распространенные и тотальные формы гнездной алопеции, витилиго; парapsoriasis	1 группа назначения – НГ, 2, 3, 4 группы назначения – инд.	1 группа назначения – инд., 2, 3, 4 группы назначения – Г	К пункту «в» также относятся: бляшечная форма склеродермии вне зависимости от локализации, количества и размеров очагов поражения. Под ограниченными формами псориаза, указанными в пункте «в», понимаются единичные очаги поражения различной локализации, в том числе и в различных анатомических областях, площадью до ладони освидетельствуемого. При экземе поражение одной из анатомических областей (одна стопа, одна голень, одна кисть, голова) расценивается как ограниченное. К пункту «г» относятся ограниченные формы экземы при отсутствии рецидива в течение последних трех лет и более, за исключением экзем наружного слухового прохода и ушной раковины, которые освидетельствуются по статье 37 расписания болезней. Под ограниченными формами витилиго, указанными в пункте «г», понимаются участки витилиго при площади поражения не более 10 % кожного покрова или при локализации на открытых участках тела (лицо, шея, кисти рук) суммарно не более 1 % кожного покрова (площади ладони освидетельствуемого). При наличии витилиго на закрытых участках тела суммарно не более 1 % кожного покрова данная статья не применяется. Наличие atopического дерматита (экссудативного диатеза, детской экземы, нейродермита) в анамнезе, а также разновидности ограниченной склеродермии –





1	2	3	4	5	6																					
					болезни белых пятен, легкие формы ихтиоза, себорея не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования.																					
12.2	63	Временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания кожи и подкожной клетчатки	НГ	ВН																						
13	БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ШИФР ПО МКБ-10 M00-M99)																									
13.1	64	Артропатии инфекционного и воспалительного происхождения, системные поражения соединительной ткани:			Статья предусматривает ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Рейтера, узелковый периартрит, гранулематоз Вегенера, подагру, псориатическую артропатию и другие артриты, связанные с инфекцией, и другие системные заболевания соединительной ткани. К пункту «а» относятся: системные болезни соединительной ткани вне зависимости от выраженности изменений со стороны органов и систем, частоты обострений и степени функциональных нарушений; ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) со значительными нарушениями функций или их системные формы со стойкой утратой способности к исполнению служебных обязанностей. К пункту «б» относятся: медленно прогрессирующие формы воспалительных заболеваний с умеренно выраженными экссудативно-пролиферативными изменениями и функциональной недостаточностью суставов при отсутствии системных проявлений; начальные формы ревматоидного артрита и болезни Бехтерева при наличии клинико-лабораторных признаков активности процесса. К пункту «в» относятся хронические заболевания суставов и позвоночника с редкими (один раз в год и реже) обострениями. При хронических инфекционных и воспалительных артритах категория годности к службе определяется по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от поражения других органов и систем, состояния функции суставов в соответствии с «Таблицей оценки амплитуды движений в суставах (в угловых градусах)». ТАБЛИЦА ОЦЕНКИ АМПЛИТУДЫ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВАХ (В УГЛОВЫХ ГРАДУСАХ) <table><tr><th rowspan="2">Сустав</th><th rowspan="2">Движения</th><th rowspan="2">Норма</th><th colspan="3">Ограничение движения</th></tr><tr><th>незначительное</th><th>умеренное</th><th>значительное</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th></tr><tr><td>Плечевой сустав (с плечевым поясом)</td><td>сгибание</td><td>180–121</td><td>120–101</td><td>100–81</td><td>80 и менее</td></tr></table>	Сустав	Движения	Норма	Ограничение движения			незначительное	умеренное	значительное	1	2	3	4	5	6	Плечевой сустав (с плечевым поясом)	сгибание	180–121	120–101	100–81	80 и менее
		Сустав	Движения	Норма					Ограничение движения																	
						незначительное	умеренное	значительное																		
		1	2	3		4	5	6																		
Плечевой сустав (с плечевым поясом)	сгибание	180–121	120–101	100–81	80 и менее																					
		а) со значительным нарушением функций, стойкими и выраженными изменениями	НГ	НГИ																						
		б) с умеренным нарушением функций и частыми обострениями	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.																						
		в) с незначительным нарушением функций и редкими обострениями	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г																						



1	2	3	4	5	6											
					1	2		3	4	5	6					
						разгибание	более 30	30–21	20–16	15 и менее						
						отведение	180–116	115–101	100–81	80 и менее						
					Локтевой сустав	сгибание	30–79	80–89	90–99	100 и более						
						разгибание	180–149	150–141	140–121	120 и менее						
						пронация	180–136	135–91	90–61	60 и менее						
						супинация	180–136	135–91	90–61	60 и менее						
					Лучезапястный сустав	сгибание	80–36	35–26	25–16	15 и менее						
						разгибание	95–31	30–26	25–16	15 и менее						
						отведение	радиальное	30–11	10–6	5–4	3 и менее					
							ульнарное	45–26	25–16	15–11	10 и менее					
					Тазобедренный сустав	сгибание	менее 100	100–109	110–119	120 и более						
						разгибание	180–171	170–161	160–151	150 и менее						
						отведение	50–26	25–21	20–16	15 и менее						
					Коленный сустав	сгибание	30–59	60–89	90–109	110 и более						
						разгибание	180–176	175–171	170–161	160 и менее						
					Голеностопный сустав	подошвенное сгибание	150–121	120–111	110–101	100 и менее						
						тыльное сгибание	70–74	75–79	80–84	85 и более						
					Хронические формы реактивных артритов при отсутствии обострения заболевания более пяти лет и без нарушения функции суставов не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. После острых воспалительных заболеваний суставов медицинское освидетельствование проводится по статье 86 расписания болезней.											
					13.2	65	Хирургические болезни и поражения крупных суставов, хрящей, остеопатии, хондропатии:			Заключение о категории годности к службе при заболеваниях костей и суставов выносится, как правило, после обследования и лечения в стационарных условиях. При этом необходимо учитывать склонность заболевания к рецидивам или прогрессированию, стойкость выздоровления и особенности службы (предстоящей службы). При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него заключение выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от функции конечности или сустава. К пункту «а» относятся: анкилоз крупного сустава в порочном положении, фиброзный анкилоз; искусственный сустав (при неудовлетворительных результатах оперативного лечения, приведшего к стойкому нарушению функции сустава); патологическая подвижность (не опорный сустав) или стойкая контрактура сустава со значительным ограничением движений;						
		а) со значительным нарушением функций		НГ	НГИ											
		б) с умеренным нарушением функций		НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.											
		в) с незначительным нарушением функций		НГ	ГНС											
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций		1, 2 группы предназ-	Г											



1	2	3	4	5	6
			на- чения – инд., 3, 4 группы предназ- наче- ния – Г		выраженный деформирующий (наличие грубых костных разрастаний суставных концов не менее 2 мм) артроз крупных суставов с частыми (два и более раза в год) рецидивами обострений болевого синдрома, разрушениями суставного хряща (ширина суставной щели на рентгенограмме менее 2 мм) и деформацией оси конечностей более 5 градусов; дефект костей более 1 см с нестабильностью конечности; остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров, длительно не заживающих или часто (два и более раза в год) открывающихся свищей. При анкилозах крупных суставов в функционально выгодном положении, при хорошей функциональной компенсации искусственного сустава категория годности к службе работников определяется по пункту «б». К пункту «б» относятся: асептический некроз головки бедренной кости; частые (три и более раза в год) вывихи крупных суставов, возникающие вследствие незначительных физических нагрузок, с выраженной неустойчивостью (разболтанностью) или рецидивирующим синовитом сустава, сопровождающиеся умеренно выраженной атрофией мышц конечностей; деформирующий артроз в одном из крупных суставов (ширина суставной щели на рентгенограмме 2–4 мм) с болевым синдромом и наличием контрактуры; остеомиелит (в том числе и первично хронический) с ежегодными обострениями; гиперостозы, препятствующие движению конечности или ношению стандартной формы одежды, обуви или снаряжения; стойкие контрактуры одного из крупных суставов с умеренным ограничением объема движений. К пункту «в» относятся: редко (менее трех раз в год) возникающие вывихи плечевого сустава, неустойчивость и синовит суставов вследствие умеренных физических нагрузок; нестабильность крупного сустава, надколенника с редкими (менее 3 раз в году) вывихами или неустойчивостью, определяемой клинически и подкрепленные рентгенологическими методами; разрыв акромиально-ключичного сочленения с полным вывихом ключицы; остеомиелит с редкими (раз в два-три года) обострениями при отсутствии секвестральных полостей и секвестров; стойкие контрактуры одного из крупных суставов с незначительным ограничением объема движений; нагрузочные остеодистрофии трубчатых костей нижних конечностей в случаях длительного (более трех месяцев) лечения; нагрузочные переломы мелких костей стоп при безуспешном лечении более двух месяцев. Нестабильность крупного сустава или надколенника должна быть подтверждена медицинскими документами о вывихах, достоверными методами лучевой диагностики до и после вправления по одному из характерных признаков:



1	2	3	4	5	6
					костный дефект суставной поверхности; дисплазия суставных концов костей с патологической смещаемостью суставных поверхностей; отрыв суставной губы плечевого сустава. При хондропатиях с незаконченным процессом граждане, принимаемые на службу, по статье 86 расписания болезней признаются временно негодными к службе, в последующем при незаконченном процессе заключение о годности к службе выносится по пункту «в» настоящей статьи. Остеомиелитический процесс считается законченным при отсутствии обострения, секвестральных полостей и секвестров в течение трех и более лет. Повторение вывиха крупного сустава должно быть засвидетельствовано медицинскими документами и рентгенограммами сустава до и после вправления вывиха. Нестабильность вследствие повреждения связок (в том числе ахиллова сухожилия) и капсулы сустава должна быть подтверждена клинически и рентгенологически. По поводу нестабильности суставов освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. После успешного лечения граждане, поступающие на службу, по статье 86 расписания болезней на 6 месяцев временно не годны к медицинскому освидетельствованию. После оперативного лечения нестабильности крупных суставов медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» или «г» настоящей статьи в зависимости от объема движений. После успешного хирургического лечения в отношении работников выносится заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни с последующим освобождением от строевой, физической подготовки и управления всеми видами транспортных средств на шесть месяцев, а после лечения нестабильности коленного сустава, обусловленной повреждением связок и капсулы, – на двенадцать месяцев. При кистозном перерождении костей, отсекающем остеохондрозе крупного сустава предлагается оперативное лечение. При отказе от оперативного лечения или неудовлетворительных его результатах заключение о категории годности к службе выносится в зависимости от степени нарушения функций конечности или сустава. Освидетельствуемые по графе I с болезнью Осгуда – Шлаттера без нарушения функций суставов признаются годными к службе по 3 и 4 группам предназначения. К пункту «г» относятся начальные проявления артроза в одном суставе без нарушения его функции. При оценке объема движений в суставах руководствоваться оценкой объема движений в суставах (в градусах)



1	2	3	4	5	6
13.3	66	Деформации, болезни позвоночника и их последствия:			К пункту «а» относятся: врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника, подтвержденные рентгенологически клиновидными деформациями тел позвонков, их ротацией в местах наибольшего изгиба позвоночника (кифозы, сколиозы четвертой степени и другое) и сопровождающиеся резкой деформацией грудной клетки (реберный горб и другие), а также нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу; врожденный и (или) приобретенный критический стеноз позвоночного канала (шейный отдел менее 13 мм, грудной отдел менее 13 мм, поясничный отдел менее 16 мм), сопровождающийся грубыми проводниковыми или корешковыми расстройствами; спондилолистез четвертой, пятой степени; распространенный остеохондроз четвертой степени всех отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный данными медицинских документов, корешковыми и (или) проводниковыми расстройствами; фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье); распространенный деформирующий спондилез третьей степени всех отделов позвоночника; инфекционный спондилит с частыми (три раза и более в год) обострениями. К пункту «б» относятся: врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы, сколиозы третьей степени) с умеренной деформацией грудной клетки, нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу; врожденный и (или) приобретенный критический стеноз позвоночного канала, сопровождающийся умеренными клиническими проявлениями (боли, умеренные парезы); спондилолистез третьей степени; распространенный остеохондроз третьей и (или) четвертой степени не менее двух отделов позвоночника с рецидивирующим (3 и более раза в году) болевым синдромом с освобождением от исполнения служебных обязанностей, подтвержденным записями врача-невролога в медицинских документах; распространенный деформирующий спондилез третьей степени не менее двух отделов позвоночника; инфекционный спондилит с редкими обострениями. К пункту «в» относятся: множественные аномалии развития хотя бы в одном отделе позвоночника в различных сочетаниях, приведшие к развитию остеохондроза третьей, четвертой степени, сколиозу первой и выше степени, спондилезу второй, третьей степени, синдрому нестабильности; врожденный и (или) приобретенный центральный стеноз позвоночного канала, сопровождающийся легкими корешковыми расстройствами и рецидивирующим болевым синдромом, подтвержденным записями врача-невролога в медицинских документах;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	Г	

1	2	3	4	5	6
					остеохондропатический кифоз третьей степени; сколиоз второй степени с углом искривления 18 и более градусов; спондилолистез второй степени; распространенный остеохондроз третьей степени одного отдела позвоночника; ограниченный остеохондроз третьей и (или) четвертой степени не менее двух отделов позвоночника; ограниченный спондилез третьей степени не менее двух отделов позвоночника. К пункту «г» относятся: одиночные или множественные аномалии развития в одном отделе позвоночника; врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы второй степени, кифозы первой степени со структурными изменениями позвонков, сколиозы первой степени); остеохондропатический кифоз 2 степени; спондилолистез первой степени; изолированный, ограниченный остеохондроз третьей (четвертой) степени одного отдела позвоночника; ограниченный или распространенный остеохондроз первой, второй степени одного и более отделов позвоночника; ограниченный или распространенный спондилез первой, второй степени одного и более отделов позвоночника; при сколиозе 2 степени с углом искривления 11–17 градусов освидетельствуемые по графе I расписания болезней по 1 и 2 группам предназначения признаются негодными, по 3 и 4 группам предназначения признаются годными в индивидуальном порядке при наличии письменного ходатайства руководителя ОПЧС. Бессимптомное течение межпозвонкового остеохондроза в виде грыж Шморля одного-двух позвонков, кифоз первой степени, изолированный остеохондроз 1, 2 степени одного и более отделов позвоночника, изолированный спондилез 1, 2 степени одного и более отделов позвоночника, незаращение дужек 5 поясничного и 1 крестцового позвонков не являются основанием для применения данной статьи, не препятствуют приему на службу, поступлению в учреждения образования. Основанием для установления диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики. Основным методом диагностики дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника является рентгенологический метод. Он также является основным при вынесении экспертных решений. Характер патологических изменений позвоночника должен быть подтвержден многоосевыми, нагрузочными и функциональными исследованиями. КТ, МРТ, МРТ с функциональными пробами, спиральная КТ и другие лучевые методы исследований являются дополнительными и интерпретируются соответственно данным рентгенологического исследования.



ДОКУМЕНТЫ

К сведению



1	2	3	4	5	6
					Снижение высоты межпозвонкового диска L5 – S1 следует считать патологическим только при наличии прочих признаков дегенеративного процесса. Признаками синдрома нестабильности являются: для поясничного отдела позвоночника – смещение позвонка более чем на 4 мм вперед или назад при функциональной рентгенографии; для шейного отдела позвоночника – смещение первого шейного позвонка по отношению ко второму шейному позвонку более чем на 3,5 мм, в нижнешейном отделе – смещение позвонков на 2 мм и более. Движения позвоночника в сагиттальной плоскости очень вариабельны: в норме расстояние между остистым отростком седьмого шейного позвонка и бугорком затылочной кости при наклоне головы увеличивается на 3–4 см, а при запрокидывании головы (разгибании) уменьшается на 8–10 см. Расстояние между остистым отростком седьмого шейного и первого крестцового позвонков при нагибании увеличивается на 5–7 см по сравнению с обычной осанкой и уменьшается на 5–6 см при прогибании назад. Боковые движения (наклоны) в поясничном и грудном отделах возможны в пределах 25–30 градусов. Остеохондроз и спондилез позвоночника могут представлять собой рентгенологические находки, не сопровождаются нарушением функции позвоночника, спинного мозга и его корешков и не нарушают функции организма в целом. Остеохондроз характеризуется первичным невоспалительным дегенеративным поражением хряща вплоть до его некроза с последующим вовлечением в процесс замыкательных пластинок смежных позвонков (склероз) и образованием краевых остеофитов. Остеофиты при остеохондрозе образуются из краевых пластинок перпендикулярно продольной оси позвоночника. Спондилез – изменения позвоночника, возникающие в процессе естественного старения при сохранности тургора пульпозного ядра и сохранении высоты межпозвонкового пространства, отсутствии склероза замыкательных пластинок, наличии остеофитов, образующихся на местах прикрепления продольных связок в виде скоб по передним и боковым поверхностям позвоночника, вследствие обызвествления передней продольной связки. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются: при первой степени – незначительные изменения конфигурации позвоночника в одном или нескольких сегментах, нестабильность межпозвонкового диска в условиях выполнения функциональных проб; при второй степени – уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков, выпрямление физиологического лордоза, незначительное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск равен по высоте вышележащему), вентральные и дорзальные экзостозы тел позвонков; при третьей степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, умеренное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего), дистрофические изменения межпоз-



1	2	3	4	5	6
					вонковых суставов с умеренным сужением межпозвонковых отверстий (признаки спондилоартроза); при четвертой степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, выраженное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего в два раза и более), значительно выраженные дистрофические изменения межпозвонковых суставов со значительным сужением межпозвонковых отверстий и позвоночного канала. Определение степени деформирующего спондилеза по рентгенограммам: первая степень – деформирующие изменения по краям тел позвонков (у лимбуса); вторая степень – краевые разрастания, растущие по направлению от позвонка к позвонку и не достигающие степени сращения; третья степень – срастание остеофитов двух смежных позвонков в виде скобы. Остеохондроз и спондилез могут быть: изолированными (поражение одного межпозвонкового диска или двух смежных позвонков); ограниченными (поражение двух дисков или трех позвонков); распространенными (поражение более двух дисков или более трех позвонков). Спондилолиз – это дефект в межсуставной части дужки позвонка. Спондилолиз может быть результатом порочного развития – дисплазии или усталостного перелома вследствие механических перегрузок. Спондилолиз встречается без спондилолистеза и может сопровождаться выраженной нестабильностью пораженного сегмента и соответственно болевым синдромом. Спондилолистез – смещение тела вышележащего позвонка относительно нижележащего в горизонтальной плоскости. В норме за счет эластичности диска и связочного аппарата смещения позвонков в горизонтальной плоскости возможны при максимальном сгибании или разгибании в пределах 3 мм. Степень спондилолистеза определяется по рентгенограмме в боковой проекции: краниальная замыкательная пластинка нижележащего позвонка условно делится на четыре части, а от задненижнего края верхнего позвонка к замыкательной пластинке нижнего опускается перпендикуляр. Степень спондилолистеза определяется зоной, на которую проецируется перпендикуляр: первая степень – смещение свыше 3 мм до 1/4 тела позвонка; вторая степень – смещение от 1/4 до 1/2 тела позвонка; третья степень – смещение от 1/2 до 3/4 тела позвонка; четвертая степень – смещение свыше 3/4 до ширины тела позвонка; пятая степень (спондилоптоз) – смещение верхнего позвонка кпереди на полный переднезадний размер тела в сочетании с дополнительным каудальным смещением. Деформация позвоночника при сколиозе оценивается по передне-задней рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень первого крестцового позвонка).



1	2	3	4	5	6
					Для определения угловой величины сколиотических дуг используется методика Кобба: определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты дуги деформации; параллельно замыкательным пластинкам тел верхнего края краниального и нижнего края каудального позвонков на снимке проводятся прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. Учитывая возможное деформирование тел позвонков, для расчерчивания берется замыкательная пластинка, имеющая наибольший наклон. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться с применением геометрического приема путем проведения встречных перпендикуляров. Степени тяжести сколиотической деформации позвоночника: первая степень – дуга деформации от 5 до 10 градусов; вторая степень – дуга деформации от 11 до 25 градусов; третья степень – дуга деформации от 26 до 40 градусов; четвертая степень – дуга деформации от 41 градуса и более. Деформация позвоночника при патологическом грудном кифозе (ювенильный остеохондроз, болезнь Шойермана) оценивается по боковой рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень первого крестцового позвонка). Для определения угловой величины дуги кифоза используется методика Кобба: определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты грудного кифоза (третий и двенадцатый грудные позвонки); параллельно замыкательным пластинкам тел краниального и каудального позвонков на снимке проводятся прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться с применением геометрического приема путем проведения встречных перпендикуляров. Степень тяжести кифотической деформации позвоночника: первая степень – угол кифоза от 31 до 40 градусов; вторая степень – угол кифоза от 41 до 50 градусов; третья степень – угол кифоза от 51 до 70 градусов; четвертая степень – угол кифоза свыше 70 градусов. Интегральная оценка функции позвоночника должна основываться на оценке, в первую очередь, защитной функции (наличие и выраженность вертеброгенных неврологических расстройств), а затем на результатах тестирования статической функции (способности освидетельствуемого в течение длительного времени поддерживать определенное положение туловища) и, в последнюю очередь, на ограничении амплитуды активных движений



1	2	3	4	5	6
13.4	67	Отсутствие, деформации, дефекты кисти и пальцев:			К пункту «а» относится отсутствие: двух кистей на уровне кистевых суставов (кистевым суставом называется комплекс суставов, соединяющих кисть с предплечьем, включающий лучезапястный, запястный, межпястные, запястно-пястные и межзапястные суставы, а также дистальный лучелоктевой сустав); по три пальца на уровне пястно-фаланговых суставов на каждой кисти; по четыре пальца на уровне дистальных концов основных фаланг на каждой кисти; первого и второго пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов на обеих кистях. К пункту «б» относятся: отсутствие одной кисти на уровне кистевого сустава; отсутствие кисти на уровне пястных костей; отсутствие на одной кисти: трех пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов; четырех пальцев на уровне дистальных концов основных фаланг; первого и второго пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов; первого пальца на уровне межфалангового сустава и второго – пятого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг; первых пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов на обеих кистях; повреждение локтевой и лучевой артерий (либо каждой из них в отдельности) с резким нарушением кровообращения кисти и пальцев или развитием ишемической контрактуры мелких мышц кисти; застарелые вывихи или дефекты трех и более пястных костей; разрушение, дефекты и состояние после артропластики трех и более пястно-фаланговых суставов; застарелые повреждения или дефекты сухожилий сгибателей трех или более пальцев проксимальнее уровня пястных костей; совокупность застарелых повреждений трех и более пальцев, приводящих к стойкой контрактуре или значительным нарушениям трофики (анестезия, гипестезия и другие расстройства). К пункту «в» относятся: отсутствие первого пальца на уровне межфалангового сустава и второго пальца на уровне основной фаланги или третьего – пятого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг на одной кисти; второго – четвертого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг на одной кисти; по три пальца на уровне проксимальных концов средних фаланг на каждой кисти; первого или второго пальца на уровне пястно-фалангового сустава на одной кисти; первого пальца на уровне межфалангового сустава на правой (для левши – на левой) или на обеих кистях; двух пальцев на уровне проксимального конца основной фаланги на одной кисти; дистальных фаланг второго – четвертого пальцев на обеих кистях; застарелые вывихи, остеохондропатии кистевого сустава;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	



1	2	3	4	5	6
					дефекты, вывихи двух пястных костей; ложные суставы, хронические остеомиелиты трех и более пястных костей; разрушения, дефекты и состояние после артропластики двух пястно-фаланговых суставов; синдром карпального или латерального канала; застарелые повреждения сухожилий сгибателей двух пальцев на уровне пястных костей и длинного сгибателя первого пальца; совокупность повреждений структур кисти, кистевого сустава и пальцев, сопровождающиеся умеренным нарушением функции кисти и трофическими расстройствами (анестезии, гипестезии и другое), умеренным нарушением кровообращения не менее двух пальцев. К пункту «г» относятся повреждения структур кисти и пальцев, не указанных в пунктах «а», «б» или «в». Повреждения или заболевания костей, сухожилий, сосудов или нервов пальцев, приведшие к развитию стойких контрактур в порочном положении, считаются как отсутствие пальца. За отсутствие пальца на кисти следует считать: для первого пальца – отсутствие ногтевой фаланги, для других пальцев – отсутствие двух фаланг. Отсутствие фаланги на уровне ее проксимальной головки считается отсутствием фаланги
13.5	68	Плоскостопие и другие деформации стопы:			Статья предусматривает приобретенные фиксированные деформации стопы. Стопа с повышенными продольными сводами при правильной ее установке на поверхности при опорной нагрузке часто является вариантом нормы. Патологически полый считается стопа, имеющая деформацию в виде супинации заднего и пронации переднего отдела при наличии высоких внутреннего и наружного сводов (так называемая резко скрученная стопа), передний отдел стопы распластан, широкий и несколько приведен, имеются натоптыши под головками средних плюсневых костей и когитастая или молоточкообразная деформация пальцев. Наибольшие функциональные нарушения возникают при сопутствующих эверсионно-инверсионных компонентах деформации в виде наружной или внутренней ротации всей стопы или ее элементов. К пункту «а» относятся: патологические конская, пяточная, варусная, полая, плоско-вальгусная, эквиноварусная стопы и другие приобретенные в результате травм или заболеваний необратимые, резко выраженные искривления стоп, при которых невозможно пользование обувью установленного образца. К пункту «а» также относится отсутствие всех пальцев на уровне плюсне-фаланговых сочленений или основных фаланг на обеих ногах; отсутствие части стопы с фрагментами костей после ранений, травм, костно-пластических операций. К пункту «б» относятся: продольное третьей степени или поперечное третьей-четвертой степени плоскостопие с выраженным болевым синдромом, экзостозами, контрактурой пальцев и наличием артроза в суставах среднего отдела стопы;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	ГНС	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	

1	2	3	4	5	6
					отсутствие всех пальцев или части стопы на любом ее уровне; отсутствие всех пальцев на уровне основных фаланг на одной ноге; отсутствие второго–пятого пальцев или первого и двух других пальцев на одной ноге; отсутствие четырех или первых пальцев на обеих ногах; отсутствие всех пальцев на уровне ногтевых фаланг на обеих ногах; стойкая комбинированная контрактура всех пальцев на обеих стопах при их ког- тистой или молоточкообразной деформации; посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера свыше минус 10 градусов, болевым синдромом и артрозом подтаранного суста- ва второй стадии. При декомпенсированном или субкомпенсированном продольном плоскосто- пии боли в области стоп возникают в положении стоя и усиливаются обычно к вечеру, когда появляется их пастозность. Внешне стопа пронирирована, удлинена и расширена в средней части, продольный свод опущен, ладьевидная кость обри- совывается сквозь кожу на медиальном крае стопы, пятка вальгирована. К пункту «в» относятся: умеренно выраженные деформации стопы с незначительным болевым синдро- мом и нарушением статики, при которых можно приспособить для ношения стандартную обувь; продольное или поперечное плоскостопие третьей степени без вальгусной уста- новки пяточной кости; деформирующий артроз первого плюсневого сустава третьей стадии с ограниче- нием движений в пределах подошвенного сгибания менее 10 градусов и тыльно- го сгибания менее 20 градусов; посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера от 0 до минус 10 градусов и наличием артроза подтаранного сустава; отсутствие, сведение или неподвижность первого или двух пальцев на одной ноге, всех пальцев на уровне ногтевых фаланг на одной ноге. За отсутствие пальца на стопе принимается отсутствие его на уровне плюсне- фалангового сочленения, а также полное сведение или неподвижность пальца. К пункту «г» также относится продольное или поперечное плоскостопие первой или второй степени с деформирующим артрозом первой или второй стадии суста- вов среднего отдела стопы при отсутствии контрактуры ее пальцев и экзостозов. Отсутствием пальца на стопе считается отсутствие его на уровне плюснефалан- гового сустава, а также полное сведение или неподвижность пальца. Продольное плоскостопие и молоточкообразная деформация пальцев стоп оце- ниваются по профильным рентгенограммам в положении стоя под нагрузкой. На рентгенограммах путем построения треугольника определяется угол продольно- го свода и высота свода. В норме угол свода равен 125–130 градусам, высота сво- да свыше 35 мм. Плоскостопие первой степени: угол продольного внутреннего



1	2	3	4	5	6																																																																																																																																																		
					подошвенного свода 131–140 градусов, высота свода 35–25 мм; плоскостопие второй степени: угол продольного внутреннего свода 141–155 градусов, высота свода 24–17 мм; плоскостопие третьей степени: угол продольного внутреннего свода больше 155 градусов, высота свода менее 17 мм. Для определения степени посттравматической деформации пяточной кости вычисляют угол Белера (угол суставной части бугра пяточной кости), образуемый пересечением двух линий, одна из которых соединяет наиболее высокую точку переднего угла подтаранного сустава и вершину задней суставной фасетки, а другая проходит вдоль верхней поверхности бугра пяточной кости. В норме этот угол составляет 20–40 градусов. Его уменьшение обычно сопровождается посттравматическое плоскостопие. Наиболее информативным для оценки состояния подтаранного сустава является его компьютерная томография, выполненная в коронарной плоскости, перпендикулярной задней суставной фасетке пяточной кости. Поперечное плоскостопие оценивается по рентгенограммам переднего и среднего отделов стопы в прямой проекции, выполненным под нагрузкой. Достоверными критериями степени поперечного плоскостопия являются параметры угловых отклонений первой плюсневой кости и первого пальца. На рентгенограммах проводятся три прямые линии, соответствующие продольным осям первой – второй плюсневых костей и основной фаланге первого пальца. При первой степени деформации угол между первой – второй плюсневыми костями составляет 10–12 градусов, а угол отклонения первого пальца – 15–20 градусов; при второй степени эти углы соответственно увеличиваются до 15 и 30 градусов; при третьей степени – до 20 и 40 градусов, при четвертой степени – превышают 20 и 40 градусов. Таблица определения степеней плоскостопия <table><tr><th rowspan="3">Формы стопы</th><th rowspan="3">Угол продольного свода стопы (в градусах)</th><th rowspan="3">Высота продольного свода (средняя) в мм</th><th colspan="16">Длина стопы в мм, L</th></tr><tr><th colspan="16">Высота продольного свода стопы в мм</th></tr><tr><th>135</th><th>140</th><th>145</th><th>150</th><th>155</th><th>160</th><th>165</th><th>170</th><th>175</th><th>180</th><th>185</th><th>190</th></tr><tr><td>полая</td><td>90 – 110</td><td>свыше 48</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>–</td><td>–</td><td>–</td></tr><tr><td rowspan="2">нормальная</td><td>111 – 135</td><td rowspan="2">свыше 35</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>55</td><td>–</td><td>–</td></tr><tr><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>29</td><td>30</td><td>32</td><td>33</td><td>33</td><td>33</td><td>34</td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">плоскостопие 1 степени</td><td>136 – 145</td><td>35 – 25</td><td>26 – 21</td><td>27 – 22</td><td>28 – 23</td><td>28 – 24</td><td>29 – 24</td><td>31 – 25</td><td>32 – 25</td><td>32 – 26</td><td>32 – 26</td><td>33 – 27</td><td>34 – 27</td><td>35 – 28</td></tr><tr><td>146 – 155</td><td>24 – 17</td><td>20 – 17</td><td>21 – 17</td><td>22 – 17</td><td>23 – 17</td><td>23 – 7</td><td>24 – 18</td><td>24 – 18</td><td>25 – 18</td><td>25 – 18</td><td>26 – 19</td><td>26 – 19</td><td>27 – 19</td></tr><tr><td rowspan="2">плоскостопие 3 степени</td><td rowspan="2">156 – 165 и более</td><td colspan="13">менее</td></tr><tr><td>17</td><td>17</td><td>17</td><td>17</td><td>17</td><td>17</td><td>18</td><td>18</td><td>18</td><td>18</td><td>19</td><td>19</td><td>19</td></tr></table> Деформирующий артроз первой стадии суставов стопы рентгенологически характеризуется сужением суставной щели менее чем на 50 процентов и краевыми костными разрастаниями, не превышающими 1 мм от края суставной	Формы стопы	Угол продольного свода стопы (в градусах)	Высота продольного свода (средняя) в мм	Длина стопы в мм, L																Высота продольного свода стопы в мм																135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	полая	90 – 110	свыше 48	48	49	50	51	52	53	54	55	56	–	–	–	нормальная	111 – 135	свыше 35	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	–	–	27	28	29	29	30	32	33	33	33	34			плоскостопие 1 степени	136 – 145	35 – 25	26 – 21	27 – 22	28 – 23	28 – 24	29 – 24	31 – 25	32 – 25	32 – 26	32 – 26	33 – 27	34 – 27	35 – 28	146 – 155	24 – 17	20 – 17	21 – 17	22 – 17	23 – 17	23 – 7	24 – 18	24 – 18	25 – 18	25 – 18	26 – 19	26 – 19	27 – 19	плоскостопие 3 степени	156 – 165 и более	менее													17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	19	19	19
Формы стопы	Угол продольного свода стопы (в градусах)	Высота продольного свода (средняя) в мм	Длина стопы в мм, L																																																																																																																																																				
			Высота продольного свода стопы в мм																																																																																																																																																				
			135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190																																																																																																																																									
полая	90 – 110	свыше 48	48	49	50	51	52	53	54	55	56	–	–	–																																																																																																																																									
нормальная	111 – 135	свыше 35	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	–	–																																																																																																																																									
	27		28	29	29	30	32	33	33	33	34																																																																																																																																												
плоскостопие 1 степени	136 – 145	35 – 25	26 – 21	27 – 22	28 – 23	28 – 24	29 – 24	31 – 25	32 – 25	32 – 26	32 – 26	33 – 27	34 – 27	35 – 28																																																																																																																																									
	146 – 155	24 – 17	20 – 17	21 – 17	22 – 17	23 – 17	23 – 7	24 – 18	24 – 18	25 – 18	25 – 18	26 – 19	26 – 19	27 – 19																																																																																																																																									
плоскостопие 3 степени	156 – 165 и более	менее																																																																																																																																																					
		17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	19	19	19																																																																																																																																									



1	2	3	4	5	6
					щели. Артроз второй стадии характеризуется сужением суставной щели более 50 процентов, краевыми костными разрастаниями, превышающими 1 мм от края суставной щели, деформацией и субхондральным остеосклерозом суставных концов сочленяющихся костей. При артрозе третьей стадии суставная щель рентгенологически не определяется, имеются выраженные краевые костные разрастания, грубая деформация и субхондральный остеосклероз суставных концов сочленяющихся костей. Продольное плоскостопие первой или второй степени, а также поперечное плоскостопие первой степени без артроза в суставах среднего отдела стопы, контрактуры пальцев и экзостозов не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. При отсутствии одного из пальцев стопы (кроме первого) без нарушения функции у освидетельствуемых по II графе годность к службе, поступлению в учреждения образования не ограничивается
13.6	69	Приобретенные деформации конечностей, вызывающие нарушение функции и (или) затрудняющие ношение форменной одежды, обуви или снаряжения:			Статья предусматривает оценку приобретенных укорочений конечностей, в том числе вследствие угловой деформации костей после переломов. К пункту «а» относится укорочение руки или ноги более 8 см. К пункту «б» относится укорочение руки или ноги от 5 до 8 см включительно. К пункту «в» относится укорочение ноги от 2 до 5 см включительно. К пункту «г» относится укорочение руки до 5 см или ноги до 2 см
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	ГНС	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1 группа предназначения – инд., 2, 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
13.7	70	Отсутствие конечностей:			За отсутствие конечности следует считать культю на уровне верхней трети плеча или бедра. При наличии ампутационных культей конечностей на любом уровне по поводу злокачественных новообразований или болезней сосудов (эндартериит, атеросклероз и другое) заключение выносится и по статьям расписания болезней, предусматривающим основное заболевание. В случае неудовлетворительных результатов лечения при порочной культе, наличии фантомных болей, препятствующих протезированию, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а». Работники, имеющие ампутационную культю на уровне предплечья или голени, освидетельствуются по пункту «в». При отсутствии одной конечности до уровня верхней трети плеча или бедра в случае удовлетворительных результатов протезирования и (или) заинтересованности начальника ОПЧС при сохранении профессиональных навыков работники могут быть признаны годными к службе в должностях по 4 группе предназначения в порядке индивидуальной оценки
		а) отсутствие всей нижней конечности, ампутационные культя верхних или нижних конечностей на любом уровне и в любом сочетании	НГ	НГИ	
		б) отсутствие верхней конечности или нижней конечности на уровне нижней трети бедра	НГ	НГМ	
		в) отсутствие одной кисти или одной стопы, отсутствие первого, второго и третьего пальцев на одной из стоп	НГ	ГНС	
14	БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (ШИФР ПО МКБ-10 N00-N99)				
14.1	71	Хронические заболевания почек:			В статье предусматриваются гломерулярные хронические заболевания почек (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический нефритический синдром, нефротический синдром, наследственная нефропатия и иные гломерулярные поражения), хронические тубулоинтерстициальные заболевания (хронический тубулоинтерстициальный нефрит, обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия, другие интерстициальные болезни), а также хроническая почечная недостаточность неуточненного генеза. Диагноз и степень нарушения функции почек обосновываются данными клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, а при необходимости – пункционной биопсией почки. К пункту «а» относятся хронические заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью (далее – ХПН) второй – четвертой стадии. К пункту «б» относятся хронические заболевания почек, осложненные ХПН первой стадии или умеренным нарушением функции почек (стойкий мочево-вой синдром, сохраняющийся более 12 месяцев, или стойкое снижение амплитуды колебаний относительной плотности мочи, или умеренное нарушение секреторно-эксcretорной функции по данным радиоизотопной ренографии, или частые (более двух раз в год) рецидивы болезни). К пункту «в» относятся хронические заболевания почек с незначительным нарушением функции почек (изолированный мочево-вой синдром в виде микрогематурии, суточной протеинурии до одного грамма, который может исчезать после проведения этиопатогенетической терапии, способность почек к разведению и концентрации мочи нарушена незначительно или не нарушена, возможно незначительное нарушение секреторно-эксcretорной функции при радиоизотопной ренографии).
		а) с резким нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	

1	2	3	4	5	6
					Первая стадия ХПН (латентная) характеризуется преходящим повышением уровня креатинина крови до 0,18 ммоль/л, мочевины крови до 8,8 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 40–60 мл/мин, показатели пробы Зимницкого могут быть в норме. Вторая стадия ХПН (компенсированная) характеризуется легкой полиурией, возможным снижением гемоглобина до 83–100 г/л, повышением креатинина крови от 0,18 до 0,28 ммоль/л, мочевины крови от 8,8 до 10,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 30–40 мл/мин, в пробе Зимницкого разни́ца между максимальной и минимальной плотностью менее восьми единиц. Третья стадия ХПН (интермиттирующая) характеризуется полиурией, гипоизостенурией, снижением гемоглобина до 67–83 г/л, повышением креатинина крови от 0,28 до 0,6 ммоль/л, мочевины крови от 10,1 до 19,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 20–30 мл/мин. Четвертая стадия хронической почечной недостаточности (терминальная) характеризуется повышением креатинина крови свыше 0,6 ммоль/л, мочевины крови свыше 19,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин. При пограничных показателях креатинина и мочевины крови первостепенное значение отдается уровню клубочковой фильтрации. Диагноз «хронический пиелонефрит» устанавливается при наличии лейкоцитурии и бактериурии, сохраняющихся более двенадцати месяцев и выявляемых количественными методами, при условии исключения острых воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и половых органов после обследования с участием врача-дерматовенеролога, врача-уролога (для женщин, кроме того, врача – акушера-гинеколога) и обязательного рентгенурологического исследования. При необходимости проводятся УЗИ и радиоизотопное исследование почек. При наличии симптоматической артериальной гипертензии, обусловленной заболеванием почек, указанным в настоящей статье, заключение о категории годности к службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функции почек и по пунктам «а», «б» или «в» статьи 43 расписания болезней в зависимости от уровня АД. Заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни или освобождения после острых воспалительных заболеваний почек выносится по статье 78 расписания болезней. Граждане, принимаемые на службу, граждане, поступающие в учреждения образования получения образования, после перенесенной отечно-гипертензивной формы острого гломерулонефрита независимо от исхода заболевания, а также при наличии патологических изменений в моче (белок, форменные элементы крови), выявляемых в течение трех месяцев и более после перенесенных острых гломерулярных или тубулоинтерстициальных заболеваний почек, освидетельствуются по пункту «в» статьи 71 расписания болезней.





1	2	3	4	5	6
14.2	72	Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия (гидронефроз, пионефроз), пиелонефрит (вторичный), мочекаменная болезнь, другие болезни почек и мочеточников, цистит, другие заболевания мочевого пузыря, невенерический уретрит, стриктура уретры, другие болезни уретры:			К пункту «а» относятся заболевания, сопровождающиеся значительно выраженными нарушениями выделительной функции почек или ХПН: мочекаменная болезнь с поражением обеих почек при неудовлетворительных результатах лечения (камни, гидронефроз, пионефроз, вторичный пиелонефрит, не поддающиеся лечению, и другое); двусторонний нефроптоз третьей степени; отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, при наличии любой степени нарушения функции оставшейся почки; состояния после резекции или пластики мочевого пузыря; склероз шейки мочевого пузыря, сопровождающийся пузырно-мочеточниковым рефлюксом и двусторонним вторичным хроническим пиелонефритом или гидронефрозом; стриктура уретры, требующая систематического бужирования. При посттравматическом отсутствии почки освидетельствование проводится по статье 83 расписания болезней. К пункту «б» относятся: мочекаменная болезнь с частыми (три и более раза в год) приступами почечной колики, отхождением камней, умеренным нарушением выделительной функции почек; нефункционирующая почка или отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, без нарушения функции другой почки; двусторонний нефроптоз второй степени с постоянным болевым синдромом, вторичным пиелонефритом или вазоренальной гипертензией; односторонний нефроптоз третьей степени; склероз шейки мочевого пузыря при односторонних вторичных изменениях мочевыделительной системы (односторонний гидроуретер, гидронефроз, вторичный пиелонефрит и другое); стриктура уретры, требующая бужирования не более двух раз в год при удовлетворительных результатах лечения. К пункту «в» относятся: одиночные (до 0,6 см) камни почек, мочеточников с редкими (менее трех раз в год) приступами почечной колики, подтвержденные данными ультразвукового исследования, при наличии патологических изменений в моче; одиночные (0,6 см и более) камни почек, мочеточников без нарушения выделительной функции почек; двусторонний нефроптоз второй степени с незначительными клиническими проявлениями и незначительным нарушением выделительной функции почек; односторонний нефроптоз второй степени с вторичным пиелонефритом; хронические болезни мочевыделительной системы (цистит, уретрит) с частыми (три и более раза в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	



1	2	3	4	5	6
					К пункту «г» относятся: состояния после инструментального удаления или самостоятельного отхождения одиночного камня из мочевыводящих путей (лоханка, мочеточник, мочевого пузырь) без повторного камнеобразования; состояния после дробления камней мочевыделительной системы (для освидетельствуемых по графе II расписания болезней); мелкие (до 0,6 см) одиночные конкременты почек, мочеточников, подтвержденные только ультразвуковым исследованием, без патологических изменений в моче; односторонний или двусторонний нефроптоз первой степени; односторонний нефроптоз второй степени без нарушения выделительной функции почки и при отсутствии патологических изменений в моче. Нарушение выделительной функции почек должно быть подтверждено данными хромоцистоскопии, выделительной урографии или радиоизотопными исследованиями. Умеренным нарушением выделительной функции почек следует считать выделение индигокармина больной почкой при хромоцистоскопии на четыре-пять минут позднее здоровой, на экскреторных урограммах выделение и накопление контрастного вещества замедленно. Степень нефроптоза определяется рентгенологом по рентгенограммам, выполненным в вертикальном положении обследуемого: первая степень – опущение нижнего полюса почки на 2 позвонка, вторая степень – на 3 позвонка, третья степень – более 3 позвонков. При наличии симптоматической артериальной гипертензии, обусловленной заболеванием почек, указанным в настоящей статье, заключение о категории годности выносится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функции почек и по пунктам «а», «б» или «в» статьи 43 расписания болезней в зависимости от уровня артериального давления
14.3	73	Болезни мужских половых органов:			Данная статья предусматривает доброкачественную гиперплазию, воспалительные и другие болезни предстательной железы; водянку яичка, орхит и эпидидимит; избыточную крайнюю плоть, фимоз и парафимоз; другие болезни мужских половых органов. По поводу заболеваний мужских половых органов по показаниям освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него медицинское освидетельствование проводится в зависимости от степени функциональных нарушений. К пункту «а» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы третьей-четвертой стадии со значительным нарушением мочеиспускания при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; отсутствие полового члена.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
		г) при наличии объективных данных с незначительными клиническими проявлениями	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	Г	К пункту «б» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы второй стадии с умеренным нарушением мочевого выделения (наличие остаточной мочи до 100 мл), которая должна быть подтверждена данными УЗИ или радиоизотопного исследования или катетеризацией мочевого пузыря; хронический простатит, требующий лечения в стационарных условиях три и более раза в год; рецидивная (после повторного хирургического лечения) односторонняя или двусторонняя водянка оболочек яичка или семенного канатика с объемом жидкости более 100 мл. Однократный рецидив водянки оболочек яичка или семенного канатика не является основанием для применения пункта «б». К пункту «в» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы первой стадии; хронический простатит с камнями предстательной железы. К пункту «г» относятся: водянка яичка или семенного канатика с объемом жидкости менее 100 мл; гипоплазия яичка (яичек); другие болезни мужских половых органов с незначительными клиническими проявлениями; отсутствие одного яичка после его удаления по поводу заболеваний (неспецифического, доброкачественного или врожденного характера), ранений и других повреждений. Наличие фимоза не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы, поступлению в учреждения образования.
14.4	74	Хронические воспалительные болезни женских половых органов:			Предусматривает хронические воспалительные болезни яичников, маточных труб, тазовой клетчатки, брюшины, шейки матки, влагалища, вульвы. К пункту «а» относятся воспалительные болезни женских половых органов с выраженными клиническими проявлениями, частыми (три и более раза в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях. К пункту «б» относятся воспалительные болезни женских половых органов с умеренными клиническими проявлениями, частыми (два и более раза в год) обострениями. К пункту «в» относятся воспалительные болезни женских половых органов с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями. Предусматривает хронические воспалительные болезни яичников, маточных труб, тазовой клетчатки, брюшины, шейки матки, влагалища, вульвы. К пункту «а» относятся воспалительные болезни женских половых органов с выраженными клиническими проявлениями, частыми (три и более раза в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	1, 2, 3 группы предназначения – НГ, 4 группа предназначения – инд.	Г	



1	2	3	4	5	6
					К пункту «б» относятся воспалительные болезни женских половых органов с умеренными клиническими проявлениями, частыми (два и более раза в год) обострениями. К пункту «в» относятся воспалительные болезни женских половых органов с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями
14.5	75	Эндометриоз:			К пункту «а» относится эндометриоз с выраженными клиническими проявлениями, частыми (три и более раза в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях. К пункту «б» относится эндометриоз с умеренными клиническими проявлениями, частыми (два и более раза в год) обострениями с временной нетрудоспособностью. К пункту «в» относится эндометриоз с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	Г	
14.6	76	Выпадения, свищи и другие невоспалительные болезни женских половых органов:			К пункту «а» относятся выпадение внутренних половых органов (влагалища третьей степени, матки четвертой степени) с болевым синдромом и (или) недержанием мочи; свищи с вовлечением половых органов (мочеполовые, кишечно-половые) при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него. К пункту «б» относится выпадение или опущение внутренних половых органов (влагалища второй степени, матки второй, третьей степени) с умеренным болевым синдромом или без него, а также опущение внутренних половых органов (влагалища первой степени, матки первой степени) при наличии болевого синдрома. При опущении половых органов, осложненном недержанием мочи, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» в зависимости от результатов лечения. Неправильное положение матки без нарушения функций не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы, поступлению в учреждения образования. При неправильном положении матки, сопровождающемся меноррагиями, запорами, болями в области крестца и внизу живота, медицинское освидетельствование проводится по пункту «в». К пункту «в» относятся опущение внутренних половых органов (влагалища первой степени, матки первой степени) без болевого синдрома.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	



1	2	3	4	5	6																		
					Определение степени опущения и выпадения стенок влагалища и матки <table><tr><td colspan="2">Смещение влагалища вниз:</td></tr><tr><td>I степень</td><td>Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих сразу; во всех случаях стенки не выходят за область входа во влагалище</td></tr><tr><td>II степень</td><td>Частичное выпадение передней стенки влагалища и части мочевого пузыря, задней и части передней стенки прямой кишки или комбинации обеих выпадений; стенки выходят наружу от входа во влагалище</td></tr><tr><td>III степень</td><td>Полное выпадение влагалища, которое часто сопровождается и выпадением матки</td></tr><tr><td colspan="2">Смещение матки книзу:</td></tr><tr><td>I степень</td><td>Опущение матки или шейки матки – шейка матки опущена к уровню входа во влагалище</td></tr><tr><td>II степень</td><td>Частичное выпадение матки или шейки матки – шейка матки при натуживании выступает за область половой щели</td></tr><tr><td>III степень</td><td>Неполное выпадение матки – за половой щелью находится не только шейка матки, но и часть ее тела</td></tr><tr><td>IV степень</td><td>Полное выпадение матки – за половой щелью (между стенками влагалища, которые выпали) находится вся матка, при этом можно свести указательный и средний пальцы над ее дном</td></tr></table>	Смещение влагалища вниз:		I степень	Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих сразу; во всех случаях стенки не выходят за область входа во влагалище	II степень	Частичное выпадение передней стенки влагалища и части мочевого пузыря, задней и части передней стенки прямой кишки или комбинации обеих выпадений; стенки выходят наружу от входа во влагалище	III степень	Полное выпадение влагалища, которое часто сопровождается и выпадением матки	Смещение матки книзу:		I степень	Опущение матки или шейки матки – шейка матки опущена к уровню входа во влагалище	II степень	Частичное выпадение матки или шейки матки – шейка матки при натуживании выступает за область половой щели	III степень	Неполное выпадение матки – за половой щелью находится не только шейка матки, но и часть ее тела	IV степень	Полное выпадение матки – за половой щелью (между стенками влагалища, которые выпали) находится вся матка, при этом можно свести указательный и средний пальцы над ее дном
Смещение влагалища вниз:																							
I степень	Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих сразу; во всех случаях стенки не выходят за область входа во влагалище																						
II степень	Частичное выпадение передней стенки влагалища и части мочевого пузыря, задней и части передней стенки прямой кишки или комбинации обеих выпадений; стенки выходят наружу от входа во влагалище																						
III степень	Полное выпадение влагалища, которое часто сопровождается и выпадением матки																						
Смещение матки книзу:																							
I степень	Опущение матки или шейки матки – шейка матки опущена к уровню входа во влагалище																						
II степень	Частичное выпадение матки или шейки матки – шейка матки при натуживании выступает за область половой щели																						
III степень	Неполное выпадение матки – за половой щелью находится не только шейка матки, но и часть ее тела																						
IV степень	Полное выпадение матки – за половой щелью (между стенками влагалища, которые выпали) находится вся матка, при этом можно свести указательный и средний пальцы над ее дном																						
14.7	77	Расстройства овариально-менструальной функции: <table><tr><td>а) со значительным нарушением функций</td><td>НГ</td><td>НГИ</td></tr><tr><td>б) с умеренным нарушением функций</td><td>НГ</td><td>НГМ – инд., ГНС – инд.</td></tr><tr><td>в) с незначительным нарушением функций</td><td>Г</td><td>Г</td></tr></table>	а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	в) с незначительным нарушением функций	Г	Г			К пункту «а» относятся расстройства овариально-менструальной функции с мено- и метроррагиями различной степени тяжести, дисменореей. К пункту «б» относятся нарушения овариально-менструальной функции без явлений мено- и метроррагии (олигоменорея, аменорея). К пункту «в» относятся различные клинические ситуации, связанные с нарушением менструальной функции, не сопровождающиеся мено- и метроррагиями и дисменореей. К этому же пункту относятся половой инфантилизм при удовлетворительном общем развитии, бесплодие									
а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ																					
б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.																					
в) с незначительным нарушением функций	Г	Г																					
14.8	78	Временные функциональные расстройства мочеполовой системы, состояние после острого, обострения хронического заболевания, удаления камня, литотрипсии или другого хирургического лечения	НГ	ВН	Освидетельствуемые по I графе, если у них после перенесенного острого воспалительного заболевания почек сохраняются патологические изменения в моче, признаются негодными к службе с возможным повторным медицинским освидетельствованием через двенадцать месяцев. Заключение о необходимости предоставления работникам социального отпуска по болезни может выноситься только после острых диффузных гломерулонефритов, при затяжном осложненном течении острых пиелонефритов, а также после острых (со сроком лечения не более двух месяцев) воспалительных забо-																		



1	2	3	4	5	6
					леваний женских половых органов, а также после оперативного вмешательства на органах мочеполовой сферы при наличии положительного прогноза на продолжение службы.
15	БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (Шифр по МКБ-10 O00-O99)				
15.1	79	Беременность, послеродовой период и их осложнения	НГ	ВН	При токсикозе беременных легкой и средней степени тяжести организаций здравоохранения работнику предоставляется освобождение от исполнения служебных обязанностей, а при тяжелой степени тяжести ВВК может выносить заключение о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни. При угрозе прерывания беременности заключение о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни может выноситься после лечения в стационарных условиях
16	ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ (Шифр по МКБ-10 Q00-Q99)				
16.1	80	Врожденные anomalies развития органов и систем:			Статья применяется в случаях невозможности лечения врожденных пороков развития, отказа от лечения или при неудовлетворительных его результатах. К пункту «а» относятся: комбинированные или сочетанные врожденные пороки сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии) при наличии хронической сердечной недостаточности 1 стадии; изолированные врожденные пороки сердца (стеноз аорты, стеноз легочной артерии, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального (митрального) клапана, пролабирование створок аортального клапана, бicuspidальный аортальный клапан, миксоматоз, аневризма межпредсердной перегородки, межжелудочковой перегородки или синуса Вальсальвы, фенестрация створок клапанов с регургитацией крови, незаращение боталлова протока, дефект межжелудочковой или межпредсердной перегородки и другое) при наличии хронической сердечной недостаточности второй или третьей стадии; наследственные нарушения соединительной ткани (в том числе дисплазии соединительной ткани) с нарушением анатомии органа и (или) его функции (синдром Марфана, синдром Элерса – Данло и другое); врожденные anomalies органов дыхания с дыхательной недостаточностью 3 степени; врожденное отсутствие ушной раковины, расщелины губы и неба, другие врожденные anomalies органов пищеварения с выраженными клиническими проявлениями и резким нарушением функций; врожденные фиксированные искривления позвоночника (сколиозы и другое) с резкой деформацией грудной клетки (реберный горб и другое) и ДН третьей степени по рестриктивному типу; пороки и anomalies развития черепа с выраженными стойкими изменениями, со значительным нарушением функции;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ, ГНС	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	ГНС	
		г) с минимальной степенью нарушения функций	1, 2 группы назначения – НГ, 3, 4 группы назначения – инд.	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		д) при наличии объективных данных без нарушения функций	1 группа назначения – НГ, 2 группа назначения –	Г	



1	2	3	4	5	6
			инд., 3, 4 группы предназ- наче ния – Г		остеосклероз (остеопетроз, мраморная болезнь); тазовая дистопия почек; отсутствие одной почки или ее функции при нарушении функции оставшейся почки независимо от степени ее выраженности; поликистоз почек со значительным нарушением выделительной функции или с ХПН; аномалии почечных сосудов (подтвержденные данными ангиографии) с вазоренальной артериальной гипертензией и почечными кровотечениями; аномалии половых органов (отсутствие полового члена, атрезия влагалища); деформация костей с укорочением конечности более 8 см; отсутствие сегмента конечности; О-образное искривление ног при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей более 20 см или Х-образное искривление при расстоянии между внутренними лодыжками голеней более 15 см (освидетельствуемым по графе II расписания болезней заключение выносится по пункту «б»); другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц со значительным нарушением функций; ихтиоз врожденный, ихтиозиформная эритродермия. К пункту «б» относятся: комбинированные или сочетанные врожденные пороки сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии) при отсутствии хронической сердечной недостаточности; изолированные врожденные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии; открытый боталлов проток, дефект межпредсердной, межжелудочковой перегородки и другое; пролапс митрального или других клапанов сердца третьей степени (9 мм и более), пролапс митрального или других клапанов сердца второй степени (6–8,9 мм) с нарушением внутрисердечной гемодинамики; а также пролапс клапанов, осложненный миксоматозной дегенерацией створок; малые аномалии сердца (избыточная трабекулярность желудочков, аномальное крепление створочных хорд, аномальное положение хорд, аномалии папиллярных мышц и другие) или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся нарушением диастолической функции желудочка (по результатам ЭхоКГ) и (или) нарушениями ритма и проводимости сердца, указанными в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней; пороки и аномалии развития черепа (краниостеноз, платибазия, базиллярные импрессии, макро- или микроцефалия и другие) при стойких или медленно прогрессирующих изменениях с умеренным нарушением функции;

1	2	3	4	5	6
					врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью 2 степени; врожденные фиксированные искривления позвоночника (сколиозы и другое) с деформацией грудной клетки и ДН второй степени по рестриктивному типу; односторонняя тазовая дистопия почки; отсутствие одной почки или ее функции при нормальной функции оставшейся почки; поликистоз почек; дисплазии, удвоение почек и их элементов, подковообразная почка, аномалии мочеточников или мочевого пузыря с умеренным нарушением выделительной функции; мошоночная или промежностная гипоспадия; деформация костей с укорочением конечности от 5 до 8 см; О-образное искривление ног при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей от 12 до 20 см или Х-образное искривление при расстоянии между внутренними лодыжками голеней от 12 до 15 см; другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с умеренным нарушением функций; ихтиоз рецессивный (черный и чернеющий). К пункту «в» относятся: изолированные врожденные пороки сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности; пролапс митрального или других клапанов сердца второй степени (6–8,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики; пролапс митрального или других клапанов сердца первой степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией второй степени и более; малые аномалии сердца или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся низкой толерантностью к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб; функционирующее овальное окно; врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью 1 степени; двусторонняя микротия; деформация костей с укорочением ноги от 2 до 5 см; другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с незначительным нарушением функций; деформация грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания 1 степени; аплазия, агенезия, гипоплазия легкого; пороки и аномалии развития черепа при стойких изменениях с незначительным нарушением функции;





1	2	3	4	5	6
					поясничная дистопия почек с незначительным нарушением функции; одиночные солитарные кисты почек с незначительным нарушением выделительной функции, единичные кисты почек размером более 40 мм в диаметре; поликистоз, полное удвоение почки, подковообразная почка с незначительным нарушением или без нарушения выделительной функции; одиночные солитарные кисты почек с незначительным нарушением функции; свищ мочеиспускательного канала от корня до середины полового члена; задержка яичек в брюшной полости, паховых каналах или у наружных отверстий их; задержка одного яичка в брюшной полости; рецидивирующие дермоидные кисты копчика после неоднократного (три раза и более) радикального хирургического лечения; доминантный (простой) ихтиоз; наследственные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви. К пункту «г» относятся: пролапс митрального или других клапанов сердца первой степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией (в том числе с транзиторной) первой степени без анамнестически объявленных семейных случаев внезапной смерти при пролапсе митрального клапана, предшествующих случаев эмболии, нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней; малые аномалии сердца или их сочетание, не изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка, но сопровождающиеся низкой толерантностью к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб. К пункту «д» относятся: пролапс митрального или других клапанов сердца первой степени (от 3 до 5,9 мм) без регургитации; врожденные аномалии органов дыхания без дыхательной недостаточности; пороки и аномалии развития черепа без нарушения функции; односторонняя микротия; врожденные аномалии почек (неполное удвоение почек и их элементов, дисплазия почек и другие) без нарушения функций; солитарные единичные (до 40 мм в диаметре) кисты без нарушения выделительной функции почек. Степень нарушения выделительной функции почек оценивается по результатам внутривенной урографии, КТ почек с внутривенным усилением или радиоизотопной ренографии; задержка одного яичка в паховом канале или у его наружного отверстия; деформация костей с укорочением руки от 2 до 5 см и ноги до 2 см. Сакрализация пятого поясничного или люмбализация первого крестцового позвонка, незаращение дужек указанных позвонков, гипоспадия у коронарной



1	2	3	4	5	6
					борозды, изолированная деформация грудины без дыхательной недостаточности не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. При наличии дефектов костей черепа вследствие незаращения родничков медицинское освидетельствование проводится по статье 81 расписания болезней. Лица с врожденными пороками нервной системы освидетельствуются по статье 23 расписания болезней, а с психическими расстройствами – по статье 14 или 20 расписания болезней соответственно характеру дефекта. Лица с врожденными пороками кисти или стопы освидетельствуются по статье 67 или 68 расписания болезней. Малые аномалии сердца или их сочетание, не изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и не сопровождающиеся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам нагрузочных проб, не являются основанием для применения настоящей статьи. При диагностировании малых аномалий сердца или их сочетаний, сопровождающихся нарушениями ритма, и (или) проводимости сердца по данным ЭКГ-покоя, нагрузочных проб или по данным суточного мониторирования ЭКГ и (или) чреспищеводной электрокардиостимуляции левого предсердия медицинское освидетельствование проводится по статье 42 расписания болезней
17	ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЙ ВНЕШНИХ ПРИЧИН (Шифр по МКБ-10 S00-T98)				
17.1	81	Переломы костей черепа (переломы костей черепа, лицевых костей, в том числе нижней и верхней челюстей, другие повреждения, последствия повреждений черепа, оперативных вмешательств на черепе):			К пункту «а» относятся: дефекты и деформации челюстно-лицевой области после ранений и травм, не замещенные трансплантатами; анкилозы височно-нижнечелюстных суставов; ложные суставы нижней челюсти, контрактуры челюстно-лицевой области при отсутствии эффекта от лечения, в том числе хирургического, или отказе от него. При дефекте 8–20 см², не замещенном пластическим материалом, или дефекте более 20 см², замещенном пластическим материалом, инородных телах в веществе мозга без клинических проявлений, когда сохранена способность исполнять служебные обязанности, работники могут быть освидетельствованы по пункту «б». Дефект костей черепа после костно-пластической трепанации определяется как дефект, замещенный аутокостью, и относится к дефекту черепа, замещенному пластическим материалом. Накладываемые после черепно-мозговой травмы диагностические фрезевые отверстия суммируются в дефект костей черепа, замещенный соединительнотканым рубцом. Площадь размера дефекта костей черепа определяется рентгенологически с соответствующим заключением стационарной или амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения. Работники, граждане, принимаемые на службу, граждане, поступающие в учреждения образования с последствиями повреждений челюстно-лицевой области, не указанными в настоящей статье, освидетельствуются по статье 56 расписания болезней
		а) с наличием инородного тела в полости черепа; дефекта костей свода черепа более 20 см ² , не замещенного или замещенного пластическим материалом, или 8–20 см ² , не замещенного пластическим материалом	НГ	НГИ	
		б) с дефектом костей свода черепа от 8 до 20 см ² , замещенным пластическим материалом, или до 8 см ² , не замещенным пластическим материалом, множественные переломы черепа	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с дефектом костей свода черепа до 8 см ² , замещенным пластическим материалом, или несколькими дефектами костей свода черепа	НГ	ГНС	



1	2	3	4	5	6
		общей площадью 12 см ² , замещенными или не замещенными пластическим материалом; старые вдавленные переломы, одиночные, множественные линейные переломы свода, переломы основания черепа			
17.2	82	Переломы позвоночника, последствия оперативных вмешательств на позвоночнике; переломы костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломы костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, других трубчатых костей):			К пункту «а» относятся: оскольчатые (в том числе взрывные) переломы или последствия оскольчатых (в том числе взрывных) переломов тел двух и более позвонков с резко выраженной деформацией; состояние после (последствия) оперативных вмешательств по поводу переломов, вывихов, переломовывихов тел двух и более позвонков с применением спондило- и (или) корпородеза, сопровождающиеся стойкими проводниковыми и (или) корешковыми расстройствами; состояние после (последствия) удаления дужек двух и более позвонков с клиническим синдромом нестабильности в данном сегменте; неправильно сросшиеся множественные вертикальные переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца; последствия центрального вывиха головки бедренной кости (анкилоз или деформирующий артроз тазобедренного сустава с деформацией суставных концов и оси конечности, с величиной суставной щели менее 2 мм); осложненные переломы длинных трубчатых костей со значительным нарушением функции конечности; ложные суставы длинных трубчатых костей. К пункту «б» относятся: оскольчатый (взрывной) перелом или последствия оскольчатого (взрывного) перелома тела одного позвонка; компрессионный перелом тела позвонка второй-третьей степени и (или) переломы дужек позвонков; последствия компрессионных переломов одного и более позвонков второй-третьей степени с выраженной деформацией; переломовывихи позвонков; переломы первого и (или) второго шейных позвонков; перелом зуба второго шейного позвонка; последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном и более уровнях с прогрессированием дегенеративных изменений; последствия удаления дужек двух и более позвонков без клинического синдрома нестабильности в данном сегменте;
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функции	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	Г	



1	2	3	4	5	6
					состояние после (последствия) стабилизирующих операций на позвоночнике по поводу дегенеративно-дистрофических изменений с прогрессированием дегенеративных изменений и рецидивирующим болевым синдромом, в том числе с применением спондило-и (или) корпородеза; последствия односторонних переломов костей таза с нарушением целостности тазового кольца при неудовлетворительных результатах лечения; последствия центрального вывиха головки бедренной кости с умеренным нарушением функции конечности; переломы шейки бедра при неудовлетворительных результатах лечения; осложненные переломы длинных трубчатых костей с умеренным нарушением функции конечности. К пункту «в» относятся: компрессионные переломы тел одного и более позвонков первой степени компрессии; переломы верхних и (или) нижних «рентгеновских углов» тел позвонков; последствия компрессионного перелома тела одного и более позвонков первой степени; одно- и (или) двусторонние переломы суставных отростков одного или более поясничных либо шейных или трех и более грудных позвонков; перелом дужки одного позвонка независимо от нарушения функции; состояние после (последствия) стабилизирующих операций на позвоночнике по поводу дегенеративно-дистрофических изменений без прогрессирования дегенеративных изменений; последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном и более уровнях без прогрессирования дегенеративных изменений. У освидетельствуемых по графе II расписания болезней медицинское освидетельствование проводится по пункту «г»; переломы копчика с болевым синдромом и деформацией; множественные (три и более) одно- и (или) двусторонние переломы поперечных отростков с болевым синдромом; неосложненные вывихи шейных позвонков; переломы шейки бедра с использованием остеосинтеза при незначительном нарушении функции тазобедренного сустава; неудаленные пластины, интрамедуллярные штифты, болты-стяжки и другие металлические конструкции (кроме единичных шурупов, проволоки, спиц, микровинтов и микропластин) после переломов или корригирующих остеотомий длинных трубчатых костей при отказе от их удаления; осложненные переломы длинных трубчатых костей с незначительным нарушением функции конечности. После переломов тел позвонков, дужек, суставных отростков, удаления грыж межпозвонковых дисков с благоприятным исходом для освидетельствуемых работников применяется статья 86 расписания болезней.



1	2	3	4	5	6
					Сросшиеся изолированные переломы отдельных костей таза без деформации тазового кольца не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы, поступлению в учреждения образования. К пункту «г» относятся: переломы остистых и (или) одного-двух поперечных отростков позвонков, отдаленные последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном уровне. Освидетельствуемые по графе I расписания болезней после удаления грыжи межпозвонкового диска на одном уровне по статье 86 расписания болезней признаются негодными на двенадцать месяцев. Освидетельствуемые по графе I расписания болезней после переломов длинных трубчатых костей с хорошим исходом лечения и восстановления функций конечности не годны к приему на службу в течение шести месяцев, после переломов других костей не годны к приему на службу в течение трех месяцев.
17.3	83	Травмы внутренних органов грудной, брюшной полости и таза (травматические пневмо- и гемоторакс, травмы сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, тазовых органов, других органов брюшной полости, множественная тяжелая травма и другие):			К пункту «а» относятся: последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с ДН третьей степени, обширная облитерация перикарда; аневризма сердца или аорты вследствие ранения и травмы; резекция пищевода, желудка или наложение желудочно-кишечного анастомоза, резекция тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки вследствие ранения или травмы при значительном нарушении функций пищеварения (неподдающийся лечению демпинг-синдром, упорные поносы и другое) или выраженном упадке питания (ИМТ 18,5–19,0 кг/м² и менее); желчные или панкреатические свищи, возникающие вследствие ранения или травмы, при неудовлетворительных результатах лечения; резекция доли печени или части поджелудочной железы вследствие ранения или травмы; посттравматическое отсутствие почки при нарушении функции оставшейся почки независимо от степени ее выраженности; полный разрыв промежности (разрыв, при котором целостность мышц промежности нарушена полностью и они замещены рубцовой тканью, переходящей на стенку прямой кишки, задний проход зияет и не имеет правильных очертаний); посттравматическое отсутствие полового члена. При ДН второй, третьей степени после удаления легкого, при наличии инородного тела, расположенного в корне легкого, в сердце или вблизи крупных сосудов независимо от наличия осложнений или функциональных нарушений граждане, принимаемые на службу, освидетельствуются по пункту «а». Категория годности к службе работников из числа лиц среднего, старшего и высшего начальствующего состава может определяться по пункту «б». При последствиях ранений сердца, перикарда, оперативного удаления инородных тел из средостения в области крупных сосудов категория годности к службе
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	1 группа предназначения – инд., 2, 3, 4 группы предназначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					работников определяется по статье 42 расписания болезней в зависимости от стадии нарушения общего кровообращения, при наличии ДН – по пунктам «а», «б» или «в» статьи 51 расписания болезней, а категория годности к службе граждан, принимаемых на службу, определяется по пунктам «а», «б» или «в» статьи 42 или пунктам «а» или «б» статьи 51 расписания болезней. При этом одновременно применяется настоящая статья. При последствиях политравмы органов двух или более полостей с умеренным нарушением их функций следует применять пункт «а» настоящей статьи. К пункту «б» относятся: последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с ДН второй степени; отсутствие легкого независимо от степени ДН вследствие ранения или травмы; резекция желудка, тонкой (не менее 1 м) или толстой (не менее 20 см) кишки, наложение желудочно-кишечного соустья вследствие ранения или травмы с редкими проявлениями демпинг-синдрома (неустойчивый стул, умеренный упадок питания); наложение билиодигестивных или панкреатодигестивных анастомозов вследствие ранения или травмы; посттравматическое отсутствие почки при нормальной функции оставшейся почки. К пункту «в» относятся; состояния после оперативных вмешательств по поводу ранений и травм органов грудной и брюшной полости с незначительными клиническими проявлениями: удаление доли легкого, резекция желудка, резекция части почки и других органов, спленэктомии. К пункту «г» также относятся: состояния (для граждан, принимаемых на службу, – наступившие не ранее шести месяцев с момента получения ранения или травмы) после перенесенных атипичных резекций легких без ДН, торакотомий или лапаротомий в целях остановки кровотечения, ликвидации пневмо- или гемоторакса, ушивания ран кишечника, желудка, печени и других органов с исходом в выздоровление. Работникам после атипичной резекции легкого без ДН после завершения лечения в стационарных условиях может выноситься заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни по статье 53 расписания болезней. По настоящей статье освидетельствуются также лица с последствиями хирургического лечения воспалительных заболеваний и аномалий органов грудной и брюшной полости, не вошедшими в другие статьи расписания болезней
17.4	84	Последствия травм кожи и подкожной клетчатки:			
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
					К пункту «а» относятся: значительно ограничивающие движения в суставах или препятствующие ношению формы одежды, обуви или снаряжения массивные келоидные, гипертрофические рубцы в области шеи, туловища и конечностей, спаянные с подлежащими тканями, изъязвленные или легко ранимые и часто изъязвляющиеся при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него;



1	2	3	4	5	6
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	Г	состояния после глубоких ожогов площадью 20 % и более поверхности кожи или осложненные амилоидозом почек. К пункту «б» относятся: умеренно ограничивающие движения в суставах или значительно затрудняющие ношение формы одежды, обуви или снаряжения неизъязвляющиеся келлоидные, гипертрофические и атрофические рубцы, а также рубцы, обезображивающие лицо при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; последствия глубоких ожогов 50 % и более поверхности кожи нижней конечности. К пункту «в» относятся: незначительно ограничивающие движения в суставах или незначительно затрудняющие ношение формы одежды, обуви или снаряжения эластичные рубцы, неизъязвляющиеся при длительной ходьбе и других физических нагрузках; последствия глубоких ожогов с пластикой более 70 % поверхности кожи верхней конечности. При оценке объема движений в суставах следует руководствоваться таблицей оценки амплитуды движений в суставах (в угловых градусах) статьи 64 расписания болезней. При наличии рубцов с явлениями каузалгии после безуспешного хирургического лечения заключение выносится по статье 26 расписания болезней. Лица с последствиями ожогов или отморожений с повреждением глаз, кисти или стопы освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней
17.5	85	Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, токсическое действие веществ преимущественно немедицинского назначения; последствия воздействия внешних причин (радиации, низких, высоких температур и света, повышенного давления воздуха или воды и других внешних причин), аллергические заболевания и реакции:			Статья предусматривает последствия отравлений лекарственными средствами, другими токсическими веществами, других внешних причин, аллергических реакций. При медицинском освидетельствовании работников, перенесших лучевую болезнь, учитываются не только изменения в составе периферической крови, но и другие клинические проявления болезни. При незначительных остаточных явлениях у работников после перенесенной лучевой болезни второй степени медицинское освидетельствование проводится по статье 86 расписания болезней. Медицинское освидетельствование граждан, перенесших острую лучевую болезнь без каких-либо последствий, производится по пункту «в». Медицинское освидетельствование граждан, страдающих пищевой аллергией с клиническими проявлениями (подтвержденной обследованием в стационарных условиях) на основные продукты питания, производится по пункту «б». При других аллергических заболеваниях (крапивница, поллиноз, аллергические риниты, дерматиты и другое) медицинское освидетельствование проводится по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от состояния функций пораженного органа или системы. При аллергических состояниях, препятствующих проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками, экспертные выводы в отношении освидетельствуемых по I графе выносятся по пункту «в» настоящей статьи.
		а) со значительным нарушением функций	НГ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	
		в) с незначительным нарушением функций	НГ	1, 2 группы назначения – инд., 3, 4 группы назначения – Г	



1	2	3	4	5	6
					После острых отравлений, токсико-аллергических воздействий, острых аллергических заболеваний (анафилактический шок, сывороточная болезнь, синдром Лайела, Стивенса – Джонсона), воздействий других внешних причин категории годности к службе в ОПЧС и к службе в должности (по специальности) определяется в зависимости от исхода заболеваний и функций пораженных органов или систем по соответствующим статьям расписания болезней
17.6	86	Временные функциональные расстройства костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки после лечения болезней, ранений, травм, отравлений и других воздействий внешних факторов	НГ	ВН	Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие острые воспалительные заболевания суставов, признаются временно негодными к службе на шесть месяцев после окончания лечения. При отсутствии признаков воспаления в течение шести месяцев после перенесенных острых форм воспалительных заболеваний суставов они признаются годными к службе. Заключение о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни выносится в случаях, когда после завершения лечения в стационарных условиях сохраняются умеренные, проходящие болевые ощущения в суставах после физической нагрузки при отсутствии клинических и лабораторных признаков воспаления и для восстановления способности исполнять служебные обязанности требуется один месяц и более. Заключение о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни при временных ограничениях движений после операций на костях и суставах, пластики или тендолиза сухожилий (кроме пальцев кисти и стопы), при неокрепших костных мозолях после переломов костей выносится в случаях, когда для восстановления способности к исполнению служебных обязанностей требуется один месяц и более. При стойких неудовлетворительных результатах лечения последствий переломов трубчатых костей заключение о необходимости предоставления социального отпуска по болезни не выносится, а выносится заключение о категории годности к службе по пунктам «а», «б» или «в» статьи 82 расписания болезней. Освидетельствуемым по графе I расписания болезней для проведения операции по удалению штифта (пластины), оставшегося в трубчатой кости после сращения перелома, выносится заключение о временной негодности к службе на шесть месяцев для их удаления. При отказе от операции медицинское освидетельствование проводится по статье 82 расписания болезней. При неосложненных закрытых переломах трубчатых или других костей, требующих только иммобилизации гипсовой повязкой, работники могут быть выписаны из организации здравоохранения для лечения в амбулаторных условиях до снятия гипсовой повязки с вынесением заключения о необходимости предоставления им социального отпуска по болезни. Основанием для вынесения заключения о необходимости предоставления работнику социального отпуска по болезни при последствиях травм челюстей и мягких тканей лица является замедленная консолидация переломов, наличие



1	2	3	4	5	6
					плотных рубцов или переломы, потребовавшие сложных методов хирургического или ортопедического лечения, а также переломы, сопровождающиеся травматическим остеомиелитом. При оценке объема движений в суставах руководствоваться оценкой объема движений в суставах (в градусах). При остаточных явлениях после острых экзогенных воздействий и интоксикаций освидетельствуемые по графе I расписания болезней признаются временно негодными к службе на шесть месяцев. В дальнейшем категория годности их к службе определяется по статье 85 расписания болезней в зависимости от степени восстановления функций органов и систем
18	СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ (Шифр по МКБ-10 R00-R99)				
18.1	87	Недостаточное физическое развитие: масса тела менее 45 кг, рост менее 150 см	НГ	1, 2 группы предназначения – инд., 3, 4 группы предназначения – Г	
18.2	88	Энурез, энкопрез	НГ	НГМ – инд., ГНС – инд.	Работники, страдающие ночным недержанием мочи и (или) недержанием кала подлежат обследованию и лечению в стационарных условиях с участием врача-уролога и (или) врача-проктолога, врача-невролога, врача-дерматовенеролога и в случае необходимости – врача – психиатра-нарколога. Медицинское освидетельствование работников проводится в случаях, когда наблюдение и результаты обследования, а также данные, полученные из ОПЧС, подтверждают наличие ночного недержания мочи и эффект от лечения отсутствует. При установлении у освидетельствуемых по графе I по анамнестическим данным, по сведениям из организаций здравоохранения, военных комиссариатов ночного недержания мочи, недержания кала и отсутствии эффекта от лечения они признаются негодными к службе. Если ночное недержание мочи и (или) недержание кала являются одним из симптомов другого заболевания, заключение выносится по статье расписания болезней, предусматривающей основное заболевание
18.3	89	Нарушения речи: а) высокая степень заикания, охватывающая весь речевой аппарат, с нарушением дыхания и резкими невротическими проявлениями, другие нарушения речи, делающие ее малопонятной	НГ	НГМ	При наличии нарушений речи освидетельствуемый подвергается углубленному медицинскому обследованию врачами-специалистами: оториноларингологом, неврологом, психиатром-наркологом, стоматологом и при наличии возможности – логопедом государственной организации здравоохранения. Экспертное заключение выносится с учетом результатов обследования и изучения медицинских и иных документов (из организаций здравоохранения, с мест учебы, работы и службы, военных комиссариатов), характеризующих состояние здоровья освидетельствуемого. Вывод о степени выраженности заикания,

1	2	3	4	5	6
		б) заикание и другие нарушения речи, делающие ее недостаточно внятной	1, 2, 3 группы предназначения – НГ, 4 группа предназначения – инд.	ГНС	иных нарушений речи определяется путем динамического наблюдения за речевой функцией освидетельствуемого в различных условиях и оценивается по ее состоянию в моменты наиболее выраженного проявления нарушения. При медицинском освидетельствовании работников принимаются во внимание характеристика начальника ОПЧС и указания о том, в какой мере нарушение речи отражается на исполнении работником служебных обязанностей. Освидетельствуемые по пункту «б» не годны к службе в должностях с повышенной речевой нагрузкой, специалистов управления средствами радиосвязи (радиотелефонистов), преподавателей. Годность к службе освидетельствуемых по пункту «в» настоящей статьи определяется индивидуально
		в) незначительно выраженные нарушения функции речи	1, 2 группы предназначения – НГ, 3, 4 группы предназначения – инд.	1 группа предназначения – НГ, 2, 3, 4 группы предназначения – инд.	





Приложение 3
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

ПОРЯДОК
распределения освидетельствуемых по категориям годности к службе

№ п/п	Категория освидетельствуемых	ВВК, проводящие медицинское освидетельствование	Категория годности к службе (графа расписания болезней)
1	Граждане, принимаемые на службу, из числа лиц, ранее не проходивших службу в ОПЧС	Штатные ВВК	I
2	Граждане, принимаемые на службу, из числа лиц, ранее проходивших службу в ОПЧС, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля, органах внутренних дел, органах государственной безопасности, Следственном комитете, Государственном комитете судебных экспертиз, Вооруженных Силах Республики Беларусь и органах пограничной службы, проходившие службу по контракту и уволенные в запас, а также граждане, получившие и получающие общее высшее образование в очной (дневной) форме получения образования в учреждениях образования МЧС на платной основе; сотрудники органов внутренних дел, Следственного комитета, Государственного комитета судебных экспертиз, органов государственной безопасности, работники органов финансовых расследований Комитета государственного контроля, военнослужащие, проходящие военную службу по контракту	Штатные ВВК	II
3	Граждане, поступающие в учреждения образования на специальность:		
	«Предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций» (юноши)	Штатные ВВК	I
	«Пожарная и промышленная безопасность»		I
4	Курсанты учреждений образования	Штатные и госпитальная ВВК	II
5	Работники, поступающие в учреждения образования	Штатные ВВК	II
6	Работники, поступающие в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Академия гражданской защиты МЧС России»	Штатные ВВК	II
7	Работники при назначении на должности, при продлении сроков службы или при увольнении со службы	Штатные и (или) госпитальная ВВК	II
8	Граждане, принимаемые на службу, из числа лиц, ранее не проходивших службу, но проходивших срочную военную службу во внутренних войсках МВД, в течение одного года с момента увольнения их с военной службы	Штатные ВВК	II
9	Граждане, принимаемые на службу, из числа лиц, ранее не проходивших службу, но получивших: высшее образование по инженерным специальностям, специальностям в сфере высоких технологий; среднее специальное образование по специальности «Предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций»	Штатные ВВК	II



Приложение 4
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

Наименование ОПЧС

НАПРАВЛЕНИЕ № _____
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

В _____ ВВК _____
(наименование ВВК)

1. Прошу освидетельствовать _____
(специальное или воинское звание, должность,
фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), год рождения)

для определения по состоянию здоровья:

1.1. годности к службе в ОПЧС при приеме на службу _____
(должность, наименование

подразделения, вида деятельности, группа предназначения)

1.2. годности к поступлению в _____
(наименование учреждения образования,

учебного факультета, группа предназначения)

1.3. годности к службе на _____
(наименование должности, наименование

подразделения, вида деятельности, группа предназначения)

1.4. годности к службе, военной службе в связи с увольнением _____
(выслуга лет,

основание увольнения, время службы в ОПЧС

и других воинских формированиях, военной службы)

1.5. нуждаемости в социальном отпуске по болезни;

1.6. _____
(указать иную цель медицинского освидетельствования)

2. Основание _____
(должностное лицо, дата решения о проведении

медицинского освидетельствования работника)

3. При медицинском освидетельствовании прошу обратить внимание _____

4. Предыдущее медицинское освидетельствование ВВК _____
(наименование ВВК)

проводилось в _____ году.



5. Поступил на службу в ОПЧС (призван на срочную военную службу, поступил на военную службу по контракту) _____
(число, месяц, год,

_____ для военнослужащих – какой призывной комиссией призван)

6. Контракт заключен до _____ числа _____ месяца _____ года.

7. Заключение ВВК истребуется _____
(кадровое подразделение, ОПЧС,

_____ учреждение образования, почтовый адрес)



Место фотографии

Начальник

_____ (специальное звание) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)
телефон/факс _____

_____ 20__ г.
М.П.¹

¹ Кроме случаев, когда в соответствии с законодательными актами печать может не использоваться.

Приложение 5
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

ЖУРНАЛ
учета выданных направлений для освидетельствования ВВК

Учет- ный номер	Специ- альное (воинское) звание	Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)	Дата выда- чи направ- ления	Цель направления для освидетель- ствования	Подпись в получении направления	Регистрационный входящий номер и дата документа о результатах освиде- тельствования
				Результат освиде- тельствования		
1	2	3	4	5	6	7



Приложение 6
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

СВИДЕТЕЛЬСТВО О БОЛЕЗНИ № _____

_____ 20__ г. _____ ВВК _____
по направлению _____
(указать должностное лицо, направившее работника)

_____ на медицинское освидетельствование, дату, номер документа)
освидетельствован

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____
2. Дата рождения _____
в Вооруженных Силах Республики Беларусь служил(а) с _____ по _____
(месяц, год) (месяц, год)
- в МЧС служил(а) с _____ по _____
(месяц, год) (месяц, год)
3. Специальное звание _____
4. Занимаемая должность _____
специальность _____
5. Место службы _____
6. Рост _____ см. Масса тела _____ кг. Окружность груди (спокойно) _____ см.
7. Жалобы _____

8. Анамнез _____
(указать, когда возникло заболевание, когда и при каких обстоятельствах получено телесное повреждение; наличие или отсутствие справки о телесном повреждении; влияние заболевания на исполнение служебных обязанностей (обязанностей военной службы); предыдущие медицинские освидетельствования и их результаты, применявшиеся лечебные мероприятия, эффективность лечения, пребывание в социальном отпуске по болезни, лечение в санаторно-курортных организациях и прочее)

9. Находился на обследовании и лечении _____
(указать организации здравоохранения)
_____ и время пребывания в них, сроки временной нетрудоспособности)



10. Данные объективного исследования _____

11. Результаты специальных исследований (рентгенологических, лабораторных, инструментальных и других) _____

12. Заключение ВВК:

а) диагноз и причинная связь телесного повреждения, заболевания с прохождением службы:

б) категория годности к службе (в том числе годность к службе в должности):

На основании статьи _____ графы _____ расписания болезней _____
(указать заключение ВВК)

13. В сопровождающем нуждается, не нуждается (ненужное зачеркнуть) _____
(указать

при необходимости количество сопровождающих, вид транспорта и порядок проезда)

Председатель ВВК

(специальное звание)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Секретарь ВВК

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Адрес ВВК: _____

Заключение вышестоящей ВВК _____



Приложение 7
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

Угловой штамп
ВВК

СПРАВКА ВВК № _____

_____ (специальное звание, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое
имеется), год рождения, место службы, когда поступил на службу)
освидетельствован _____ ВВК _____ (наименование ВВК)
_____ 20__ г.

Заключение ВВК:

а) диагноз и причинная связь телесного повреждения, заболевания с прохождением службы:

_____ б) категория годности к службе (в том числе годность к службе в должности):
на основании статьи _____ графы _____ расписания болезней _____
_____ (указать заключение ВВК)

Председатель ВВК

_____ (специальное звание) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)
М.П.

Секретарь ВВК _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Адрес ВВК: _____

Заключение вышестоящей ВВК _____



Приложение 9
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

АКТ
исследования состояния здоровья

_____ (специальное звание, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое
имеется), год рождения, место службы)
находившегося по направлению _____ ВВК _____
(наименование ВВК)
от _____ 20 ____ г. № _____ на обследовании в стационарных, амбулаторных
условиях (ненужное зачеркнуть) с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г.
в _____
(наименование организации здравоохранения)

Жалобы _____

Анамнез _____

(начало заболевания (заболеваний), развитие, даты обострения,

проведенные лечебно-профилактические мероприятия, последнее обследование

в стационарных условиях)

Временная нетрудоспособность в связи с телесными повреждениями, заболеваниями за последние
12 месяцев:

Период временной нетрудоспособности		Продолжительность временной нетрудоспособности	Место лечения	Диагноз
начало	окончание			
1	2	3	4	5

Данные объективного исследования _____

Проведенное лечение _____

Результаты специальных исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных и дру-
гих) _____



Диагноз
Основной _____

Осложнения _____

Сопутствующие _____

Руководитель организации
здравоохранения ДФиТ

_____ (специальное звание) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Врач, проводивший обследование

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Адрес организации здравоохранения: _____

Приложение 10
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

УТВЕРЖДАЮ

_____ (должность, специальное звание)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

_____ 20__ г.

М.П.

СПРАВКА
об обстоятельствах получения телесного повреждения, заболевания

1. _____
(специальное звание, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

_____ потерпевшего, год рождения, должность, наименование ОПЧС)

2. Место получения телесного повреждения, заболевания _____

3. Телесное повреждение получено в ____ часов ____ числа ____ месяца ____ года.

4. Характер и локализация (диагноз) телесного повреждения, заболевания и обстоятельства его получения _____



5. Причины получения телесного повреждения, заболевания _____

6. Заключение об обстоятельствах телесного повреждения, заболевания _____

(конкретно указать одну из формулировок в соответствии с пунктом 44
Положения о военно-врачебной экспертизе)

7. Настоящая справка составлена в двух экземплярах _____ числа _____ месяца _____ года.

8. Основание составления настоящей справки: заключение по результатам служебной проверки обстоятельств получения телесного повреждения, заболевания, непосредственно связанного со спецификой несения службы в ОПЧС (или указываются иные материалы дознания).

9. Должность, специальное звание, фамилия и инициалы лиц, составивших настоящую справку _____

М.П.

Приложение 11
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

Угловой штамп органа
(подразделения) по чрезвычайным ситуациям

_____ 20 ____ г.

(почтовый адрес органа (подразделения) по чрезвычайным ситуациям)

КАРТА санитарно-гигиенической характеристики условий труда и рабочего места специалиста

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), возраст (полных лет) _____

2. Специальное звание _____

3. Место службы _____

4. Специальность (военно-учетная специальность) _____

5. Служба по специальности (военно-учетной специальности) (в том числе в данном ОПЧС) _____

(лет, месяцев)

6. Соблюдение мер защиты:

индивидуальных _____

(соблюдались, не соблюдались)

коллективных _____

(соблюдались, не соблюдались)

7. Характеристика условий труда:

7.1. наименование рабочего места _____



- 7.2. выполняемая работа _____
- 7.3. характеристика основной профессиональной вредности _____
- 7.3.1. название профессиональной вредности _____
- 7.3.2. величина (концентрация, уровень, количество) в единицах измерения (записываются минимальная и максимальная величины факторов) _____
- 7.3.3. длительность воздействия за рабочую смену, неделю, месяц, год _____
- 7.4. дополнительные факторы, их величина (величина фактора указывается на основании данных акта обследования рабочего места (объекта) врачами органа, осуществляющего санитарный надзор, санитарного паспорта объекта или журнала учета измерений уровней (концентраций) этих факторов), название в единицах измерения, длительность воздействия за рабочую смену, месяц, год _____
- 7.5. примечание (отмечаются аварийная ситуация с указанием номера и даты документа о расследовании, а также другие обстоятельства, не учтенные в карте) _____
8. Заключение врачей-специалистов органа, осуществляющего санитарный надзор, о воздействии на организм профессиональной вредности (систематически, периодически, в экстремальных условиях) _____

Начальник ОПЧС

(специальное звание)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Врач-специалист органа,
осуществляющего санитарный надзор _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.¹

¹ Кроме случаев, когда в соответствии с законодательными актами печать может не использоваться.

Приложение 12
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВВК № _____

ВВК _____

(наименование ВВК)

от _____ 20 ____ г. по определению причинной связи телесного повреждения,



заболевания с прохождением службы на момент увольнения (нужное записать) _____

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

2. Год рождения _____

3. Должность _____

4. Специальное звание _____

5. В Вооруженных Силах Республики Беларусь с _____ по _____

6. В ОПЧС с _____ по _____

7. Рассмотрено направление, письмо, заявление (указать номер и дату документа, от кого поступил документ, по какому вопросу) _____

8. Рассмотрены документы (перечислить документы с указанием их даты, номера) _____

9. Установлено:

фамилия _____ собственное имя _____ отчество (если таковое имеется) _____

год рождения _____ специальное звание _____

призван (поступил по контракту) на военную службу _____ г.

(указать военный комиссариат (обособленное подразделение военного

комиссариата), область, город, район)

поступил на службу в ОПЧС

_____ г.

Указать данные о прохождении военной службы; службы в ОПЧС; ОПЧС (номер войсковой части) на период увольнения (вынесения заключения); сведения о пребывании на фронте (с указанием времени вхождения воинских частей (органов внутренних дел) в состав действующей армии), в странах, где велись боевые действия; участии в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, когда, по какому основанию и чьим приказом (указать дату и номер приказа) уволен с военной службы (службы из органов внутренних дел) и прочее; время, обстоятельства получения ранения (контузии), травмы, увечья и возникновения заболеваний, нахождение на лечении в организациях здравоохранения, выявленные патологические изменения, установленный диагноз, проводимое лечение; сведения о медицинском освидетельствовании: указать наименование ВВК, дату, заключение и прочее _____

10. Мнение врача-специалиста и обоснование заключения ВВК по рассматриваемому вопросу _____

_____ врач-специалист

(подпись)

(инициалы, фамилия)

11. Результаты голосования членов ВВК:

«ЗА» _____ человек, «ПРОТИВ» _____ человек.

Особое мнение членов ВВК _____

12. Заключение ВВК _____



Председатель ВВК

(специальное звание)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Члены ВВК:

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

13. Приложение к протоколу заседания _____ ВВК _____
(указать наименование)
от _____ 20__ г. № _____ на _____ листах (выписки из рассмотренных документов).

14. Заключение _____ ВВК _____
(указать наименование)
от _____ 20__ г. № _____ отправлено _____
(указать, кому отправлено,

адрес, дату отправки и исходящий номер)

Документы подшиты в дело № _____ том _____ стр. _____ за 20__ год

Секретарь ВВК

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение 13
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

Угловой штамп ВВК

_____ 20__ г.

(почтовый адрес ВВК)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВВК № _____
о причинной связи телесного повреждения, заболевания**

Телесное повреждение, заболевание _____
(фамилия, собственное имя, отчество,

если таковое имеется)



_____ года рождения, _____
(специальное звание)

_____ (указать диагноз)

по которому он (она) согласно _____
(указать документ, на основании которого было

_____ вынесено заключение о категории годности к службе в ОПЧС)

на основании статьи _____ графы _____ постановления _____
_____ от _____ г. № _____ был признан

_____ (указать формулировку заключения о категории годности)

_____ (вынесенное заключение о причинной связи телесных повреждений, заболеваний)

Основание: протокол заседания _____
(наименование ВВК)

от _____ 20 _____ г. № _____

Председатель ВВК

_____ (специальное звание) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение 14
к Инструкции о порядке медицинского
освидетельствования работников органов
и подразделений по чрезвычайным
ситуациям, граждан, принимаемых
на службу в органы и подразделения
по чрезвычайным ситуациям

Форма

Угловой штамп ВВК
_____ 20 _____ г.
_____ (почтовый адрес ВВК)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВВК № _____

Телесное повреждение, полученное _____
(число, месяц, год)

_____ (должность, подразделение, специальное звание)

_____ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

_____ года рождения, согласно заключению эксперта № _____ от _____
(число, месяц, год)

Государственного комитета судебных экспертиз _____
_____ (подразделение Государственного комитета судебных экспертиз)

в форме: _____
(указывается нозологическая форма телесного повреждения)

Военная травма
получена _____
(формулировка причинной связи с осуществлением служебной деятельности:

при осуществлении служебной деятельности, в связи с осуществлением
служебной деятельности (ненужное зачеркнуть)
Основание: протокол (заключение) № _____ от _____
(число, месяц, год)

заседания ВВК _____

Председатель ВВК

(специальное звание) _____
(подпись) _____
(инициалы, фамилия)

М.П.

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства
по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь
и Министерства
внутренних дел
Республики Беларусь
30.06.2022 № 42/166

ИНСТРУКЦИЯ

**о порядке проведения профессионального
психофизиологического отбора на службу в органы
и подразделения по чрезвычайным ситуациям**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция определяет единый порядок организации и проведения профессионального психофизиологического отбора (далее – отбор) граждан, принимаемых на службу в органы и подразделения по чрезвычайным ситуациям (далее – ОПЧС), граждан, поступающих в учреждения образования Министерства по чрезвычайным ситуациям (далее – МЧС), другие учреждения образования, обеспечивающие получение образования по специальностям для ОПЧС для получения общего высшего образования в очной (дневной) форме получения образования (далее, если не определено иное, – учреждения образования).

2. Отбор осуществляется службой психологической диагностики (далее – СПД) Центральной военно-врачебной комиссии Министерства внутренних дел (далее – ЦВВК), военно-врачебных комиссий медицинских служб Департамента финансов и тыла Министерства внутренних дел (далее – ВВК).

3. Основными задачами отбора являются:

определение индивидуальных психологических и психофизиологических качеств с целью оценки степени профессиональной пригодности к службе в ОПЧС (далее – служба);



выявление кризисных ситуаций, психологических проблем, аспектов личности, определяющих адаптацию к условиям службы, обучению в учреждении образования.

ГЛАВА 2 ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОТБОРА

4. При проведении отбора СПД ЦВВК (СПД ВВК) использует два вида обследований: психодиагностическое и психофизиологическое. Эти обследования проводятся с применением основных и дополнительных методик.

5. Проведение отбора осуществляется по направлению, выданному комплектуемым ОПЧС.

В кадровом подразделении на гражданина, принимаемого на службу, может дополнительно запрашиваться характеристика с последнего места работы (обучения).

6. Проведение отбора осуществляется после медицинского освидетельствования врачами-специалистами ЦВВК (ВВК), перед медицинским освидетельствованием врачом – психиатром-наркологом ЦВВК (ВВК).

7. При проведении отбора в СПД ЦВВК (СПД ВВК) обследуемый гражданин (далее, если не установлено иное, – обследуемый) предоставляет паспорт гражданина Республики Беларусь и военный билет (удостоверение призывника).

8. Психодиагностическое и психофизиологическое обследования должны проводиться в первой половине дня при отсутствии у обследуемых признаков утомления.

9. Результаты отбора используются:

работниками кадровых подразделений ОПЧС при решении вопроса о приеме на службу, направлении для поступления в учреждения образования;

врачами-экспертами ЦВВК, ВВК при решении вопроса о состоянии психического здоровья обследуемого на момент обследования и экспертной оценки годности применительно к условиям службы или обучения;

психологами ОПЧС в качестве информации для дальнейшего изучения гражданина, принимаемого на службу, и осуществления психологического сопровождения работника в период первоначальной подготовки по месту прохождения службы (комплектующего подразделения).

10. Сотрудники СПД ЦВВК (СПД ВВК) в пределах своей компетенции взаимодействуют с психологами ОПЧС.

ГЛАВА 3 ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

11. Психодиагностическое обследование проводится штатным психологом СПД ЦВВК (СПД ВВК).

12. Психодиагностическое обследование состоит из следующих этапов:

первый этап – групповое психологическое обследование с целью получения формализованных данных о психологических особенностях личности с использованием основных психологических методик, которое завершается обработкой бланков тестов и формированием пакета первичных материалов по каждому обследуемому;

второй этап – индивидуальное психологическое обследование с целью получения уточненной и развернутой психологической характеристики с оценкой уровня профессионального психологического соответствия;

третий этап проводится при наличии актуальных психологических проблем и иных требующих уточнения случаев с применением дополнительных методик.

13. Индивидуальное психологическое обследование и собеседование проводятся психологом в отдельном кабинете с ведением протокола по форме согласно приложению 1 к Инструкции о порядке профессионального психофизиологического отбора на службу в органы внутренних дел Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 10 августа 2012 г. № 255.

14. Протокол завершается следующими выводами, каждый из которых соответствует определенным категориям рекомендованности:

14.1. «Рекомендован к службе в должности» (категория рекомендованности Р1).

Такой вывод делается в отношении лиц, имеющих достаточный уровень развития профессионально важных качеств;

14.2. «Рекомендован к службе в должности с минимальными ограничениями» (категория рекомендованности Р2).

Такой вывод делается в отношении лиц, у которых выявлены психологические проблемы, затрудняющие адаптацию в особых условиях службы, и которые нуждаются в психологическом сопровождении;

14.3. «Не рекомендован к службе в должности» (категория рекомендованности Р3).

Такой вывод делается в отношении лиц, которые в случае острой кадровой необходимости могут быть использованы на ограниченном перечне должностей с возможностью повторного направления в СПД;

14.4. «Не рекомендован к службе» (категория рекомендованности Р4).

Такой вывод делается в отношении лиц, которые не могут проходить службу в ОПЧС и повторное направление которых на медицинское освидетельствование в ЦВВК (ВВК) нецелесообразно.

15. При выявлении у обследуемых признаков нарушения адаптации или психического расстройства (заболевания) сведения о них вносятся в протокол и передаются врачу – психиатру-наркологу ЦВВК (ВВК) для дальнейшего использования при определении годности к службе.

16. Продолжительность непрерывного психодиагностического обследования не должна превышать двух часов, после чего обследуемому предоставляется перерыв для отдыха продолжительностью не менее десяти минут.

17. Повторные психодиагностические обследования без изменения группы предназначения по видам деятельности проводятся не ранее чем через шесть месяцев после первого психодиагностического обследования, за исключением случаев психодиагностического обследования в порядке контроля (пересмотра) в СПД ЦВВК заключений СПД ВВК или по согласованию с начальником ЦВВК.

18. Если после предшествующего психодиагностического обследования прошло менее шести месяцев и вид деятельности (по данным повторного направления комплектуемого органа) существенно не изменился, а в оценке результатов психодиагностического обследования и последующего консультирования отсутствовали признаки актуальных для профессионального прогноза психологических проблем, допускается проведение индивидуального психологического консультирования без применения повторного тестирования в полном объеме.

19. При проведении повторных психодиагностических обследований изучаются архивные данные всех предыдущих психодиагностических обследований СПД ЦВВК (СПД ВВК).

ГЛАВА 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

20. Психофизиологическое обследование проводится врачом функциональной диагностики СПД ЦВВК (СПД ВВК).

21. Психофизиологическое обследование проводится индивидуально с использованием специальных инструментальных методов.

22. Психофизиологическое обследование с целью отбора проводится в отношении граждан, принимаемых на службу на должности водителей, работников взрывотехнической и водолазно-спасательной служб.

23. В обязательную программу психофизиологического обследования лиц, указанных в пункте 22 настоящей Инструкции, входят исследования по следующим направлениям:

оценка уровня физического развития и тренированности;

оценка уровня функциональных резервов сердечно-сосудистой системы;

оценка уровня функциональных резервов центральной нервной системы;



оценка характеристик внимания, оперативной памяти, качества координации, зрительно-моторных реакций в условиях эксперимента;

проведение при необходимости других специальных психофизиологических исследований.

24. По результатам психофизиологического обследования оформляются карта исследований психофизиологического резерва и заключение по результатам психофизиологического обследования по формам согласно приложениям 2 и 3 к Инструкции о порядке профессионального психофизиологического отбора на службу в органы внутренних дел Республики Беларусь.

25. Заключение по результатам психофизиологического обследования завершается следующими предварительными выводами врача функциональной диагностики, которые соответствуют определенным категориям профессионального психофизиологического соответствия:

25.1. «Соответствует профессиональным требованиям» (категория профессионального психофизиологического соответствия С1).

Такой вывод делается в отношении лиц, соответствующих требованиям профессии по всем психофизиологическим параметрам;

25.2. «Минимально соответствует профессиональным требованиям» (категория профессионального психофизиологического соответствия С2).

Такой вывод делается в отношении лиц, соответствующих требованиям профессии по основным психофизиологическим параметрам;

25.3. «Не соответствует профессиональным требованиям» (категория профессионального психофизиологического соответствия С3).

Такой вывод делается в отношении лиц, не соответствующих требованиям профессии по основным психофизиологическим параметрам, обнаруживающим признаки истощения, кризисного снижения резервов центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, для отдельных профессий – внешнего дыхания, низкий уровень тренированности.

26. В заключение по результатам психофизиологического обследования может вноситься дополнительная информация по данным наблюдения.

27. В случае необходимости при оформлении окончательных выводов врач функциональной диагностики и психолог принимают решение коллегиально при участии начальника СПД ЦВВК (СПД ВВК).

28. В случае получения низких оценочных показателей при обследовании допускается повторное психофизиологическое обследование как по всему комплексу исследований, так и по отдельным методикам.

Проведение повторного психофизиологического обследования может быть рекомендовано в тот же день или отсрочено с предварительной записью на другое время.

ГЛАВА 5

ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЙ

29. По результатам отбора оформляются заключения по формам согласно приложениям 4 и 5 к Инструкции о порядке профессионального психофизиологического отбора на службу в органы внутренних дел Республики Беларусь.

30. Выводы о категориях рекомендованности и профессионального психофизиологического соответствия обследуемого группе предназначения по видам деятельности носят рекомендательный характер.

31. Заключения оформляются в двух экземплярах. После утверждения начальником СПД ЦВВК (СПД ВВК) первый экземпляр направляется в соответствующий комплектующий ОПЧС, а второй экземпляр приобщается к документам, оформляемым по результатам медицинского освидетельствования.

32. Информация, содержащаяся в заключениях СПД ЦВВК (СПД ВВК), является конфиденциальной и разглашению не подлежит, о чем на бланках этих заключений производится соответствующая отметка. Не допускается разглашение сведений содержательной и рекомендательной части заключений СПД лицами, имеющими к ним доступ.

33. Заключения СПД ЦВВК (СПД ВВК) действительны в течение шести месяцев, за исключением случаев, указанных в пункте 18 настоящей Инструкции.