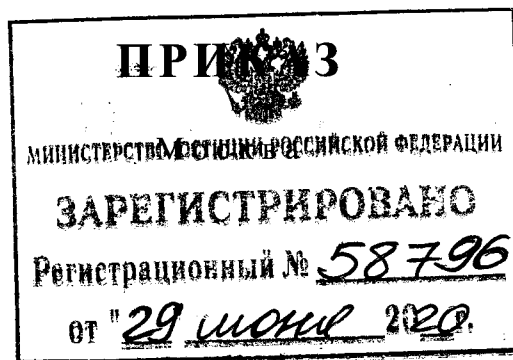




МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА СУДЕБНЫХ ПРИСТАВОВ
(ФССП России)



17 июня 2020г.

№ 469

Об утверждении Требований к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения Российской Федерации, и сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации и перечней дополнительных обязательных диагностических исследований

В соответствии с частью 3 статьи 61 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2018, № 32 (часть I), ст. 5102), частью 4 статьи 9 Федерального закона от 01.10.2019 № 328-ФЗ «О службе в органах принудительного исполнения Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 40, ст. 5488), постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 28, ст. 3831; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 03.06.2020, № 0001202006030015) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

Требования к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения Российской Федерации, и сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации (приложение № 1);

Перечни дополнительных обязательных диагностических исследований
(приложение № 2).

2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора
Федеральной службы судебных приставов – заместителя главного судебного
пристава Российской Федерации, генерал-лейтенанта внутренней службы
Савенко И.Г.

Директор

генерал-полковник
внутренней службы



Д.В. Аристов

Требования
к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу
в органы принудительного исполнения Российской Федерации,
сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации

I. Общие положения

1. Настоящие Требования определяют показатели состояния здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения Российской Федерации (далее – органы принудительного исполнения), сотрудников органов принудительного исполнения.

Требования включают в себя Расписание болезней, в соответствии со статьями и графами которого определяется годность к службе в органах принудительного исполнения следующих категорий граждан:

I графа:

граждане, поступающие в органы принудительного исполнения, ранее не проходившие службу в федеральных органах исполнительной власти на должностях, по которым предусмотрено присвоение специальных (воинских) званий;

II графа:

граждане, поступающие в органы принудительного исполнения, ранее проходившие службу в федеральных органах исполнительной власти на должностях, по которым предусмотрено присвоение специальных (воинских) званий, за исключением проходивших службу в органах принудительного исполнения;

III графа:

сотрудники органов принудительного исполнения, проходящие службу на должностях младшего, среднего, старшего и высшего начальствующего состава, независимо от срока службы;

граждане, ранее проходившие службу в органах принудительного исполнения, вновь поступающие на службу в органы принудительного исполнения;

IV графа

сотрудники, назначенные на должности в органы принудительного исполнения, в порядке, предусмотренном частью 2 статьи 92 Федерального закона от 01.10.2019 № 328-ФЗ «О службе в органах принудительного исполнения Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

2. Группы предназначения и виды деятельности:

Группа предназначения	Виды деятельности
1 группа	судебный пристав по обеспечению установленного порядка деятельности судов при директоре Федеральной службе судебных приставов – главном судебном приставе Российской Федерации; должности отделов (отделений) специального назначения;
2 группа	младший судебный пристав по обеспечению установленного порядка деятельности судов (кроме должностей, отнесенных к 1 группе предназначения); судебный пристав по обеспечению установленного порядка деятельности судов (кроме должностей, отнесенных к 1 группе предназначения); судебный пристав-исполнитель при директоре Федеральной службе судебных приставов – главном судебном приставе Российской Федерации;
3 группа	должности начальствующего состава в территориальных органах Федеральной службы судебных приставов (кроме должностей, отнесенных к 1 и 2 группам предназначения);
4 группа	должности начальствующего состава в центральном аппарате Федеральной службы судебных приставов, а также иные должности, не отнесенные к 1, 2 группам предназначения

3. Номера статей Расписания болезней настоящих Требований и указанные в них наименования болезней соответствуют номерам статей и наименованиям болезней Расписания болезней Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565¹ (далее – Положение о военно-врачебной экспертизе).

4. В Расписании болезней настоящих Требований предусматриваются следующие категории годности к службе в органах принудительного исполнения²:

А – годен к службе в органах принудительного исполнения;

Б – годен к службе в органах принудительного исполнения с незначительными ограничениями;

В – ограниченно годен к службе в органах принудительного исполнения;

Г – временно не годен к службе в органах принудительного исполнения;

Д – не годен к службе в органах принудительного исполнения.

5. В Расписании болезней настоящих Требований применены следующие сокращения:

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 28, ст. 3831; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 03.06.2020, № 0001202006030015.

² Часть 5 статьи 9 Федерального закона от 01.10.2019 № 328-ФЗ «О службе в органах принудительного исполнения Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

ИНД – категория годности к службе определяется индивидуально.

ВВК – военно-врачебная комиссия.

НГ – граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, не годны к службе; сотрудники не годны к определенному виду деятельности.

А-2, Б-2 (3, 4) – показатель степени ограничения для прохождения службы в органах принудительного исполнения.

ТДТ – Таблица дополнительных требований к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения, по отдельным видам деятельности.

Показатель степени ограничения соответствует годности по состоянию здоровья к службе на должностях, отнесенных к следующим группам предназначения:

- 1 степень ограничения – 1, 2, 3, 4 группа предназначения;
- 2 степень ограничения – 2, 3, 4 группа предназначения;
- 3 степень ограничения – 3, 4 группа предназначения;
- 4 степень ограничения – 4 группа предназначения.

6. Военно-врачебные комиссии (далее – ВВК) выносят заключения с учетом пояснений к соответствующим статьям Расписания болезней и требований ТДТ.

7. При выявлении заболеваний или физических недостатков, не предусмотренных Расписанием болезней настоящих Требований, ВВК выносят заключения применительно к наиболее соответствующей статье Расписания болезней настоящих Требований.

8. Если у сотрудника органов принудительного исполнения, гражданина, ранее проходившего службу в органах принудительного исполнения, выявлено несколько увечий, заболеваний или их последствий, возникших (полученных) при различных обстоятельствах, военно-врачебная комиссия выносит заключение о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением службы (далее – причинная связь) отдельно. При этом после каждого заключения об установлении причинной связи указывается категория годности, в наибольшей степени ограничивающая годность освидетельствованного к службе, без указания соответствующих статей Расписания болезней настоящих Требований. Итоговое заключение о категории годности к службе в этом случае выносится по увечьям, заболеваниям, в наибольшей степени ограничивающим годность сотрудника к службе, с указанием всех соответствующих статей Расписания болезней настоящих Требований. В остальных случаях выносится только итоговое заключение о категории годности к службе с указанием всех соответствующих статей Расписания болезней настоящих Требований.

9. В отношении граждан, признанных годными к поступлению на службу в органы принудительного исполнения, сотрудников органов принудительного исполнения, годности к службе в должности, ВВК выносит заключение о годности к прохождению службы в районах Крайнего Севера, в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, высокогорных местностях, других местностях с неблагоприятными климатическими условиями, а также о возможности прохождения службы и выполнения работ на территориях, подвергшихся

радиоактивному загрязнению вследствие Чернобыльской катастрофы³, на территориях, подвергшихся радиоактивному заражению (зона проживания с правом на отселение, зона проживания с льготным социально-экономическим статусом), а также иные предусмотренные Положением о военно-врачебной экспертизе, если об этом указано в направлении на освидетельствование, кроме заключения о категории годности к службе.

10. При наличии у сотрудников органов принудительного исполнения, имеющих специальные звания среднего и старшего начальствующего состава, заболеваний, по которым Расписанием болезней настоящих Требований предусматривается индивидуальная оценка категории годности к службе, заключение о категории годности к службе выносится с учетом специальности, стажа (опыта) службы в занимаемой должности или должности, на которую предназначаются освидетельствуемые, с учетом их состояния здоровья, сведений, изложенных в служебной характеристике или заключении (выписке из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях).⁴

11. Заключение оформляется и подписывается военно-врачебной комиссией медицинской организации (военно-медицинской организации) Вооруженных Сил Российской Федерации или военно-врачебной комиссией, созданной в медицинских организациях Федерального медико-биологического агентства, а при отсутствии таких организаций по месту прохождения службы сотрудником органов принудительного исполнения (по месту нахождения органа принудительного исполнения), в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту нахождения подразделений органа принудительного исполнения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по терапии, неврологии, офтальмологии, хирургии, кардиологии, психиатрии, оториноларингологии, клинической лабораторной диагностике, функциональной диагностике, рентгенологии.

12. В заключении (выписке из амбулаторной карты) указываются сведения о результатах медицинских обследований, медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за состоянием здоровья сотрудника, количестве его обращений за медицинской помощью, количестве дней временной нетрудоспособности за последние 2 года, влиянии служебных обязанностей на состояние здоровья, предварительном диагнозе и трудовом прогнозе.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 08.10.2015 № 1074 «Об утверждении перечня населенных пунктов, находящихся в границах зон радиоактивного загрязнения вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2015, № 42, ст. 5787).

⁴ «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма 025/у), утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом России 20.02.2015, регистрационный № 36160), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 09.01.2018 № 2н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом России 04.04.2018, регистрационный № 50614) (далее – амбулаторная карта).

Сведения, указанные в заключении (выписке из амбулаторной карты), должны подтверждаться данными амбулаторной карты и другими медицинскими документами.

13. В служебной характеристике на сотрудника отражаются сведения о его специальности, стаже (опыте) работы по специальности, опыте службы по должности, которую он замещает (на замещение которой претендует), способности выполнять должностные обязанности, сведения о влиянии состояния здоровья сотрудника на исполнение им служебных обязанностей по занимаемой должности, сведения о случаях частых и длительных освобождениях сотрудника от исполнения им служебных обязанностей по болезни, мнение непосредственного руководителя о целесообразности сохранения сотрудника на службе в связи с состоянием его здоровья. При необходимости указываются факты, свидетельствующие о совершении сотрудником действий, дающих основание предполагать наличие у него психического расстройства, склонности к злоупотреблению алкоголем или немедицинскому употреблению наркотических веществ, мнение о влиянии указанных обстоятельств на выполнение служебных обязанностей. Служебная характеристика утверждается руководителем структурного подразделения органа принудительного исполнения, направившим сотрудника на медицинское освидетельствование и заверяется гербовой печатью органа принудительного исполнения.

II. Расписание болезней

1. Инфекционные и паразитарные болезни

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-105	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
1 A00-B99	кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, другие бактериальные болезни, вирусные болезни, сопровождающиеся высыпаниями, вирусные и другие болезни, передаваемые членистоногими (кроме инфекций центральной нервной системы), другие болезни, вызываемые вирусами и хламидиями, риккетсиозы, другие инфекционные и паразитарные болезни:				
	а) не поддающиеся или трудно поддающиеся лечению	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-4
	б) временные функциональные расстройства после острых или обострения хронических болезней	Г	Г	Г	Г

Пункт «а» предусматривает хронические рецидивирующие формы инфекционных заболеваний, не поддающиеся или трудно поддающиеся лечению.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие острую форму бруцеллеза или токсоплазмоза, описторхоза или амебиоза (внекишечные формы, тяжелое течение кишечной формы) менее 12 месяцев назад, признаются по пункту «б» временно не годными к службе в органах принудительного исполнения для оценки стойкости ремиссии.

При рецидиве бруцеллеза они освидетельствуются по пункту «а». В отношении сотрудников, перенесших бруцеллез или токсоплазмоз острой формы, выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни сроком до 60 суток. Наличие положительных серологических или аллергических реакций без клинических проявлений бруцеллеза, токсоплазмоза или других заболеваний не может служить основанием для вынесения заключения о негодности к службе в органах принудительного исполнения.

⁵ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, страдающие хронической дизентерией с упорным бактериологическим носительством, не поддающимся санации, а также при стойком бактериологическом носительстве возбудителей брюшного тифа и паратифов (свыше 3 месяцев) временно не годны к службе в органах принудительного исполнения по пункту «б» в течение 6 месяцев. По истечении этого срока при сохраняющемся бактерионосительстве они освидетельствуются по пункту «а».

Годность к службе сотрудников с хроническим выделением возбудителей тифопаратифозных заболеваний, дизентерии и сальмонеллеза определяется по пункту «а».

Освидетельствование лиц с альвеококкозом или эхинококкозом любой локализации проводится по пункту «а», в том числе после проведенного хирургического лечения.

При острых заболеваниях годность к службе сотрудников определяется по окончании лечения в зависимости от состояния функций органов и систем. Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, переболевшие вирусным гепатитом «А», брюшным тифом, паратифом, признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения с переосвидетельствованием через 12 месяцев после окончания лечения в стационарных условиях.

При выявлении у граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения, маркеров вирусного гепатита «В» и «С» (поверхностного антигена вирусного гепатита «В» и антител к вирусу гепатита «С») освидетельствование проводится по пункту «б» статьи 59. Выявление у сотрудников поверхностного антигена вирусного гепатита «В» и антител к вирусу гепатита «С» является основанием для медицинского обследования с целью исключения скрыто протекающего хронического гепатита. Сотрудники при выявлении поверхностного антигена вирусного гепатита «В» подлежат диспансерному наблюдению в течение шести месяцев с повторным проведением анализов крови каждые три месяца на HBsAg, HBeAg или, по возможности, полимеразноцепной реакции (ПЦР). При наличии функциональных нарушений печени, независимо от результатов повторного тестирования, освидетельствование сотрудников проводится по пункту «б» статьи 59 Расписания болезней.

При выявлении антител к вирусному гепатиту «С» (anti HCV) при отсутствии данных относительно острого течения и при повторном положительном анализе крови на антитела к вирусу гепатита «С» (anti HCV – положительный), если в сыворотке крови имеется РНК HCV, независимо от функционального состояния печени (кроме тяжелого) освидетельствование проводится по пункту «б» статьи 59.

К пункту «б» относятся временные функциональные расстройства после перенесенных острых заболеваний, когда по завершении лечения в стационарных условиях у освидетельствуемого сохраняются общая астенизация, нарушение питания. Заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни может быть принято только в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания (в частности, кишечная перфорация, кишечное кровотечение, миокардит, пневмония с парапневмоническим плевритом), при сохранении астенизации после лечения

в стационарных условиях, когда для оценки стойкости остаточных изменений и полного восстановления трудоспособности требуется срок не менее месяца.

В отношении сотрудников, перенесших заболевание легкой или среднетяжелой неосложненной формы, заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни не выносится.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
2 A00-B-99 в том числе A15-A19	туберкулез органов дыхания: а) активный с выделением микобактерий и (или) наличием распада легочной ткани	Д	Д	Д	Д
	б) активный без выделения микобактерий и наличия распада легочной ткани	В	В	В	В
	в) клинически излеченный	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	г) малые остаточные изменения после излеченного туберкулеза	В	В	поступающие – Б-4 (3 - ИНД) сотрудники – А-3	Б-2
	д) временные функциональные расстройства после лечения	В	В	В	В

К пункту «а» относятся:

все формы активного туберкулеза органов дыхания (I и II группы диспансерного учета) с наличием бактериовыделения (подтверждается наличием микобактерий туберкулеза (далее – МБТ) (МБТ+) в мокроте больного (промывные воды бронхов) и другое патологическое отделяемое при лабораторных методах диагностики) и (или) распада (подтверждается методами лучевой диагностики наличие полостей распада в легочной ткани);

формы активного туберкулеза органов дыхания с выраженными симптомами интоксикации большие остаточные изменения легких и плевры со смещением средостения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью III степени;

последствия хирургического лечения, сопровождающиеся дыхательной

(легочной) недостаточностью III степени;

фистулезные (свищевые) поражения бронхов;

трансформированные в процессе лечения тонкостенные кистоподобные полости (заживление каверны по открытому типу).

Остаточные изменения констатируются при излечении туберкулеза (клинико-рентгенологическая стабилизация) после эффективной химиотерапии или хирургических вмешательств, а также при спонтанном излечении туберкулеза. Они характеризуются наличием фиброза различной протяженности – индуратов, рубцов (звездчатых, линейных или другой формы), образующихся на месте заживления каверны, и других изменений, в частности, кальцинатов в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероза, цирроза, бронхоэктазов.

К остаточным изменениям относятся плотные кальцинированные очаги и фокусы различной величины, фиброзные и цирротические изменения (в том числе с остаточными санированными полостями), плевральные наслоения, послеоперационные изменения в легких, плевре и других органах и тканях, а также функциональные отклонения после клинического излечения.

Единичные (числом до 3) мелкие (до 1 см), плотные и обызвествленные очаги, ограниченный фиброз (в пределах 2 сегментов) расценивают как малые остаточные изменения. Все другие остаточные изменения считают большими.

К пункту «б» относятся:

все формы активного туберкулеза органов дыхания без выделения микобактерий туберкулеза и распада;

большие остаточные изменения легких и плевры, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью II степени;

последствия хирургического лечения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью II степени.

При неэффективности лечения или отказе от него освидетельствование проводится по пункту «а» или «б».

К пункту «в» относится туберкулез органов дыхания после успешно проведенного лечения в стационарных условиях при достижении клинико-рентгенологического благополучия – прекращения бактериовыделения, закрытия полостей распада, исчезновения симптомов интоксикации, рассасывания инфильтрации в легких и резорбции жидкости в полостях.

Прекращение бактериовыделения подтверждается двумя отрицательными последовательными лабораторными методами исследования с промежутком в 2 - 3 месяца после первого отрицательного анализа.

Закрытием (заживлением) полости распада считают ее исчезновение, подтвержденное методами лучевой диагностики;

клинически излеченный туберкулез органов дыхания (III группа диспансерного учета) после окончания основного курса лечения и в течение 3 лет после прекращения диспансерного наблюдения в отношении освидетельствуемого;

большие остаточные изменения легких и плевры, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью I степени или без нее;

последствия хирургического лечения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью I степени или без нее.

Большими остаточными изменениями считаются множественные (более 5) мелкие (до 1 см), единичные (до 5) крупные (более 1 см) компоненты первичного туберкулезного комплекса или четко очерченные очаги, распространенный фиброз (более 1 сегмента), цирротические изменения любой протяженности, массивные (толщиной более 1 см) плевральные наслоения, объективизированные обзорными рентгенограммами (зарегистрированное на светочувствительном материале (фото пленке, фото пластинке) изображение объекта, возникающее в результате взаимодействия рентгеновских лучей с веществом) и (или) рентгеномограммами.

Наличие экссудативного плеврита и других серозитов туберкулезной этиологии (перикардит, полисерозит и другое) должно быть подтверждено методами цитологического, иммунологического, молекулярно-генетического и 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 при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, при наличии или отсутствии остаточных изменений легких и плевры в ближайшие 3 года после завершения основного курса лечения.

Основной курс лечения (комплекс лечебных мероприятий) включает интенсивную фазу и фазу продолжения, для достижения клинического излечения активного туберкулезного процесса, включает в себя госпитальный, санаторный и амбулаторный этапы общей продолжительностью не менее 9 – 12 месяцев.

Освидетельствование сотрудников по этому пункту проводится по завершении лечения в стационарных условиях.

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.

При этом освидетельствование по данному пункту проводится не ранее чем через 3 года после окончания основного курса лечения.

К пункту «д» относятся случаи, когда сотрудникам, проходящим службу в органах принудительного исполнения, для восстановления функции органов дыхания по завершении лечения в стационарных условиях необходим срок не менее 1 – 2 месяцев. При этом выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением фтизиатра с последующим освидетельствованием ВВК.

Наличие единичных мелких петрификатов в легких или внутригрудных лимфатических узлах, единичной плевральной спайки не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы в органах принудительного исполнения.

Профессиональная реабилитация сотрудников органов принудительного исполнения, имеющих специальные звания среднего, старшего и высшего начальствующего состава, излеченных от туберкулеза органов дыхания, проводится

после медицинского обследования и освидетельствования в туберкулезных отделениях не ранее 3 лет после завершения основного курса лечения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
3 A00-B-99 в том числе A15-A19	туберкулез других органов и систем:				
	а) активный прогрессирующий	Д	Д	Д	Д
	б) активный в период основного курса лечения	В	В	В	В
	в) клинически излеченный	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б
	г) остаточные изменения	В	В	поступающие – В сотрудники – А-2	А-2
д) временные функциональные расстройства после лечения	В	В	поступающие – В сотрудники – Г	Г	

К пункту «а» относятся:

генерализованный туберкулез с сочетанным поражением различных органов и систем независимо от характера течения, давности и исхода;

прогрессирующий туберкулез позвоночника, длинных 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;

активный туберкулез периферических лимфатических узлов со свищами;

прогрессирующий туберкулез перикарда, брюшины и внутрибрюшных лимфоузлов, желудка, кишечника, печени, селезенки, ЛОР-органов или другой локализации;

метатуберкулезный нефросклероз, остаточные изменения и последствия перенесенного туберкулеза органов мочевыделительной системы, отсутствие одной почки после ее удаления при нарушении функции оставшейся почки, последствия другого хирургического лечения почек и мочевыводящих путей при наличии хронической почечной недостаточности или значительного нарушения выделительной функции;

рубцовые изменения мочевого пузыря со значительным нарушением мочеиспускания;

отсутствие обоих яичек, удаленных по поводу туберкулеза.

Из больных внелегочными формами туберкулеза к бактериовыделителям причисляют лиц, у которых МБТ обнаруживают в отделяемом свищей, в моче, менструальной крови или выделениях других органов.

К пункту «б» относятся:

активный ограниченный туберкулез позвоночника, костей и суставов, мочеполовых органов и другой локализации до затихания процесса;

активный туберкулез периферических лимфоузлов 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 хирургического лечения туберкулеза других органов с умеренным нарушением их функции.

К пункту «в» относятся:

туберкулез внегрудной локализации после успешно проведенного лечения в стационарных условиях при достижении клинико-рентгенологического благополучия;

клинически излеченный туберкулез внегрудной локализации в течение 3 лет после снятия с диспансерного учета в группе активного туберкулеза.

В отдельных случаях сотрудники, не достигшие предельного возраста пребывания 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 с незначительными ограничениями по пункту «в».

К пункту «г» относятся остаточные изменения перенесенного туберкулеза внегрудной локализации при отсутствии признаков активности и завершении наблюдения в группе клинического излечения туберкулеза и снятия освидетельствуемого с диспансерного учета. При этом освидетельствование по данному пункту проводится не ранее чем через 3 года после окончания основного курса противотуберкулезного лечения.

К пункту «д» относятся случаи, когда сотрудникам органов принудительного исполнения, для восстановления функции органов и систем по завершении лечения в стационарных условиях необходим срок не менее 1 – 2 месяцев. При этом выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением фтизиатра с последующим освидетельствованием ВВК.

В случае установления диагноза сотрудники признаются не годными к службе.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
4 A00-B99	лепра	Д	Д	Д	Д

Граждане, имеющие в анамнезе несемейный контакт с больным лепрой, направляются на медицинское обследование и при отсутствии заражения признаются годными к службе в органах принудительного исполнения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
5 A00-B99	болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека:				
	а) пациенты с ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний (стадии 2В, 4А - 4В, 5)	Д	Д	Д	Д
	б) пациенты с ВИЧ-инфекцией в стадии первичных проявлений (стадии 1, 2А, 2Б, 3)	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
6 A00-B99	Сифилис и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем:				
	а) поздний, врожденный сифилис	Д	Д	Д	Д
	б) первичный, вторичный и скрытый сифилис замедленной негитивации микрореакции преципитации	В	В	поступающие - В сотрудники - Б-2	Б-2

	в) первичный, вторичный, скрытый сифилис, гонококковая и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (мягкий шанкр, паховая лимфогранулема, паховая гранулема, негонококковые уретриты, остроконечные кондиломы)	В	Г	поступающие - В сотрудники - Б-2	Б-2
--	--	---	---	-------------------------------------	-----

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения и сотрудники органов принудительного исполнения в случаях выявления у них инфекций, передающихся преимущественно половым путем, подлежат лечению. После успешного лечения они признаются годными к службе в органах принудительного исполнения.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, страдающие хроническими или осложненными формами венерических уретритов, признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 6 месяцев, если для завершения лечения требуется срок более 3 месяцев, а при первичном, вторичном или скрытом сифилисе признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 12 месяцев.

Критериями излеченности гонококковой инфекции и сифилиса считаются разрешение клинических признаков венерического заболевания и наличие трехкратного отрицательного результата при лабораторном контроле.

Если через 12 месяцев после полноценного лечения сифилиса негитивация микрореакции преципитации не наступила, освидетельствование проводится по пункту «б» при наличии результатов исследования на иммуноферментный анализ, реакцию пассивной гемагглютинации.

При поражении сифилисом внутренних органов, костей, нервной системы в зависимости от степени нарушения их функций освидетельствование проводится по соответствующим статьям Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
7 A00-B99	микозы: а) актиномикоз, кандидоз внутренних органов, кокцидиоидоз, гистоплазмоз, бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз, феомикотический абсцесс, мицетома	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	б) дерматофития	Г	Г	поступающие – Г сотрудники – А	А

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, страдающие микроспорией, трихофитией, признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на срок до 6 месяцев и подлежат лечению.

Сотрудники, страдающие дерматофитиями, подлежат лечению. По завершении лечения они признаются годными к службе в органах принудительного исполнения.

Диагноз микоза должен быть подтвержден лабораторным исследованием.

2. Новообразования

Статья расписания/ болезней Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
8 C00-D48 (C00-C97)	Злокачественные новообразования (кроме злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей): а) при невозможности радикального удаления и (или) наличии отдаленных метастазов	Д	Д	Д	Д

	б) состояния после радикального удаления первоначального злокачественного образования	Д	Д	В	В
	в) временные функциональные расстройства после хирургического лечения, цитостатической или лучевой терапии	В	поступающие – В сотрудники – Г	поступающие – В сотрудники – Г	Г

К пункту «а» относятся:

злокачественные новообразования костей, суставных хрящей, нервной системы и мозговых оболочек независимо от распространенности и стадии;

первично-множественное злокачественное новообразование внутренних органов независимо от распространения и стадии;

злокачественные новообразования других органов и мягких тканей с отдаленными метастазами, а также их местнораспространенные формы при невозможности радикального удаления, рецидив или прогрессирование заболевания после ранее проведенного лечения при невозможности радикального удаления;

случаи отказа освидетельствуемого от лечения злокачественного новообразования независимо от стадии и распространенности злокачественного новообразования.

К пункту «б» относятся:

злокачественные новообразования после радикального лечения, в том числе с регионарными метастазами (кроме злокачественных новообразований нервной системы, мозговых оболочек, костной и хрящевой ткани).

После завершения лечения в стационарных условиях больных со злокачественными новообразованиями, указанными в пункте «б», когда перед ВВК не ставится вопрос определения годности к службе, сотрудникам по пункту «в» предоставляется отпуск по болезни.

Сотрудникам органов принудительного исполнения, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста пребывания на службе или в связи с организационно-штатными мероприятиями, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространенности злокачественного процесса, а также времени начала заболевания. Исключением являются случаи радикального удаления плоскоклеточного рака нижней губы, плоскоклеточного или базальноклеточного рака кожи без метастазов, когда для данной категории освидетельствуемых применяется пункт «б».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
9 C00-D48	злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей:				
	а) быстро прогрессирующие, а также медленно прогрессирующие с выраженным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) медленно прогрессирующие с умеренным нарушением функций и (или) редкими обострениями	Д	Д	В	В
	в) состояние после полного завершения программной терапии	Д	Д	поступающие – Д сотрудники – Г	Г

Статья предусматривает лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз), неходжкинские, экстранодальные лимфомы, острые и хронические лейкозы, миелодиспластические синдромы, множественную миелому, плазмоклеточные новообразования и иные парапротеинемические гемобластозы, другие лимфопролиферативные и миелолипролиферативные заболевания.

К пункту «а» относятся случаи заболеваний, когда проводимое лечение неэффективно или не приводит к возникновению ремиссии заболевания, или при раннем рецидивировании (менее одного года) в случае неэффективности терапии второй – третьей линии, или сохраняется выраженное нарушение функций, а также случаи отказа пациента от лечения при наличии соответствующих медицинских показаний.

Сотрудники с острым лейкозом, множественной миеломой, миелодиспластическим синдромом вне зависимости от эффективности терапии освидетельствуются по пункту «а».

К пункту «б» относятся заболевания с медленно прогрессирующим течением, положительным эффектом от лечения, частотой обострений или рецидивов не более 1 раза в год, с умеренным нарушением функций, а также заболевания, нуждающиеся в длительном наблюдении без лечения или в длительном лечении (включая поддерживающую терапию) без необходимости нахождения в медицинской организации с сохранением способности исполнять служебные обязанности.

К пункту «в» относятся состояния после полного завершения программной (цитостатической, биологической, иммунной, лучевой или иной) терапии. Отпуск по болезни предоставляется сотрудникам, не достигшим предельного возраста пребывания на службе в органах принудительного исполнения, только после проведения первого курса лучевой или цитостатической терапии в случае сохранения временного нарушения функций.

Сотрудникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением

со службы из органов принудительного исполнения по достижении предельного возраста или в связи с организационно-штатными мероприятиями, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространения злокачественного процесса, а также времени начала заболевания.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
10 C00-D48 (D00-D48), в том числе D00-D09	доброкачественные новообразования (кроме доброкачественных новообразований нервной системы и мозговых оболочек), новообразования in situ:				
	а) со значительным нарушением функции	Д	Д	В	В
	б) с умеренным или незначительным нарушением функции	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) при наличии объективных данных без нарушения функции	А	А	А	А
	г) временные функциональные расстройства после хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Статья применяется в случаях стойких нарушений функций организма после хирургического лечения, при отказе от хирургического лечения либо при отсутствии медицинских показаний к хирургическому лечению. При наличии у пациента нарушений функций органов и систем применяются соответствующие статьи Расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей со значительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования;

доброкачественные новообразования костной и хрящевой ткани, вызывающие расстройство функции близлежащих анатомических образований или сопровождающиеся риском патологического перелома;

доброкачественные новообразования органов дыхания, сопровождающиеся выраженными клиническими проявлениями (кровохарканьем, бронхостенозом или ателектазом);

доброкачественные новообразования средостения со значительными клиническими проявлениями (смещение, сдавление органов грудной клетки);

доброкачественные новообразования органов пищеварения, сопровождающиеся

упадком питания или значительно затрудняющие акт глотания и прохождения пищи;

доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов, не позволяющие ношение стандартной формы одежды или снаряжения;

доброкачественные новообразования мочевых органов с выраженными расстройствами мочеиспускания или сопровождающиеся кровотечением;

рецидивирующие дермоидные кисты копчика после неоднократного (более 3 раз) радикального хирургического лечения;

доброкачественные новообразования молочной железы, матки, шейки матки (осложненная эктопия шейки матки, лейкоплакия шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки легкой степени тяжести при неудовлетворительных результатах консервативного лечения), яичника и других женских половых органов, требующие хирургического лечения, в том числе миомы шейки матки, миомы матки при размерах, соответствующих 12-недельной беременности и больше, сопровождающиеся кровотечениями, приводящими к анемии, а также при наличии субмукозных или субсерозных узлов с нарушением их кровоснабжения, сдавлением соседних органов, быстрым ростом, увеличением опухоли до размеров, соответствующих более 5 недель беременности за год; цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки средней и тяжелой степени тяжести, при неудовлетворительных результатах хирургического лечения.

К пункту «б» относятся:

доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей с умеренным и незначительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования;

доброкачественные новообразования костной и хрящевой ткани, затрудняющие ношение стандартной формы одежды или снаряжения;

доброкачественные новообразования средостения с умеренными клиническими проявлениями;

доброкачественные новообразования органов дыхания с умеренными клиническими проявлениями;

доброкачественные новообразования органов пищеварения, затрудняющие акт глотания и (или) прохождения пищи в умеренной степени, не сопровождающиеся упадком питания;

доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов, затрудняющие ношение стандартной формы одежды или снаряжения;

доброкачественные новообразования мочевых органов с умеренными дизурическими расстройствами;

доброкачественные новообразования молочной железы, матки, яичников и других женских половых органов, не требующие хирургического лечения, кроме того, полипоз эндометрия, неосложненная эктопия и эктропион шейки матки, истинная эрозия, полипы шейки матки, кисты яичников, крауроз вульвы;

дермоидная киста копчика.

Освидетельствование сотрудников женского пола, имеющих доброкачественные новообразования молочной железы и женских половых органов,

требующих хирургического лечения, проводится после него, а при отказе от него – по пунктам «а» или «б» в зависимости от степени нарушения функции.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, с доброкачественными образованиями верхних дыхательных путей, средостения, органов дыхания без нарушения функции освидетельствуются по пункту «б».

При наличии полипа желудка, толстой кишки независимо от его размера обязательно проведение биопсии с гистологическим исследованием, при отказе от медицинского обследования применяется пункт «б» настоящей статьи.

Наличие папиллом, пигментных невусов не является основанием для применения настоящей статьи, за исключением невусов, при наличии которых заключение о категории годности к службе выносится по пункту «б»:

гигантские пигментные невусы, наибольший линейный размер которых составляет более 20 см;

множественные невусы (более 50) 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 форменной одежды, обуви или снаряжения.

При наличии полипа желчного пузыря независимо от его размера обязательно проведение динамического ультразвукового исследования в динамике (не чаще 3 – 6 месяцев) и решение вопроса о хирургическом лечении.

К пункту «в» относятся доброкачественные новообразования, в том числе доброкачественные гормонально неактивные образования надпочечников, или последствия их радикального лечения, не сопровождающиеся нарушением функций органов и систем, не затрудняющие ношение стандартной формы одежды, обуви или снаряжения; кисты бартолиновой железы; кисты и фибромы влагалища бессимптомные, доброкачественная фиброзно-кистозная мастопатия.

Доброкачественные новообразования: липоматоз, гемангиомы, хондромы, дермоидные кисты, пигментные образования, невусы, должны быть осмотрены хирургом (онкологом) для решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Лица с перечисленными заболеваниями, которые не затрудняют ношение форменной одежды, обуви и снаряжения, а также с последствиями радикального хирургического лечения эктопий и дисплазий шейки матки, полипов шейки матки и цервикального канала, кист бартолиновых желез, кист и фибром влагалища, не нарушающими функцию, освидетельствуются по пункту «в».

Бессимптомные кисты влагалища, эктопия шейки матки у нерожавших женщин не являются основанием для применения статьи.

При выявлении эктопии шейки матки у рожавших освидетельствуемые признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения и направляются на лечение с последующим освидетельствованием.

Цитологическое исследование и биопсия при эктопии шейки матки проводятся в обязательном порядке.

Отпуск по болезни по пункту «г» предоставляется сотрудникам после хирургического лечения по поводу доброкачественных новообразований грудной

или брюшной полостей, когда после завершения лечения в стационарных условиях категория годности к службе не изменяется и для полного восстановления функций необходим срок не менее месяца.

Лица с доброкачественными новообразованиями головного и спинного мозга освидетельствуются по статье 23, а периферической нервной системы – по статье 26 Расписания болезней.

При наличии доброкачественных новообразований костной и хрящевой ткани и отказе от их оперативного лечения граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуются по пункту «б» настоящей статьи.

Лица с доброкачественными новообразованиями костной ткани, сопровождающимися нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и других систем, а также при неудовлетворительных результатах хирургического лечения или отказе от него освидетельствуются по соответствующим статьям Расписания болезней.

3. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
11 D50-D89	болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:				
	а) быстро прогрессирующие, а также медленно прогрессирующие со значительным нарушением функций	Д	Д	В	В
	б) медленно прогрессирующие с умеренным нарушением функций или редкими обострениями	В	В	поступающие - В сотрудники - Б-2	Б-2
	в) временные функциональные расстройства после несистемных болезней крови или состояния после завершения терапии	Г	Г	Г	Г

Статья предусматривает:

все виды приобретенных и наследственных анемий;

компенсированные наследственные и приобретенные нарушения структуры эритроцитов или гемоглобина;

приобретенные и наследственные нарушения функций тромбоцитов и лейкоцитов;

цитопенические синдромы (включая лейкопении, идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру и другие тромбоцитопении, аутоиммунные посттрансфузионные осложнения);

нарушения системы гемостаза с повышенной кровоточивостью (включая гемофилии, иные коагулопатии и тромбоцитопатии);

тромбофилии и иные нарушения гемостаза с повышенным риском тромбообразования;

наследственную ломкость капилляров, сосудистую псевдогемофилию; стойкие врожденные и приобретенные иммунодефицитные состояния.

К пункту «а» относятся:

апластическая анемия и другие цитопенические синдромы, связанные с нарушением кроветворения, независимо от эффективности терапии и степени нарушения функций;

хронические быстро прогрессирующие заболевания или медленно прогрессирующие заболевания при сохранении на фоне лечения стойких изменений состава крови и значительных нарушениях функций;

приобретенное иммунодефицитное состояние при иммуносупрессивной терапии после аллотрансплантации органов и тканей;

нарушения гемостаза с повышенной кровоточивостью, сопровождающиеся кровотечениями, кровоизлияниями или поражением органов;

нарушения гемостаза с повышенным риском тромбообразования, сопровождающиеся множественными или рецидивирующими тромбозами сосудов, тромбоэмболическими осложнениями, невынашиванием беременности, тромботической тромбоцитопенической пурпурой или поражением органов.

Сотрудники, перенесшие эпизод аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры с хорошим эффектом от глюкокортикостероидной терапии или спленэктомии, освидетельствуются по пункту «в».

К пункту «б» относятся:

гемолитические анемии и анемии с врожденными нарушениями структуры эритроцитов и гемоглобина в стадии компенсации;

гемолитические анемии, аутоиммунные цитопенические синдромы и другие медленно прогрессирующие заболевания с длительным положительным эффектом от лечения с умеренным или незначительным нарушением функций;

нарушения гемостаза с длительным положительным эффектом от лечения с умеренным или незначительным нарушением функций.

К пункту «в» относятся временные функциональные расстройства после несистемных болезней крови, а также состояния после завершения полного курса терапии в случае сохранения временного незначительного нарушения функций.

При стойких врожденных и приобретенных иммунодефицитных состояниях, сопровождающихся частыми рецидивами инфекционных осложнений, освидетельствование проводится по пункту «а».

При вторичных иммунодефицитных состояниях, изменениях состава крови, нарушениях свертывания, наблюдающихся при заболеваниях органов и систем (иные хронические, аутоиммунные, онкологические, инфекционные заболевания, саркоидоз и другие гранулематозы, гистиоцитозы, патология беременности и родов,

травмы или осложнения их лечения), после выполнения спленэктомии и диагностических или лечебных хирургических вмешательств, категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от степени нарушения функций пораженного органа или системы органов по соответствующим статьям Расписания болезней.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, с незначительными изменениями состава крови при железодефицитной анемии, не обусловленной системными заболеваниями крови и не предусмотренной другими статьями Расписания болезней, освидетельствуются по пункту «в» с последующим переосвидетельствованием через 3 месяца после окончания курса лечения и нормализации лабораторных показателей.

Степень тяжести болезней крови и кроветворных органов оценивается в первую очередь по данным лабораторных исследований, так как общее состояние, как правило, не соответствует тяжести лабораторных показателей в связи с длительным действием компенсаторных механизмов организма.

Железодефицитная анемия (далее – ЖДА) – клиничко-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина из-за развивающегося вследствие различных патологических (физиологических) процессов дефицита железа и проявляющегося симптомами анемии и сидеропении.

В зависимости от содержания гемоглобина и эритроцитов в крови ЖДА по степени тяжести различают: легкая степень – гемоглобин > 100 г/л, эритроциты $> 3,0 \times 10^{12}/л$; средняя степень – гемоглобин $100 - 66$ г/л, эритроциты $3,0 - 2,0 \times 10^{12}/л$; тяжелая степень - гемоглобин < 66 г/л, эритроциты $< 2,0 \times 10^{12}/л$.

К лабораторным признакам железодефицитных анемий относят также цветной показатель (ЦП $< 0,8$), содержание сывороточного железа (менее $9,0$ мкмоль/л). Основным критерием положительного ответа на терапию ЖДА является прирост уровня гемоглобина после начала применения препаратов железа (положительный эффект при увеличении более чем на 10 г/л за 1 месяц). Контроль лабораторных показателей (гемоглобин, эритроциты, цветной показатель, сывороточное железо) осуществляется трехкратным исследованием с интервалом 1 раз в месяц.

ЖДА легкой степени не является основанием для применения данной статьи.

При достижении ремиссии заболевания пероральным приемом препаратов железа данная статья не применяется.

Степень тяжести тромбоцитопенических состояний оценивают по уровню тромбоцитов крови и по выраженности проявлений геморрагического синдрома (кровотечений); легкая степень тяжести – концентрация тромбоцитов от $50 - 150$ тысяч в 1 мкл крови; кровотечения при этом не развиваются, не требуется медикаментозного лечения; средняя степень тяжести – концентрация тромбоцитов от $20 - 50$ тысяч в 1 мкл крови, возможны проявления кровоизлияний в слизистую оболочку рта, повышение кровоточивости десен, частые носовые кровотечения; медикаментозная терапия показана при наличии геморрагического синдрома; тяжелая степень тяжести - концентрация тромбоцитов ниже 20 тысяч в 1 мкл крови, характерны спонтанные обильные кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки рта, частые обильные носовые кровотечения и другие проявления геморрагического синдрома, требующие медикаментозного лечения.

При выявлении признаков нарушения гемостаза (геморрагический синдром или тромбоз) необходима консультация гематолога.

4. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
12 E00-E90	эутиреоидный зоб:				
	а) вызывающий расстройство функций близлежащих органов	Д	Д	В	В
	б) затрудняющий ношение форменной одежды	В	В	В	В
	в) не затрудняющий ношения форменной одежды	А	А	А	А

Освидетельствуемым по пунктам «а» или «б» (при наличии медицинских показаний) предлагается хирургическое лечение. После хирургического лечения 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 форменной одежды, освидетельствование проводится по пункту «а» или «б».

При отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению проводится курс медикаментозной терапии. В данном случае они признаются по пункту «г» статьи 13 Расписания болезней временно не годными к службе на 12 месяцев. Если через 12 месяцев не наблюдается положительной динамики, проявляемой в уменьшении объема щитовидной железы при отсутствии нарушения ее функций, граждане повторно признаются по данной статье временно не годными к службе на 12 месяцев для продолжения консервативного лечения на этот период.

В случае неудовлетворительных результатов консервативного лечения в течение 24 месяцев или при отказе (при наличии медицинских показаний) от оперативного лечения по поводу зоба, вызывающего расстройство функций близлежащих органов или затрудняющего ношение форменной одежды, освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» настоящей статьи.

При наличии нарушения функций щитовидной железы медицинское освидетельствование проводится по статье 13 Расписания болезней в зависимости от степени нарушения ее функций.

Всем освидетельствуемым, имеющим по данным ультразвукового исследования узлы щитовидной железы размером 1 см и более, а также в случаях с узлами

меньшего размера (при наличии родственников с новообразованиями щитовидной железы; если освидетельствуемый подвергался в течение жизни воздействию радиации; при наличии по данным ультразвукового исследования признаков, характерных для злокачественных новообразований), расположением узлов в перешейке направляются для определения характера узла щитовидной железы для проведения тонкоигольной биопсии и последующего цитологического заключения.

Диффузные изменения структуры щитовидной железы, кисты щитовидной железы размерами до 3 мм без увеличения объема щитовидной железы, выявленные по данным ультразвуковых исследований, диффузное увеличение щитовидной железы I и II степени (по классификации О.В. Николаева) без нарушения ее функции не являются основанием для применения данной статьи.

Таблица 1

Классификация зоба (по Николаеву О.В.)

Степень	Характеристика
0	Щитовидная железа нормальных размеров, не определяется ни визуально, ни при поверхностной пальпации
I	При визуальном осмотре щитовидная железа не заметна, может пальпироваться перешеек
II	Пальпируются перешеек и доли, щитовидная железа не видна при осмотре, шея имеет нормальные размеры
III	Щитовидная железа заметна невооруженным глазом, «толстая шея», пальпируются перешеек и доли, но наружные края долей не выходят за пределы кивательных мышц
IV	Зоб достигает больших размеров, конфигурация шеи нарушена
V	Размеры щитовидной железы становятся огромными, трахея и пищевод сдавлены, у пациента возникают проблемы с дыханием, речью, приемом пищи

Таблица 2

Классификация зоба (Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ), 2001)

Степень	Характеристика
0	Зоба нет. Объем каждой доли не превышает объем дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого

1	Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи (отсутствует видимое увеличение щитовидной железы). Относятся узловые образования, которые не приводят к увеличению самой щитовидной железы
2	Зоб четко виден при нормальном положении шеи

При наличии стойких эндокринных нарушений освидетельствование проводится по статье 13 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
13 E00-E90	другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	В	В
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	В	В
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	г) временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания или операции	Г	Г	Г	Г
	д) пониженное питание, алиментарное ожирение II степени	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2
е) алиментарное ожирение I степени	А	А	А	А	

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения при впервые выявленных заболеваниях, относящихся к пункту «а» или «б», освидетельствуются только после медицинского обследования и лечения в стационарных условиях, а при заболеваниях, относящихся к пунктам «в», «г», «д», – после обследования (лечения) в амбулаторных условиях. При необходимости медицинское обследование (лечение) проводится в стационарных условиях.

Сотрудники освидетельствуются после медицинского обследования в амбулаторных (стационарных) условиях.

К пункту «а» относятся:

заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез со значительным нарушением их функции и неудовлетворительными результатами лечения;

алиментарное ожирение IV степени;

отсутствие щитовидной железы (другого эндокринного органа) после операции; сахарный диабет I типа;

стойкие значительно выраженные расстройства, обусловленные осложненным гипотиреозом (с сердечной недостаточностью, полисерозитами и т.д.), тяжелыми формами узлового и диффузного токсического зоба (осложненный): понижение массы тела на 50% и больше за период от начала заболевания, адинамия, выраженный экзофтальм, одышка в покое, частота пульса 120 и более ударов в минуту и чаще, различные висцеральные осложнения, развитие тиреотоксической кардиомиопатии с явлениями хронической сердечной недостаточности III и IV функциональных классов (далее – ФК), а также тяжелой формой сахарного диабета, содержание тиреотропного гормона (ТТГ) существенно снижено, концентрация свободных трийодтиронин (Т3) и тироксина (Т4) повышена.

К тяжелой форме относится сахарный диабет (независимо от уровня гипергликемии и характера лечения) при наличии одного из следующих осложнений: пролиферативная ретинопатия, резко выраженная ангиопатия и невропатия нижних конечностей, проявляющиеся трофическими язвами, гангреной стоп, невропатическими отеками, остеоартропатиями, диабетическая нефропатия с макропротеинурией с нарушением азотвыделительной функции почек, а также при рецидивирующих кетоацидотических прекомах и комах.

Стойкие значительно выраженные расстройства, обусловленные тяжелыми формами климактерического синдрома при неудовлетворительных результатах лечения (выраженные нейровегетативные расстройства – приливы жара более 20 раз в сутки, потливость, приступы сердцебиения, лабильность артериального давления, экстрасистолии, не обусловленные другими заболеваниями, прогрессирующие атрофические изменения слизистых половых органов и мочевых путей).

Сотрудники органов принудительного исполнения, не достигшие предельного возраста пребывания на службе в органах принудительного исполнения, при отсутствии щитовидной железы (другого эндокринного органа) после операций при компенсации функции органа заместительной терапией и сохраненной способности исполнять должностные обязанности освидетельствуются по пункту «б».

Освидетельствование при ожирении IV степени по III графе Расписания болезней при отсутствии прогрессирования увеличения массы тела за 12 месяцев до освидетельствования проводится по пункту «б» настоящей статьи.

Прогрессирование увеличения массы тела – масса тела увеличивается на 5 кг в год и более; колебания массы тела около 2 – 3 кг в год относятся к стабильному ожирению.

К пункту «б» относятся:

заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез при компенсации функции органа заместительной терапией;

стойкие умеренно выраженные расстройства, обусловленные заболеваниями эндокринных желез средней степени тяжести (при сахарном диабете средней степени тяжести компенсация углеводного обмена достигается пероральным приемом сахаропонижающих препаратов или введением инсулина на фоне постоянной диетотерапии);

сахарный диабет при наличии нефропатии на стадии микроальбуминурии, умеренно выраженных непролиферативной ретинопатии, периферической невропатии и ангиопатии;

гипотиреоз манифестный, в том числе медикаментозно компенсированный;

тиреотоксикоз средней степени тяжести (манифестный): снижение величины массы тела от 30 до 50 % от начала заболевания, выраженные вегетативные нарушения, частота пульса 100 – 120 ударов в минуту, умеренно выраженные вегетативно-сосудистые и эмоциональные нарушения, развитие тиреотоксической кардиомиопатии с явлениями хронической сердечной недостаточности I и II ФК, содержание ТТГ существенно снижено, концентрация свободных Т3, Т4 повышена;

стойкие умеренно выраженные расстройства, обусловленные климактерическим синдромом средней степени тяжести (умеренно выраженные нейровегетативные расстройства - приливы жара до 20 раз в сутки, потливость, приступы сердцебиения, лабильность артериального давления, экстрасистолии, не обусловленные другими заболеваниями).

Истинный климактерический синдром следует дифференцировать со сходными по клинической картине гипертиреозом, тревожно-депрессивным состоянием, пресенильным психозом.

По данному пункту освидетельствуются также граждане, страдающие транссексуализмом и сменившие пол, указанный в паспорте гражданина Российской Федерации или ином документе, удостоверяющем личность, и (или) в отношении которых проведена гормональная и (или) хирургическая коррекция пола.

При отсутствии доли щитовидной железы (части другого эндокринного органа) после операций по поводу заболеваний освидетельствование проводится по пунктам «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функции эндокринного органа.

К пункту «в» относятся:

легкие обратимые формы диффузного токсического зоба (субклинический): легкая неврозоподобная симптоматика, снижение толерантности к физической нагрузке, частота пульса 90 – 100 ударов в минуту при увеличении щитовидной железы I – II степени, снижение массы тела до 30% от начала заболевания, отсутствие признаков патологических изменений органов и систем; содержание ТТГ снижено, содержание свободных Т3, Т4 в пределах референтных значений; гипотиреоз субклинический, в том числе медикаментозно компенсированный;

легкие формы климактерического синдрома с относительно небольшим числом приливов в течение суток (до 10), не усугубляющие течение имеющихся заболеваний;

подострый тиреоидит;

сахарный диабет, при котором гликемия в течение суток не превышает 8,9 ммоль/л (гликозилированный гемоглобин равен или менее 7,5 %) и легко

нормализуется диетой и монотерапией, одного из признаков нарушений (нефропатия на стадии микроальбуминурии переходящая, непролиферативная ретинопатия, периферическая невропатия и ангиопатия);

алиментарное ожирение III степени;

микрпролактинома при наличии клинических проявлений.

К этому же пункту относятся последствия оперативного удаления, в том числе частично, эндокринной железы у освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней.

При хроническом фиброзном и аутоиммунном тиреоидите 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).

После двухсторонней овариэктомии, выполненной по поводу заболеваний, заключение о категории годности выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от выраженности климактерического синдрома и результатов лечения.

К пункту «г» относятся временные функциональные расстройства после операций на щитовидной железе, эндокринных железах, состояния после лечения острых и подострых тиреоидитов. Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения признаются временно не годными к службе сроком на 6 месяцев.

При наличии недостаточности питания граждане подлежат медицинскому обследованию и лечению. Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными к службе на 6 месяцев. Если через 6 месяцев по результатам медицинского обследования не выявлено вызывающих снижение массы тела заболеваний, нет отрицательной динамики индекса массы тела (по данным ежемесячных осмотров в поликлинике), сохранена физическая работоспособность (по результатам функциональных нагрузочных проб), освидетельствование проводится по пункту «д».

При отрицательной динамике индекса массы тела, сниженной физической работоспособности освидетельствование проводится по пункту «в».

При выявлении заболеваний, обуславливающих пониженное питание или недостаточность питания, граждане подлежат освидетельствованию по соответствующим статьям Расписания болезней.

При наличии остеопороза не осложненного течения освидетельствование проводится по пункту «в».

При подагре освидетельствование проводится в зависимости от степени нарушения функции пораженного органа или системы органов по соответствующим статьям Расписания болезней.

Для верификации диагноза ожирения методом биоимпедансометрии определяется состав тела.

Классификация операций на щитовидной железе по объему оставляемой ткани: тиреоидэктомия (полное удаление ткани щитовидной железы);

предельно субтотальная резекция щитовидной железы (оставляются минимальные участки ткани на капсуле железы (их размер обычно не превышает

0,5 см);

субтотальная резекция щитовидной железы (формирование культи с общим объемом около 10 г (обычно две по 5 г);

гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция контралатеральной доли (полное удаление одной доли и резекция противоположной с остаточным объемом около 5 г ткани железы);

гемитиреоидэктомия и резекция контралатеральной доли (полное удаление одной доли и резекция противоположной с остаточным объемом более 5 г ткани железы);

гемитиреоидэктомия (удаление одной доли щитовидной железы);

резекция обеих долей щитовидной железы (оставляется более 5 г (нормального объема доли);

субтотальная резекция доли щитовидной железы (результатом операции (на одной доле) является оставление с одной стороны культи около 5 г);

резекция доли щитовидной железы (объем оставленной ткани превышает 5 г);

удаление перешейка щитовидной железы (истмусэктомия) (объем резекции каждой из долей не превышает 1/3 (5 г).

Для оценки состояния питания используется индекс массы тела (далее – ИМТ), который определяется по формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела, кг}}{\text{квадрат величины роста, М}^2}$$

Соотношение роста и массы тела в норме и при нарушениях питания приведены в таблицах 3, 4.

Данные нормативы объединяет общий принцип: перцентили должны быть симметричны относительно медианы (50-й перцентили).

ВОЗ пользуется стандартными отклонениями -1, -2, -3 SDS, медиана и +1, +2, +3 SDS.

С учетом рекомендаций ВОЗ ожирение у лиц, не достигших 18-летнего возраста, следует определять как +2,0 SDS ИМТ, а избыточную массу тела от +1,0 до +2,0 SDS ИМТ.

Заключение об уровне физического развития освидетельствуемого дается строго индивидуально на основе оценки степени развития мышечной системы, роста, веса тела, окружности груди с учетом возраста. При оценке развития мышечной системы учитываются степень отложения подкожно-жировой клетчатки, а также особенности скелетной мускулатуры у лиц высокого роста с малорельефными мышцами.

Слабое развитие мышечной системы характеризуется дряблостью мышц, отсутствием рельефа контуров и недостаточной мышечной массой, мышечной силой.

**Соотношение роста и массы тела в норме
и при нарушениях питания**

а) в возрасте 18 - 25 лет

Недостаточность питания (ИМТ – менее 18,5)	Пониженное питание (ИМТ - 18,5 - 19,4)	Нормальное соотношение роста и массы тела (ИМТ - 19,5 - 22,9)			Повышенное питание (ИМТ - 23,0 - 27,4)	Степень ожирения, ИМТ			
		рост		масса тела (кг)		I (27,5 - 29,9)	II (30,0 - 34,9)	III (35,0 - 39,9)	IV (40,0 и более)
		см	м ²						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41,6	41,7 – 43,7	150	2,25	43,8 – 51,7	51,8 – 61,7	61,8 – 67,4	67,5 – 78,7	78,8 – 89,9	90,0
42,1	42,2 – 44,4	151	2,28	44,5 – 52,3	52,4 – 62,6	62,7 – 68,3	68,4 – 79,7	79,8 – 91,1	91,2
42,7	42,8 – 44,9	152	2,31	45,0 – 53,0	53,1 – 63,4	63,5 – 69,2	69,3 – 80,8	80,9 – 92,3	92,4
43,3	43,4 – 45,5	153	2,34	45,6 – 53,7	53,8 – 64,2	64,3 – 70,1	70,2 – 81,8	81,9 – 93,5	93,6
43,8	43,9 – 46,1	154	2,37	46,2 – 54,3	54,5 – 65,1	65,2 – 71,0	71,1 – 82,9	83,0 – 94,7	94,8
44,4	44,5 – 46,7	155	2,40	46,8 – 55,1	55,2 – 65,9	66,0 – 71,9	72,0 – 83,9	84,0 – 95,9	96,0
44,9	45,0 – 47,3	156	2,43	47,4 – 55,8	55,9 – 66,7	66,8 – 72,8	72,9 – 84,9	85,0 – 97,1	97,2
45,5	45,6 – 47,9	157	2,46	48,0 – 56,5	56,6 – 67,6	67,7 – 73,7	73,8 – 86,0	86,1 - 98,3	98,4
46,1	46,2 – 48,4	158	2,49	48,5 – 57,2	57,3 – 68,4	68,5 – 74,6	74,7 – 87,1	87,2 – 99,5	99,6
46,6	46,7 – 49,0	159	2,52	49,1 – 57,9	58,0 – 69,2	69,3 – 75,5	75,6 – 88,1	88,2 – 100,7	100,8
47,3	47,4 – 49,8	160	2,56	49,9 – 58,8	58,9 – 70,3	70,4 – 76,7	76,8 – 89,5	89,6 – 102,3	102,4

47,9	48,0 – 50,4	161	2,59	50,5 – 59,5	59,6 – 71,1	71,2 – 77,6	77,7 – 90,6	90,7 – 103,5	103,6
48,5	48,6 - 51,0	162	2,62	51,1 – 60,2	60,3 – 72,0	72,1 - 78,5	78,6 – 91,6	91,7 – 104,7	104,8
49,0	49,1 - 51,5	163	2,65	51,6 – 60,9	61,0 – 72,8	72,9 - 79,4	79,5 – 92,7	92,8 – 105,9	106,0
49,6	49,7 - 52,2	164	2,68	52,3 – 61,5	61,6 – 73,6	73,7 - 80,3	80,4 – 93,7	93,8 – 107,1	107,2
50,3	50,4 - 52,9	165	2,72	53,0 – 62,5	62,6 – 74,7	74,8 - 81,5	81,6 – 95,1	95,2 – 108,7	108,8
50,8	50,9 - 53,5	166	2,75	53,6 – 63,2	63,3 – 75,5	75,6 - 82,4	82,5 – 96,2	96,3 – 109,9	110,0
51,6	51,7 - 54,1	167	2,78	54,2 – 63,8	63,9 – 76,4	76,5 – 83,3	83,4 – 97,2	97,3 – 111,1	111,2
52,2	52,3 - 54,9	168	2,82	55,0 – 64,8	64,9 – 77,5	77,6 – 84,5	84,6 – 98,6	98,7 – 112,7	112,8
52,7	52,8 - 55,5	169	2,85	55,6 – 65,5	65,6 – 78,3	78,4 – 85,4	85,5 – 99,7	99,8 – 113,9	114,0
53,4	53,5 - 56,2	170	2,89	56,3 – 66,4	66,5 – 79,4	79,5 – 86,6	86,7 – 101,1	101,2 – 115,5	115,6
54,0	54,1 - 56,8	171	2,92	56,9 – 67,1	67,2 – 80,2	80,3 – 87,5	87,6 – 102,1	102,2 – 116,7	116,8
54,5	54,6 - 57,4	172	2,95	57,5 – 67,7	67,8 – 81,0	81,1 – 88,4	88,5 – 103,2	103,3 – 117,9	118,0
55,3	55,4 - 58,2	173	2,99	58,3 – 68,7	68,8 – 82,1	82,2 – 89,6	89,7 – 104,6	104,7 – 119,5	119,6
55,8	55,9 - 58,8	174	3,02	58,9 – 69,4	69,5 – 83,0	83,1 – 90,5	90,6 – 105,6	105,7 – 120,7	120,8
56,6	56,7 - 59,6	175	3,06	59,7 – 70,3	70,4 – 84,1	84,2 – 91,7	91,8 – 107,0	107,1 – 122,3	122,4
57,1	57,2 - 60,1	176	3,09	60,2 – 71,0	71,1 – 84,9	85,0 – 92,6	92,7 – 108,1	108,2 – 123,5	123,6
57,9	58,0 - 60,9	177	3,13	61,0 – 71,9	72,0 – 86,0	86,1 – 93,8	93,9 – 109,5	109,6 – 125,1	125,2
58,4	58,5 - 61,5	178	3,16	61,6 – 72,6	72,7 – 86,8	86,9 – 94,7	94,8 – 110,5	110,6 – 126,3	126,4
59,2	59,3 - 62,3	179	3,20	62,4 – 73,5	73,6 – 87,9	88,0 – 95,9	96,0 – 111,9	112,0 – 127,9	128,0

72,5	72,6 - 76,3	198	3,92	76,4 - 90,1	90,2 - 107,7	107,8 - 117,5	117,6 - 137,1	137,2 - 156,7	156,8
73,2	73,3 - 77,1	199	3,96	77,2 - 91,0	91,1 - 108,8	108,9 - 118,7	118,8 - 138,5	138,6 - 158,3	158,4
74,0	74,1 - 77,9	200	4,00	78,0 - 91,9	92,0 - 109,9	110,0 - 119,9	120,0 - 139,9	140,0 - 159,9	160,0

Таблица 4

б) в возрасте 26 - 45 лет

Недостаточность питания (ИМТ - менее 19,0)	Пониженное питание (ИМТ - 19,0 - 19,9)	Нормальное соотношение роста и массы тела (ИМТ - 20,0 - 25,9)			Повышенное питание (ИМТ - 26,0 - 27,9)	Степень ожирения, ИМТ			
		рост		масса тела (кг)		I (28,0 - 30,9)	II (31,0 - 35,9)	III (36,0 - 40,9)	IV (41,0 и более)
		см	м ²						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42,7	42,8 - 44,9	150	2,25	45,0 - 58,4	58,5 - 62,9	63,0 - 69,7	69,8 - 80,8	80,9 - 92,1	92,2
43,3	43,4 - 45,5	151	2,28	45,6 - 59,0	59,1 - 63,6	63,7 - 70,5	70,6 - 81,9	82,0 - 93,4	93,5
43,9	44,0 - 46,1	152	2,31	46,2 - 60,0	60,1 - 64,6	64,7 - 71,5	71,6 - 82,9	83,0 - 94,6	94,7
44,4	44,5 - 46,7	153	2,34	46,8 - 60,7	60,8 - 65,4	65,5 - 72,4	72,5 - 84,1	84,2 - 95,8	95,9
45,0	45,1 - 47,3	154	2,37	47,4 - 61,5	61,6 - 66,3	66,4 - 73,4	73,5 - 85,2	85,3 - 97,1	97,2
45,6	45,7 - 47,9	155	2,40	48,0 - 62,3	62,4 - 67,1	67,2 - 74,3	74,4 - 86,3	86,4 - 98,3	98,4
46,2	46,3 - 48,5	156	2,43	48,6 - 63,1	63,2 - 67,9	68,0 - 75,2	75,3 - 87,4	87,5 - 99,5	99,6
46,7	46,8 - 49,1	157	2,46	49,2 - 63,9	64,0 - 68,8	68,9 - 76,2	76,3 - 88,5	88,6 - 100,8	100,9
47,3	47,4 - 49,7	158	2,49	49,8 - 64,6	64,7 - 69,6	69,7 - 77,1	77,2 - 89,5	89,6 - 102,0	102,1

59,9	60,0 - 63,1	180	3,24	63,2 - 74,4	74,5 - 89,0	89,1 - 97,1	97,2 - 113,3	13,4 - 129,5	129,6
60,5	60,6 - 63,6	181	3,27	63,7 - 75,1	75,2 - 89,8	89,9 - 98,0	98,1 - 114,4	14,5 - 130,7	130,8
61,2	61,3 - 64,4	182	3,31	64,5 - 76,0	76,1 - 90,9	91,0 - 99,2	99,3 - 115,8	15,9 - 132,3	132,4
61,8	61,9 - 65,0	183	3,34	65,1 - 76,7	76,8 - 91,8	91,9 - 100,1	100,2 - 116,8	16,9 - 133,5	133,6
62,5	62,6 - 65,8	184	3,38	65,9 - 77,6	77,7 - 92,9	93,0 - 101,3	101,4 - 118,2	18,3 - 135,1	135,2
63,3	63,4 - 67,2	185	3,42	67,3 - 78,6	78,7 - 94,0	94,1 - 102,5	102,6 - 119,6	19,7 - 136,7	136,8
63,8	63,9 - 67,6	186	3,45	67,7 - 79,3	79,4 - 94,8	94,9 - 103,4	103,5 - 120,7	120,8 - 137,9	138,0
64,5	64,6 - 67,9	187	3,49	68,0 - 80,2	80,3 - 95,9	96,0 - 104,6	104,7 - 122,1	122,2 - 139,5	139,6
65,3	65,4 - 68,7	188	3,53	68,8 - 81,1	81,2 - 97,0	97,1 - 105,8	105,9 - 123,5	123,6 - 141,1	141,2
66,0	66,1 - 69,5	189	3,57	69,6 - 82,0	82,1 - 98,1	98,2 - 107,0	107,1 - 124,9	125,0 - 142,7	142,8
66,8	66,9 - 70,3	190	3,61	70,4 - 82,9	83,0 - 99,2	99,3 - 108,2	108,3 - 126,3	126,4 - 144,3	144,4
67,3	67,4 - 70,9	191	3,64	71,0 - 83,6	83,7 - 100,0	100,1 - 109,1	109,2 - 127,3	127,4 - 145,5	145,6
68,1	68,2 - 71,7	192	3,68	71,8 - 84,5	84,6 - 101,1	101,2 - 110,3	110,4 - 128,7	128,8 - 147,1	147,2
68,8	68,9 - 72,4	193	3,72	72,5 - 85,5	85,6 - 102,2	102,3 - 111,5	111,6 - 130,1	130,2 - 148,7	148,8
69,5	69,6 - 73,2	194	3,76	73,3 - 86,4	86,5 - 103,3	103,4 - 112,7	112,8 - 131,5	131,6 - 150,3	150,4
70,3	70,4 - 74,0	195	3,80	74,1 - 87,3	87,4 - 104,4	104,5 - 113,9	114,0 - 132,9	133,0 - 151,9	152,0
71,0	71,1 - 74,8	196	3,84	74,9 - 88,2	88,3 - 105,5	105,6 - 115,1	115,2 - 134,3	134,4 - 153,5	153,6
71,8	71,9 - 75,5	197	3,88	75,6 - 89,2	89,3 - 106,6	106,7 - 116,3	116,4 - 135,7	135,8 - 155,1	155,2

47,9	48,0 - 50,3	159	2,52	50,4 - 65,4	65,5 - 70,5	70,6 - 78,0	78,1 - 90,6	90,7 - 103,2	103,3
48,6	48,7 - 51,1	160	2,56	51,2 - 66,5	66,6 - 71,6	71,7 - 79,3	79,4 - 92,1	92,2 - 104,9	105,0
49,2	49,3 - 51,7	161	2,59	51,8 - 67,2	67,3 - 72,4	72,5 - 80,2	80,3 - 93,1	93,2 - 106,1	106,2
49,8	49,9 - 52,3	162	2,62	52,4 - 68,0	68,1 - 73,3	73,4 - 81,1	81,2 - 94,2	94,3 - 107,3	107,4
50,3	50,4 - 52,9	163	2,65	53,0 - 68,8	68,9 - 74,1	74,2 - 82,0	82,1 - 95,3	95,4 - 108,5	108,6
50,9	51,0 - 53,5	164	2,68	53,6 - 69,6	69,7 - 74,9	75,0 - 83,0	83,1 - 96,4	96,5 - 109,8	109,9
51,7	51,8 - 54,3	165	2,72	54,4 - 70,6	70,7 - 76,1	76,2 - 84,2	84,3 - 97,8	97,9 - 111,4	111,5
52,2	52,3 - 54,9	166	2,75	55,0 - 71,4	71,5 - 76,9	77,0 - 85,1	85,2 - 98,9	99,0 - 112,7	112,8
52,8	52,9 - 55,5	167	2,78	55,6 - 72,2	72,3 - 77,7	77,8 - 86,1	86,2 - 100,0	100,1 - 113,9	114,0
53,6	53,7 - 56,3	168	2,82	56,4 - 73,2	73,3 - 78,9	79,0 - 87,3	87,4 - 101,4	101,5 - 115,5	115,6
54,1	54,2 - 56,9	169	2,85	57,0 - 74,0	74,1 - 79,7	79,8 - 88,2	88,3 - 102,5	102,6 - 116,7	116,8
54,9	55,0 - 57,7	170	2,89	57,8 - 75,0	75,1 - 80,8	80,9 - 89,5	89,6 - 103,9	104,0 - 118,4	118,5
55,5	55,6 - 58,3	171	2,92	58,4 - 75,8	75,9 - 81,7	81,8 - 90,4	90,5 - 105,0	105,1 - 119,6	119,7
56,0	56,1 - 58,9	172	2,95	59,0 - 76,0	76,1 - 82,5	82,6 - 91,4	91,5 - 106,1	106,2 - 120,8	120,9
56,8	56,9 - 59,7	173	2,99	59,8 - 77,6	77,7 - 83,6	83,7 - 92,6	92,7 - 107,5	107,6 - 122,5	122,6
57,4	57,5 - 60,3	174	3,02	60,4 - 78,4	78,5 - 84,5	84,6 - 93,5	93,6 - 108,6	108,7 - 123,7	123,8
58,1	58,2 - 61,1	175	3,06	61,2 - 79,5	79,6 - 85,6	85,7 - 94,6	94,7 - 110,1	110,2 - 125,3	125,4
58,7	58,8 - 61,7	176	3,09	61,8 - 80,2	80,3 - 86,4	86,5 - 95,7	95,8 - 111,1	111,2 - 126,6	126,7

59,5	59,6 - 62,5	177	3,13	62,6 - 81,4	81,5 - 87,5	87,6 - 96,9	97,0 - 112,6	112,7 - 128,2	128,3
60,0	60,1 - 63,1	178	3,16	63,2 - 82,1	82,2 - 88,4	88,5 - 97,9	98,0 - 113,7	113,8 - 129,5	129,6
60,8	60,9 - 63,9	179	3,20	64,0 - 83,1	83,2 - 89,5	89,6 - 99,1	99,2 - 115,1	115,2 - 131,1	131,2
61,5	61,6 - 64,7	180	3,24	64,8 - 84,1	84,2 - 90,6	90,7 - 100,3	100,4 - 116,5	116,6 - 132,7	132,8
62,1	62,2 - 65,3	181	3,27	65,4 - 84,9	85,0 - 91,5	91,6 - 101,2	101,3 - 117,6	117,7 - 134,0	134,1
62,9	63,0 - 66,1	182	3,31	66,2 - 86,0	86,1 - 92,6	92,7 - 102,5	102,6 - 119,1	119,2 - 135,6	135,7
63,4	63,5 - 66,7	183	3,34	66,8 - 86,7	86,8 - 93,4	93,5 - 103,4	103,5 - 120,1	120,2 - 136,8	136,9
64,2	64,3 - 67,5	184	3,38	67,6 - 87,8	87,9 - 94,5	94,6 - 104,7	104,8 - 121,6	121,7 - 138,5	138,6
65,0	65,1 - 68,3	185	3,42	68,4 - 88,8	88,9 - 95,7	95,8 - 105,9	106,0 - 123,0	123,1 - 140,1	140,2
65,5	65,6 - 68,9	186	3,45	69,0 - 89,6	89,7 - 96,5	96,6 - 106,9	107,0 - 124,1	124,2 - 141,4	141,5
66,3	66,4 - 69,7	187	3,49	69,8 - 90,6	90,7 - 97,6	97,7 - 108,1	108,2 - 125,5	125,6 - 143,0	143,1
67,1	67,2 - 70,5	188	3,53	70,6 - 91,7	91,8 - 98,7	98,8 - 109,3	109,4 - 127,0	127,1 - 144,6	144,7
67,8	67,9 - 71,3	189	3,57	71,4 - 92,7	92,8 - 99,9	100,0 - 110,6	110,7 - 128,4	128,5 - 146,3	146,4
68,6	68,7 - 72,1	190	3,61	72,2 - 93,8	93,9 - 101,0	101,1 - 111,8	111,9 - 129,8	129,9 - 147,9	148,0
69,1	69,2 - 72,7	191	3,64	72,8 - 94,5	94,6 - 101,8	101,9 - 112,7	112,8 - 130,9	131,0 - 149,1	149,2
69,9	70,0 - 73,5	192	3,68	73,6 - 95,6	95,7 - 102,9	103,0 - 114,0	114,1 - 132,4	132,5 - 150,8	150,9
70,6	70,7 - 74,3	193	3,72	74,4 - 96,6	96,7 - 104,1	104,2 - 115,2	115,3 - 133,8	133,9 - 152,4	152,5
71,4	71,5 - 75,1	194	3,76	75,2 - 97,7	97,8 - 105,2	105,3 - 116,6	116,7 - 135,3	135,4 - 154,1	154,2

72,2	72,3 - 75,9	195	3,80	76,0 - 98,7	98,8 - 106,3	106,4 - 117,7	117,8 - 136,7	136,8 - 155,7	155,8
72,9	73,0 - 76,7	196	3,84	76,8 - 99,7	99,8 - 107,4	107,5 - 118,9	119,0 - 138,1	138,2 - 157,3	157,4
73,7	73,8 - 77,5	197	3,88	77,6 - 100,8	100,9 - 108,5	108,6 - 120,2	120,3 - 139,6	139,7 - 159,0	159,1
74,5	74,6 - 78,3	198	3,92	78,4 - 101,8	101,9 - 109,7	109,8 - 121,4	121,5 - 141,0	141,1 - 160,6	160,7
75,2	75,3 - 79,1	199	3,96	79,2 - 102,9	103,0 - 110,8	110,9 - 122,7	122,8 - 142,5	142,6 - 162,3	162,4
76,0	76,1 - 79,9	200	4,00	80,0 - 103,9	104,0 - 111,9	112,0 - 123,9	124,0 - 143,9	144,0 - 163,9	164,0

5. Психические расстройства

Освидетельствование граждан, страдающих психическими расстройствами, проводится после медицинского обследования в амбулаторных или стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации).

По окончании лечения в амбулаторных или стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации) независимо от его продолжительности сотрудники подлежат обязательному направлению на военно-врачебную комиссию для решения вопроса о категории годности к службе.

Для оценки структуры и степени выраженности нарушений когнитивной сферы, интеллектуального снижения или недостаточности, эмоционально-личностных расстройств освидетельствование проводится с обязательным привлечением медицинских психологов с использованием клинико-психологической беседы и экспериментально-психологического обследования.

Освидетельствуемым с болезнями нервной системы проводится нейропсихологическое исследование: проведение оценки по краткой шкале оценки психических функций MMSE (Folstein M. et al., 1975) и шкале оценки регуляторных функций (Dubous V. et al., 2000), может дополняться и другими методиками.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
14 F00-F99	органические психические расстройства:				
	а) при резко выраженных стойких психических нарушениях	Д	Д	Д	Д
	б) при умеренно выраженных психических нарушениях	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Д
	в) при легких кратковременных болезненных проявлениях	Г	Г	Г	Г
	г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой черепно- мозговой травмы	Б-4	Б-4	поступающие – Б-4 сотрудники – А-2	А-2

Статья предусматривает ряд психических расстройств, сгруппированных вместе на основании общей четкой этиологии, заключающейся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами).

Факт лечения (обращения) по поводу травм, нейроинфекции, органических заболеваний и поражений головного мозга должен быть подтвержден медицинскими документами с предоставлением ранее проведенных исследований головного мозга.

Для вынесения экспертного решения обязательно проведение не менее трех исследований функций головного мозга (электроэнцефалография (далее – ЭЭГ), эхоэнцефалография (далее – ЭХО-ЭГ, М-ЭХО), ультразвуковая доплерография (далее – УЗДГ), магнитно-резонансная томография (далее – МРТ), компьютерная томография (далее – КТ) и другие), психологического экспериментального исследования когнитивных функций на момент освидетельствования.

К пункту «а» относятся резко выраженные, затяжные психотические состояния, а также психические расстройства, проявляющиеся стойкими выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями или резко выраженными изменениями личности по психоорганическому типу.

К пункту «б» относятся состояния с умеренно выраженными астеническими, аффективными, диссоциативными, когнитивными, личностными и другими

нарушениями, а также психотические состояния с благоприятным течением.

К пункту «в» относятся преходящие, кратковременные психотические и непсихотические расстройства, возникающие вследствие острых органических заболеваний или травм головного мозга, завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией при отсутствии признаков органического поражения центральной нервной системы.

К пункту «г» относятся состояния стойкой (не менее 1 года) компенсации болезненных проявлений после острого заболевания или травмы головного мозга при отсутствии психических расстройств и явлений органического поражения центральной нервной системы, когда имеются лишь отдельные рассеянные органические знаки, без нарушения функций.

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по пункту «а» или «б», а также пункту «г» графы II настоящей статьи, ВВК одновременно с заключением о категории годности к службе выносит заключение об их отстранении от исполнения служебных обязанностей, связанных с ношением оружия, суточными дежурствами, допуска к секретным материалам.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
15 F00-F99	эндогенные психозы: шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные, бредовые, острые и преходящие психотические расстройства и аффективные расстройства (расстройства настроения)	Д	Д	Д	Д

При впервые выявленных признаках психических расстройств, предусмотренных данной статьей, освидетельствование проводится только после медицинского обследования и лечения в стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации).

При наличии эндогенного заболевания, подтвержденного медицинскими документами о лечении и наблюдении в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации), вопрос о категории годности к службе граждан, освидетельствуемых по графе I Расписания болезней, может быть решен без медицинского обследования в стационарных условиях.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
16 F00-F99	симптоматические и другие психические расстройства экзогенной этиологии:				
	а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях	Д	Д	Д	Д
	б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях	В	В	В	В
	в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии	В	В	поступающие – В сотрудники – Г	Г
г) при легком и кратковременном астеническом состоянии, закончившемся выздоровлением	Б-4	Б-4	поступающие – Б	Б	

Статья предусматривает психозы и другие психические расстройства вследствие общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, других причин.

В документах о результатах медицинского обследования и освидетельствования указывается причина, которая повлекла за собой развитие психического расстройства.

К пункту «а» относятся психотические расстройства с резко выраженными клиническими проявлениями и длительным течением, в том числе с выраженными изменениями личности.

К пункту «б» относятся умеренно выраженные или повторные психотические и непсихотические расстройства, приводящие к патологическим изменениям личности по органическому типу или выраженному длительному (более 3 месяцев) астеническому состоянию (церебрастении), в том числе с явлениями органического поражения центральной нервной системы.

В случае благоприятного течения заболевания, когда наступает стойкая компенсация болезненных проявлений, сотрудники органов принудительного исполнения могут быть признаны годными к службе с незначительными ограничениями.

К пункту «в» относятся умеренно или незначительно выраженные, затянувшиеся (до 3 месяцев) астенические состояния после перенесенной инфекции при отсутствии явлений органического поражения центральной нервной системы.

В отношении лиц, перенесших острое отравление алкоголем или наркотическими (токсическими) веществами, заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни не выносится.

К пункту «г» относятся психические расстройства, возникающие в результате острого заболевания, протекающие с легкой и кратковременной (до 2 – 3 недель) астенией и закончившиеся выздоровлением.

К этому же пункту относится наличие указанных в статье психических расстройств в анамнезе при отсутствии патологии со стороны нервно-психической сферы и внутренних органов. Благоприятный исход этих психических расстройств должен быть подтвержден медицинским обследованием в медицинских организациях.

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по пункту «а» или «б», а также пункту «г» графы II настоящей статьи, ВВК одновременно с заключением о категории годности к службе выносит заключение об их отстранении от исполнения служебных обязанностей, связанных с ношением оружия, суточными дежурствами, допуска к секретным материалам.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
17	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства:				
	а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях	Д	Д	Д	Д
	б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях	В	В	В	В
	в) при умеренно выраженных, кратковременных болезненных проявлениях	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
г) при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением	Б-4	Б-4	поступающие – Б-4 сотрудники – А	А	

Статья предусматривает невротические, связанные со стрессом, диссоциативные и соматоформные расстройства, психогенные депрессивные состояния и реакции, невротическое развитие личности, хронические постреактивные изменения личности (этиопатогенетическим фактором всех заболеваний являются невроз и психологические причины), а также

посттравматическое стрессовое расстройство.

К пункту «а» относятся реактивные состояния с затяжным течением, а также резко выраженные невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, не поддающиеся лечению.

К пункту «б» относятся психотические расстройства с кратковременным благоприятным течением, умеренно выраженные, длительные (не менее 40 дней) или повторные невротические расстройства, когда болезненные проявления удерживаются, несмотря на проводимое лечение в стационарных условиях, и выражены в степени, затрудняющей исполнение служебных обязанностей.

К пункту «в» относятся умеренно выраженные, кратковременные невротические расстройства с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией.

К пункту «г» относятся незначительно выраженные, кратковременные невротические расстройства, хорошо поддающиеся лечению и закончившиеся выздоровлением, также невротические расстройства легкой степени выраженности, выявленные в момент освидетельствования, не затрудняющие исполнение служебных обязанностей.

Если у гражданина, поступающего на службу в органы принудительного исполнения, в анамнезе имеется указание на аутоагрессивное, демонстративно-шантажное поведение (шрамирование, модификации тела, тоннели в ушах, пирсинг языка, сплит языка), заключение выносится по пункту «в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
18 F00-F99	расстройства личности:				
	а) резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям	Д	Д	Д	Д
	б) умеренно выраженные	В	В	В	В
	в) явные акцентуации характера	Б-2	Б-2	Б-2	Б-2

Статья предусматривает расстройства личности; расстройства привычек и влечений; расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения; поведенческие расстройства, связанные с сексуальной ориентацией; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; нарушения психологического развития.

Освидетельствование сотрудников проводится после медицинского

обследования в стационарных условиях в условиях специализированной медицинской организации (отделения), изучения личного дела, служебной и медицинской характеристик.

К «а» относятся:

резко выраженные, не поддающиеся компенсации расстройства, требующие повторного и длительного лечения в стационарных условиях и (или) диспансерного наблюдения;

расстройства, сопровождающиеся коморбидной психиатрической патологией; татуировки на шее, лице или голове.

К пункту «б» относятся:

умеренно выраженные формы личностных расстройств, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций;

транзиторные (парциальные) расстройства личности, в том числе со стойкой компенсацией эмоционально-волевых и других патологических проявлений;

инфантильное расстройство личности;

расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения, при этом сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство.

К пункту «в» относятся явные акцентуации характера, являющиеся крайними вариантами нормы, при которых отдельные характерологические черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.

По пункту «в» после комплексного психолого-психиатрического медицинского обследования в стационарных условиях (в специализированном отделении) освидетельствуются граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, сотрудники, имеющие татуировки (агрессивно-угрожающего характера, демонстративно-протестного типа, татуировки больших размеров, криминального, оккультного, нецензурного, расистского, анти- или асоциального и другого специфического смыслового содержания), за исключением перечисленных в пункте «а».

Татуировками больших размеров считаются татуировки площадью более 5% поверхности тела.

Освидетельствуемые с психопатоподобными состояниями (изменениями личности), причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами и другими), освидетельствуются по тем статьям Расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии.

Случаи установочного, нарочитого поведения, проявления недисциплинированности, не вытекающие из всей патологической структуры личности, не могут оцениваться как признаки личностного расстройства.

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи, одновременно с заключением о категории годности к службе выносится заключение об их отстранении от управления транспортными средствами, работ на высоте, у движущихся механизмов, открытого огня, водоемов, от исполнения служебных обязанностей, связанных с ношением оружия, суточными

дежурствами, допуска к секретным материалам.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
19 F00-F99	психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ:				
	а) с выраженными и умеренными стойкими психическими нарушениями	Д	Д	Д	Д
	б) с незначительными психическими нарушениями и (или) отчетливыми вредными для психического или физического здоровья последствиями	В	В	В	В

Статья предусматривает психические и поведенческие расстройства, тяжесть которых варьируется (от злоупотребления психоактивными веществами с вредными последствиями без синдрома зависимости до психотических расстройств и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ (исключается зависимость от табака и кофеина).

Освидетельствование проводится после медицинского обследования в стационарных условиях.

Экспертная оценка выявленных фактов употребления наркотических средств в немедицинских целях в практической деятельности базируется на диагностических критериях эпизодического употребления наркотических средств или злоупотребления наркотическими средствами, таких как частота употребления и время употребления.

К пункту «а» относятся:

хронические алкогольные психозы;
хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания с выраженными и умеренными изменениями личности, интеллектуально-мнестическими нарушениями.

При внутривенном введении наркотического вещества независимо от периодичности, количества употреблений и их давности выносится заключение по пункту «а».

К пункту «б» относятся:

острые алкогольные психозы, хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания с незначительно выраженными изменениями личности;
патологическое алкогольное опьянение;

злоупотребление наркотическими и токсическими веществами (случаи повторного приема психоактивных веществ, сопровождающиеся отчетливыми вредными последствиями при отсутствии синдрома зависимости).

Единичное употребление психоактивных веществ в анамнезе не может служить основанием для применения настоящей статьи.

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по пунктам «а» или «б» настоящей статьи, одновременно с заключением о категории годности к службе выносится заключение об их отстранении от исполнения служебных обязанностей, связанных с ношением оружия, суточными дежурствами, допуска к секретным материалам.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
20 F00-F99	умственная отсталость:				
	а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности	Д	Д	Д	Д
	б) в легкой степени выраженности	В	В	В	В

Статья предусматривает все формы умственной отсталости.

При значительных и явных дефектах интеллекта вопрос о негодности к службе может быть решен без медицинского обследования в стационарных условиях.

При установлении диагноза определяющее значение имеют клинические диагностические критерии в сочетании с результатами экспериментально-психологического исследования мышления и интеллекта (коэффициент умственного развития в диапазоне 50 – 69 по результатам полного психометрического исследования интеллекта по Д. Векслеру). Если при установлении диагноза результаты врачебного медицинского обследования не соответствуют другим данным, характеризующим поведение освидетельствуемого в быту, на производстве, в подразделении, медицинское обследование в стационарных условиях обязательно.

Клинико-психопатологическая оценка состояния освидетельствуемого должна быть дополнена результатами соматоневрологического обследования и данными лабораторных и инструментальных методов исследования (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, рентгенография черепа, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга (далее – УЗДГ экстракраниальных и интракраниальных сосудов), ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, КТ и другие). Выбор методов определяется диагностическими задачами, которые обозначаются в процессе освидетельствования.

К пункту «а» относятся все формы глубокой, тяжелой и умеренной умственной отсталости.

К пункту «б» относится умственная отсталость легкой степени.

Таблица 5

Критерии выраженности умственной отсталости (по МКБ-10)

Код МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллектуальности
F70	Легкая	50 - 69
F71	Умеренная	35 - 49
F72	Тяжелая	20 - 34
F73	Глубокая	менее 20

Таблица 6

Классификация уровней интеллекта по Векслеру

Баллы	Классификация уровней интеллекта
130 и выше	Очень высокий
120 – 129	Высокий
110 – 119	Хорошая норма
90 – 109	Средний
80 – 89	Низкая норма
70 – 79	Пограничная зона
69 и ниже	Умственный дефект

6. Болезни нервной системы

Для значительного нарушения функций нервной системы (если иное не оговорено в соответствующей статье Расписания болезней) характерны: снижение мышечной силы конечностей от 0 до 2 баллов (по 6-балльной шкале оценки мышечной силы McPeakL., 1996; Вейсс М., 1986), выраженная дисфагия, афония, афазия, тазовые расстройства, выраженные мозжечковые и экстрапирамидные нарушения, выраженные нарушения праксиса, гнозиса,

речи, выраженный гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Для умеренного нарушения функций нервной системы характерны: снижение мышечной силы конечностей до 3 баллов, умеренно выраженные дисфагия, дизартрия, мозжечковые и экстрапирамидные нарушения, умеренно выраженный гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Для незначительного нарушения функций нервной системы характерны: снижение мышечной силы конечностей до 4 баллов, легкие дисфагия, дизартрия, мозжечковые и экстрапирамидные нарушения.

Категория годности к службе определяется по нарушению функции в преобладающих конечностях.

Таблица 7

Оценка мышечной силы (McPeakL, 1996; Вейсс М., 1986)

Количество баллов	Мышечная сила
0	Мышечное сокращение отсутствует
1	Видимое или пальпируемое сокращение мышечных волокон, но без локомоторного эффекта
2	Активные движения возможны лишь при устранении действия силы тяжести (конечность помещается на опору)
3	Активные движения в полном объеме при действии силы тяжести, умеренное снижение силы при внешнем противодействии
4	Активные движения в полном объеме при действии силы тяжести и другого противодействия, но они слабее, чем на здоровой стороне
5	Нормальная мышечная сила

Критерии выраженных клинических проявлений синдрома повышения внутричерепного давления: наличие головной боли, рвоты, когнитивных нарушений, глазодвигательных нарушений, нарушений походки, нарушений функций тазовых органов, застойных дисков зрительных нервов или вторичной атрофии дисков зрительных нервов; ликворное давление при люмбальной пункции в положении лежа свыше 300 мм водяного столба (далее - мм вод. ст.); наличие перивентрикулярного отека.

Критерии умеренно выраженных клинических проявлений синдрома повышения внутричерепного давления: наличие головной боли, начальных явлений застоя на глазном дне, ликворное давление при люмбальной пункции в положении лежа свыше 200 мм вод. ст.

При оценке выраженности синдрома внутричерепной гипертензии, кроме показателей давления спинномозговой жидкости, учитываются клинические проявления, наличие изменений на глазном дне, данные методов

нейровизуализации.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
21 G00-G99	эпилепсия и эпилептические приступы:				
	а) при эпилептических приступах с частотой 5 и более раз в год	Д	Д	Д	Д
	б) при однократном эпилептическом приступе в анамнезе в течение последних 5 лет или редких эпилептических приступах с частотой менее 5 раз в год	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) при однократном эпилептическом приступе в анамнезе (более 5 лет) или наличии эпилептиформной активности, выявленной по результатам электроэнцефалографии, без клинических проявлений	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-3

Эпилепсия – состояние характеризующееся повторными (2 и/или более) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами.

Эпилептический приступ – клиническое проявление аномального или избыточного разряда нейронов мозга. Клиническая картина представлена внезапными и транзиторными патологическими феноменами (изменения сознания, двигательные, чувствительные, вегетативные, психические симптомы, отмеченные больным или наблюдателем).⁶

Приступы, связанные с отменой алкоголя; приступы, развившиеся сразу после или в раннем периоде (до 10 недель) черепно-мозговой травмы, остром периоде инсульта, менингита, энцефалита (до 4 недель), при острой гипоксии) на фоне остановки сердечной деятельности, дыхания), вызванные опухолью головного мозга, лекарственными препаратами или другими химическими агентами; возникшие при соматогенно обусловленных метаболических энцефалопатиях; энцефалопатиях, вызванных воздействием неблагоприятных физических факторов; фебрильные судороги, а также вызванные ими патологические

⁶ Приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной комиссии».

изменения, выявленные на электроэнцефалограмме (в состоянии покоя или при функциональных нагрузках): пароксизмально регистрируемые острые и медленные волны различной амплитуды, комплексы острая-медленная волна и другие, межполушарная асимметрия не относятся к данной статье, освидетельствование проводится по заболеванию, вызвавшему припадок, с применением соответствующих статей Расписания болезней.

Наличие приступа в обязательном порядке должно быть подтверждено врачебным наблюдением, в дополнение к этому также могут быть приняты во внимание другие медицинские документы, подтверждающие эпилептический приступ.

В сомнительных случаях следует запрашивать данные по месту жительства, учебы, работы, службы. При этом подлинность подписей очевидцев эпилептических приступов должна быть нотариально удостоверена.

Лица, перенесшие эпилептический статус (следующий приступ наступает еще до выхода больного из предыдущего), с подтвержденным в стационарных условиях диагнозом, освидетельствуются по пункту «а» независимо от частоты эпилептических приступов.

В случаях, когда документами медицинской организации подтверждается установленный диагноз эпилепсии в прошлом, но за последние 5 лет эпилептические приступы не наблюдались, освидетельствование проводится по пункту «б» независимо от результатов проведенного ЭЭГ.

При наличии в анамнезе у гражданина, поступающего на службу в органы принудительного исполнения хотя бы одного приступа, подтвержденного медицинскими документами, наличия на ЭЭГ в покое или при функциональных нагрузках патологических изменений (пароксизмальная активность, межполушарная асимметрия) освидетельствование проводится по пункту «б».

В случаях однократных приступов (эпилептическая реакция) любого характера в прошлом или слабо выраженных и редко возникающих малых приступов, бессудорожных пароксизмах или специфических расстройствах настроения вопрос о категории годности сотрудников к дальнейшей службе решается только после медицинского обследования в стационарных условиях.

При эпилепсии, проявляющейся только фокальными приступами или эпилептическими приступами, развивающимися только во сне, освидетельствование проводится по пункту «б» вне зависимости от частоты приступов.

При наличии эпилептиформной активности на ЭЭГ (пики, острые волны, все виды комплексов пик-волна, полиспайки, фотопароксизмальная реакция) без клинических проявлений освидетельствование проводится по пункту «в».

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи, ВВК одновременно с заключением о категории годности к службе выносит заключение об их отстранении от исполнения служебных обязанностей, связанных с ношением оружия, суточными дежурствами, допуска к секретным материалам.

К данной статье относятся снохождение и снохождение в анамнезе при подтверждении результатами предыдущего наблюдения и медицинского

обследования в стационарных условиях. При отсутствии изменений на ЭЭГ освидетельствование производится по «пункту в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
22 G00-G99 в том числе G00-G09	воспалительные, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их последствия:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	В	В
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-4	Б-4	поступающие – Б-4 сотрудники – Б-3	Б-3

Наличие указанных в настоящей статье расстройств должно быть подтверждено медицинскими документами, сведениями из характеристик с места работы, учебы или службы о влиянии указанных расстройств на трудоспособность или исполнение должностных обязанностей, обязанностей в службе в органах принудительного исполнения, а диагноз – результатами клинических и специальных исследований. При этом заключение о категории годности к службе выносится после медицинского обследования в стационарных условиях.

Статья предусматривает инфекционные и паразитарные болезни центральной нервной системы и их последствия, поражения головного или спинного мозга при общих инфекциях, острых и хронических интоксикациях (менингит менингококковый, менингиты серозные, полиомиелит, клещевой и комариный вирусный энцефалиты, поражения нервной системы при туберкулезе, сифилисе), демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы.

К пункту «а» относятся:

болезни нервной системы, сопровождающиеся параличами или выраженными парезами, выраженным вторичным паркинсонизмом, выраженными распространенными гиперкинезами, атактическими расстройствами, гидроцефалией с синдромом повышения внутричерепного давления с выраженными клиническими проявлениями.

Лица, страдающие рассеянным склерозом, освидетельствуются по пункту «а» вне зависимости от степени нарушения функций.

К пункту «б» относятся остаточные явления и последствия заболеваний, которые по степени нарушения функций центральной нервной системы ограничивают возможность прохождения службы в органах принудительного исполнения, но не исключают ее полностью (остаточные явления энцефалита с умеренно выраженным парезом, гидроцефалия с синдромом повышения внутричерепного давления с умеренно выраженными клиническими проявлениями), а также с частыми (2 раза и более в год) и длительными (для граждан при поступлении на службу в органы принудительного исполнения – не менее 4 месяцев, для сотрудников – не менее 3 месяцев) периодами декомпенсации болезненных расстройств (у сотрудников – при условии лечения в стационарных условиях, пребывания в отпуске по болезни), препятствующих исполнению должностных обязанностей.

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 астено-невротическими проявлениями при безуспешности лечения. При улучшении состояния и восстановлении способности исполнять должностные обязанности освидетельствование проводится по пункту «г».

К пункту «г» относятся последствия и остаточные явления поражения нервной системы, при которых имеются незначительный астенический синдром, вегетативно-сосудистая неустойчивость и отдельные стойкие рассеянные органические знаки, не сопровождающиеся расстройством двигательных, чувствительных, координаторных и других функций нервной системы.

При наличии эмоционально-волевых или интеллектуально-мнестических расстройств, возникших вследствие перенесенного органического поражения головного мозга, инфекционного заболевания или интоксикации, освидетельствование проводится по статье 14 Расписания болезней.

Расширение желудочковой системы головного мозга оценивают по данным компьютерной (магнитно-резонансной) томографии. 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).

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
23 G00-G99 Q00-Q99 C00-D48	системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему, экстрапирамидные, другие дегенеративные болезни нервной системы, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, детский церебральный паралич, врожденные аномалии (пороки развития) нервной системы, опухоли головного, спинного мозга:				
	а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций или медленно прогрессирующим течением	В	В	В	В
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-4	Б-4	поступающие – В сотрудники – А-3	А-3	

Статья предусматривает церебральные дегенерации, болезнь Паркинсона, другие болезни экстрапирамидной системы (включая эссенциальный тремор), заболевания, сопровождающиеся тиками (синдром де ла Туретта – освидетельствование осуществляется совместно с врачами-психиатрами), спиноцеребеллярные дегенерации, доброкачественные новообразования головного и спинного мозга, детский церебральный паралич, врожденные аномалии (пороки развития), болезни нервно-мышечного соединения и мышц, а также другие болезни центральной нервной системы (гидроцефалия, церебральная киста и другие).

К данной статье не относится гидроцефальный синдром как проявление основных заболеваний, относящихся к статьям 22, 24, 25 Расписания болезней.

К пункту «а» относятся тяжелые врожденные аномалии (пороки развития) и болезни нервной системы, сопровождающиеся значительным нарушением функций (сирингомиелия, боковой амиотрофический склероз, миастения, амиотрофии (невральная, спинальная), наследственные формы атаксий, болезнь Паркинсона, начиная с 3-й стадии по Хен-Яру или при наличии флюктуаций и дискинезий, другие формы паркинсонизма (мультисистемная атрофия,

прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация), синдром де ла Туретта, детский церебральный паралич, миотонии, миопатии, миодистрофии и другие), доброкачественные новообразования головного, спинного мозга при невозможности их оперативного лечения или отказе от него, а также заболевания с быстро прогрессирующим течением.

Освидетельствование лиц с миастенией независимо от формы и результатов лечения по графам I, II Расписания болезней проводится по пункту «а». При освидетельствовании по III графе Расписания болезней лиц, страдающих генерализованной миастенией, независимо от результатов лечения заключение выносится по пункту «а». При освидетельствовании по III графе Расписания болезней лиц с глазной формой миастении заключение выносится по пункту «б».

К пункту «а» также относится эссенциальный тремор, сопровождающийся грубыми нарушениями письма (невозможность прочитать написанное освидетельствуемым, поставить подпись), нарушениями 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 заболевания, течение которых характеризуется медленным (на протяжении длительного времени) нарастанием симптомов (сирингомиелия с незначительной атрофией мышц и легким расстройством чувствительности, начальные стадии болезни Паркинсона при стабильном ответе на терапию).

К пункту «в» относятся медленно прогрессирующие болезни нервной системы, когда объективные признаки заболевания выражены в незначительной степени (сирингомиелия с нерезко выраженными диссоциированными расстройствами чувствительности, без трофических нарушений) или когда симптомы заболевания длительно сохраняются в одном и том же состоянии.

К этому же пункту относится резидуально-органическая недостаточность головного мозга неустановленного генеза или антенатальная, перинатальная и постнатальная энцефалопатии без психических расстройств, при наличии рассеянной очаговой симптоматики с изменениями на ЭЭГ в виде очагов патологической активности, пароксизмов при нормальной фоновой записи и (или) признаками внутричерепной гипертензии.

К пункту «г» относятся:

эссенциальный тремор без нарушения функции, не препятствующий исполнению служебных обязанностей;

гидроцефалия без признаков повышения внутричерепного давления, врожденные церебральные и спинальные кисты без нарушения функций, аденома гипофиза без клинических проявлений; резидуально-органическая недостаточность головного мозга неустановленного генеза или антенатальная, перинатальная и постнатальная энцефалопатии без психических расстройств, при наличии рассеянной очаговой симптоматики;

врожденный горизонтальный нистагм (появившийся с рождения или в раннем детстве, носящий стойкий характер и с возрастом почти не меняющийся), как проявление наследственной патологии ЦНС.

После радикального удаления, радиохирургического лечения доброкачественных опухолей головного и спинного мозга в отношении освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней заключение выносится по пункту «а», освидетельствуемых по III графе Расписания болезней освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функций.

При аденоме гипофиза, сопровождающейся клиническими проявлениями, освидетельствование проводится с одновременным применением пунктов «а» – «в» статьи 13 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
24 I00-I99 в том числе I60-I69	сосудистые заболевания головного и спинного мозга:				
	а) инсульты (последствия инсультов) с умеренным или значительным нарушением функций, дисциркуляторная энцефалопатия III стадии	Д	Д	Д	Д
	б) инсульты (последствия инсультов) с незначительным нарушением функций, частые преходящие нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия II стадии	В	В	В	В
	в) инсульты (последствия инсультов) при наличии объективных данных без нарушения функций и инсульт с восстановившимся неврологическим дефицитом, редкие преходящие нарушения мозгового кровообращения, частые обмороки, мигрень с частыми и длительными приступами	В	В	В	В
	г) дисциркуляторная энцефалопатия I стадии, начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	В	В	Б-3	Б-3

Статья предусматривает субарахноидальные, внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, преходящие нарушения мозгового

кровообращения, дисциркуляторную энцефалопатию, аневризмы, сосудистые мальформации и другие поражения сосудов головного и спинного мозга, а также их последствия.

К пункту «а» относятся:

стойкие значительные и умеренные нарушения функций нервной системы, наступившие вследствие острого нарушения церебрального и (или) спинального кровообращения;

дисциркуляторная энцефалопатия III стадии (наличие трех и более синдромов в сочетании с умеренной или тяжелой деменцией, с утратой способности к самообслуживанию).

К пункту «б» относятся:

незначительные нарушения функций нервной системы, наступившие вследствие острого нарушения церебрального и (или) спинального кровообращения;

дисциркуляторная энцефалопатия II стадии (неврологическая симптоматика носит стойкий, умеренно выраженный характер с признаками формирования не менее двух неврологических синдромов, в сочетании с умеренными когнитивными нарушениями, приводящими к нарушению профессиональной и социальной адаптации, снижению способности исполнять обязанности военной службы);

частые (3 раза и более в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (в том числе церебральные гипертонические кризы), требующие медицинского обследования в стационарных условиях и лечения с верификацией общемозговой и очаговой симптоматики, с обязательной ее оценкой в динамике.

К пункту «в» относятся:

редкие (не более 2 раз в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемии мозга, гипертонические церебральные кризы);

инсульты с восстановимым неврологическим дефицитом;

стенозирование общей и (или) внутренней сонной артерии доминантной или единственной позвоночной артерии 70 % и более или их окклюзия без клинических проявлений;

различные формы мигрени с частыми (1 раз и более в месяц) и длительными (сутки и более) приступами, потребовавшими лечения в стационарных условиях;

соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с частыми (1 раз и более в месяц) кризами, простыми или судорожными обмороками, подтвержденными медицинскими документами.

К пункту «г» относятся:

дисциркуляторная энцефалопатия I стадии (наличие рассеянных органических симптомов, легких когнитивных нарушений в сочетании с астено-невротическим синдромом, эмоциональной неустойчивостью);

начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения в виде отдельных нестойких органических микросимптомов, признаков вегетативно-сосудистой неустойчивости, легкого снижения отдельных когнитивных функций (внимания, регуляторные функции), астенического синдрома;

стенозирование общей и (или) внутренней сонной артерии доминантной или единственной позвоночной артерии от 30 до 69 % без клинических проявлений;

различные формы мигрени с частыми (1 раз и более в месяц) приступами, требующие лечение в амбулаторных условиях с временной утратой трудоспособности;

различные формы мигрени с редкими (менее 1 раза в месяц) приступами, потребовавшими лечения в стационарных условиях;

соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с редкими (менее 1 раза в месяц) кризами, простыми обмороками, подтвержденными медицинскими документами, а также при отсутствии кризового течения.

Лица, подверженные обморокам (в том числе в анамнезе), подлежат углубленному медицинскому обследованию и лечению.

Наличие соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы устанавливается только в тех случаях, когда не выявлено других заболеваний, сопровождающихся нарушениями функций вегетативной нервной системы. Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения при наличии обмороков вследствие заболеваний или расстройств (инфекции, травмы, интоксикации и другое) освидетельствуются по соответствующим статьям Расписания болезней. Частота обморочных состояний учитывается только по зафиксированным медицинскими документами случаям. При необходимости медицинского обследования применяется статья 28 Расписания болезней.

В отношении лиц, подверженных обморокам, независимо от их частоты, одновременно с заключением о категории годности к службе выносится заключение о негодности к службе с оружием, к работе с секретными документами.

В отношении сотрудников после впервые перенесенного преходящего нарушения мозгового кровообращения, инсульта с восстановимым неврологическим дефицитом в соответствии со статьей 28 Расписания болезней может быть вынесено заключение о необходимости предоставления освобождения или отпуска по болезни.

После перенесенного спонтанного (нетравматического) внутричерепного кровоизлияния в отношении освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней заключение выносится по пункту «а», освидетельствуемых по III графе Расписания болезней освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функций. При повторных субарахноидальных кровоизлияниях (независимо от этиологии) освидетельствование проводится по пункту «а».

При аневризмах и сосудистых мальформациях головного и спинного мозга (в том числе резидуальных), явившихся причиной острого нарушения мозгового (спинального) кровообращения и (или) эпилептического синдрома при невозможности хирургического (в том числе радиохирургического) лечения или отказе от него, освидетельствование проводится по пункту «а» независимо от степени выраженности остаточных явлений нарушений мозгового кровообращения и функций нервной системы.

После хирургического, внутрисосудистого, радиохирургического лечения по поводу аневризм, сосудистых мальформаций, поражений сосудов головного и спинного мозга или сосудистых поражений головного и спинного мозга в отношении освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней заключение

выносятся по пункту «а», а освидетельствуемых по III графе – по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от радикальности лечения, площади послеоперационного дефекта костей черепа, динамики восстановления нарушенных функций.

При наличии дефекта костей черепа применяются соответствующие пункты статьи 80 Расписания болезней.

При бессимптомных аневризмах, артериовенозных мальформациях освидетельствование проводится по пункту «в».

При установлении диагноза начальных проявлений недостаточности мозгового кровоснабжения и дисциркуляторной энцефалопатии необходимо руководствоваться следующими критериями: наличие одного из этиологических факторов (атеросклероз церебральных сосудов, венозная дисгемия головного мозга, артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гипергомоцистеинемия, заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, ревматические поражения, нарушения сердечного ритма и другие), заболевания крови, поражения сосудов головного мозга вследствие травм, инфекционных и системных заболеваний, аномалии развития сосудов, патология шейного отдела позвоночника, травмы головного мозга и другие); наличие жалоб, отражающих нарушение функционального состояния головного мозга; наличие клинических признаков органического поражения головного мозга (данные симптомы должны проявляться у освидетельствуемого не менее 1 раза в неделю на протяжении трех последних месяцев); наличие объективных признаков когнитивных нарушений, снижение скорости решения интеллектуальных задач без качественных изменений высших психических функций по данным нейропсихологического медицинского обследования; наличие признаков поражения цереброваскулярного русла (по данным ультразвукового сканирования брахиоцеребральных сосудов); наличие признаков структурных изменений мозгового вещества по данным МРТ (КТ). Нейропсихологическое медицинское обследование выявляет некоторую замедленность в решении интеллектуальных задач без качественных изменений высших психических функций.

Диагноз устанавливается при наличии не менее трех признаков и установлении причинно-следственных связей формирования клинических симптомов с факторами риска и изменениями, полученными при дополнительном медицинском обследовании.

Нейропсихологическое исследование включает проведение оценки по краткой шкале оценки психических функций (Folstein M. et al., 1975) и шкале оценки регуляторных функций (Dubous V. et al., 2000), но может дополняться и другими тестами.

У пациентов с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения головного мозга результаты тестирования могут соответствовать возрастной норме, однако чаще отмечается незначительное снижение, как правило, одного из показателей. Суммарный балл по краткой шкале оценки психических функций составляет 29 - 30 баллов, по шкале оценки регуляторных функций – 17 – 18 баллов. При дисциркуляторной энцефалопатии I стадии суммарный балл по краткой шкале оценки психических функций составляет 28 – 30 баллов, по шкале оценки регуляторных функций – 16 – 18 баллов, при дисциркуляторной энцефалопатии

II стадии суммарный балл по краткой шкале оценки психических функций составляет 24 – 27 баллов, по шкале оценки регуляторных функций – 12 – 15 баллов. У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией III стадии суммарный балл по краткой шкале оценки психических функций составляет менее 24, по шкале оценки регуляторных функций – менее 12 баллов.

В случае очевидного влияния перенесенной травмы головного мозга на развитие факторов риска дисциркуляторной энцефалопатии (в том числе артериальной гипертензии, посттравматического стрессового расстройства), подтвержденного медицинской документацией в течение не более двух лет после травмы, освидетельствование проводится, помимо соответствующих пунктов настоящей статьи, по пунктам «а» – «г» статьи 25 Расписания болезней в зависимости от степени нарушения функций.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
25 S00-T98	травмы головного и спинного мозга и их последствия. Последствия поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3 (ИНД)	Б-3
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-4	Б-4	Б-2	Б-2

Статья предусматривает наличие изменений центральной нервной системы и нарушение ее функций вследствие перенесенной травмы головного или спинного мозга, осложнений вследствие травматических повреждений центральной нервной системы, а также воздействия воздушной взрывной волны и внешних факторов.

Освидетельствование сотрудников проводится после лечения в стационарных условиях.

Отказ от исследования (люмбальная пункция) фиксируется собственноручно освидетельствуемым в акте медицинского освидетельствования.

К пункту «а» относятся:

последствия травматических повреждений со значительным нарушением функций головного или спинного мозга (ушибы и сдавления мозга, приводящие к стойким параличам или глубоким парезам, нарушению функций тазовых органов, и другие);

последствия травматических повреждений мозгового вещества с расстройством корковых функций (афазия, агнозия, апраксия и другие);

посттравматическая гидроцефалия, арахноидальные и порэнцефалические кисты с синдромом повышения внутричерепного давления с выраженными клиническими проявлениями.

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, координаторных нарушений;

посттравматическая гидроцефалия, арахноидальные и порэнцефалические кисты с синдромом повышения внутричерепного давления с умеренно выраженными клиническими проявлениями.

К пункту «в» относятся последствия травматического повреждения головного или спинного мозга, посттравматическая гидроцефалия, арахноидальные и порэнцефалические кисты, протекающие без синдрома повышения внутричерепного давления, при которых в неврологическом статусе выявляются рассеянные органические знаки (асимметрия черепной иннервации и анизорефлексия, легкие расстройства чувствительности и другие), сочетающиеся со стойкими астено-невротическими проявлениями и вегетативно-сосудистой неустойчивостью, а также старые вдавленные переломы черепа без признаков органического поражения и нарушения функций.

К пункту «г» относятся последствия травм головного или спинного мозга, при которых имеются отдельные рассеянные органические знаки, вегетативно-сосудистая неустойчивость и незначительные явления астенизации без нарушения двигательных, чувствительных, координаторных функций нервной системы.

При наличии эмоционально-волевых или интеллектуально-мнестических расстройств, возникших вследствие травмы головного мозга, освидетельствование проводится по статье 14 Расписания болезней.

При наличии последствий поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов (радиация, низкие и высокие температуры, свет, повышенное или пониженное давление воздуха или воды, другие внешние причины) освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» или «г» в зависимости от степени нарушения функций.

При наличии повреждений и дефектов костей черепа, кроме настоящей статьи, применяются также соответствующие пункты статьи 80 Расписания болезней.

Связь развития эпилепсии с ранее перенесенной травмой головного мозга устанавливается при впервые зарегистрированном приступе в период не ранее чем через 2 месяца и не позже 2 лет с момента получения травмы.

В отношении граждан, поступающих на службу в органы принудительного

исполнения, при наличии травмы головного или спинного мозга в анамнезе за последние 3 года (подтвержденной медицинскими документами) и отсутствии остаточных явлений и нарушений функции заключение выносится по пункту «г». В случаях, когда после полученной травмы прошло менее 1 года (заключение выносится на основании статьи 28 Расписания болезней), при отсутствии положительной динамики болезненных проявлений в результате проводимого лечения, а также при затяжных или повторных декомпенсациях – по пункту «в».

Сотрудники, направляемые для прохождения службы в местности с неблагоприятными климатическими условиями, признаются не годными к службе в течение 12 месяцев после травмы головного или спинного мозга. В дальнейшем годность определяется индивидуально в зависимости от степени выраженности нарушения функций центральной нервной системы.

В отношении лиц начальствующего состава при направлении их на освидетельствование в связи с продлением контракта или заключением нового в случае наличия травмы головного или спинного мозга в анамнезе за последние 12 месяцев заключение выносится по пункту «в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
26 G00-G99 в том числе G50-G59	болезни периферической нервной системы:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	В	В
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-4	Б-4	поступающие – Б-4 сотрудники – А	А

Статья предусматривает заболевания, первичные и вторичные поражения краниальных нервов (кроме II и VIII пар черепных нервов), спинальных нервов, корешков и ганглиев.

Проведение повторной электронейромиографии является обязательным исследованием для подтверждения диагноза, ограничивающего годность к службе.

К пункту «а» относятся:

последствия (неврологические симптомы, сохраняющиеся в течение 6 месяцев и более от начала заболевания нервной системы) полиневропатий, плексопатий воспалительного и интоксикационного происхождения, опухоли периферических

нервов, сопровождающиеся выраженными расстройствами движений, чувствительности и трофики (приведены в пояснениях к пункту «а» статьи 27 Расписания болезней);

частые (2 раза и более в год) и длительно протекающие обострения радикулопатии, сопровождающиеся стойким болевым синдромом с двигательными и вегетативно-трофическими нарушениями, требующими непрерывного продолжительного (4 месяца и более) лечения в стационарных и амбулаторных условиях;

тяжелые формы невралгии тройничного нерва при безуспешном лечении, выраженные нарушения после перенесенной невралгии лицевого нерва, проявляющиеся стойким лагофтальмом и (или) параличом (парезом) мимической мускулатуры со стойким нарушением жевательной функции.

К пункту «б» относятся:

заболевания периферических нервов и сплетений, при которых умеренно расстраивается основная функция;

хронические, рецидивирующие радикулопатии, плексопатии, невралгии, требующие непрерывного лечения в стационарных и амбулаторных условиях в течение 3 месяцев.

К пункту «в» относятся:

рецидивирующие болезни периферических нервов и сплетений с редкими обострениями без тенденции к нарастанию двигательных, чувствительных и трофических расстройств, последствия перенесенной невралгии лицевого нерва, проявляющиеся парезом мимической мускулатуры, без лагофтальма и расстройства жевательной функции;

нерезко выраженные остаточные явления, обусловленные перенесенными в прошлом обострениями, незначительно нарушающие функцию.

К пункту «г» относятся остаточные явления болезней периферических нервов в виде незначительных рефлекторных и (или) чувствительных нарушений, небольших атрофий или ослабления силы мышц, которые не нарушают функцию конечности и имеют тенденцию к восстановлению.

При вторичных поражениях периферической нервной системы применяются соответствующие статьи Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
27 S00-T98	травмы периферических нервов и их последствия: а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д

	б) с умеренным нарушением функций	В	В	В	В
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б	Б	поступающие – Б-4 сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:

последствия травм или ранений нервных стволов и сплетений при наличии выраженных и стойких двигательных, чувствительных расстройств, трофических расстройств (резко выраженные атрофии мышц при одностороннем процессе: плеча – свыше 4 см, предплечья – свыше 3 см, бедра – свыше 8 см, голени – свыше 6 см; хронические трофические язвы, пролежни и другие);

последствия повреждений, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом, требующим непрерывного лечения в стационарных и (или) амбулаторных условиях не менее 4 месяцев;

выраженные нарушения после перенесенной травмы лицевого нерва, проявляющиеся стойким лагофтальмом и (или) параличом (парезом) мимической мускулатуры со стойким нарушением жевательной функции.

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 пункту «в» относятся последствия повреждения нервов, сплетений, при которых функция конечности нарушается незначительно (повреждение одного лучевого или локтевого нерва, при котором снижена сила разгибателей кисти и ограничена ее тыльная флексия и другие); последствия перенесенной травмы лицевого нерва, проявляющиеся парезом мимической мускулатуры без лагофтальма и расстройства жевательной функции.

К пункту «г» относятся последствия повреждения нервов, когда их функции полностью восстановлены, а имеющиеся легкие остаточные явления в форме незначительно выраженных рефлекторных и (или) чувствительных нарушений или небольшого ослабления мышц, иннервируемых поврежденным нервом не ограничивают функцию конечности.

Проведение повторной электронейромиографии является обязательным исследованием для подтверждения диагноза, ограничивающего годность к службе.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
28 G00-G99 S00-T98	временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Статья предусматривает состояния после острых инфекционных, паразитарных заболеваний, интоксикационных поражений и травм периферической и центральной нервной системы, а также острых сосудистых заболеваний головного или спинного мозга, оперативного лечения.

Заключение ВВК о необходимости предоставления сотруднику отпуска по болезни (освобождения) выносится после перенесенного острого серозного менингита, менингеальной формы клещевого энцефалита, генерализованных форм менингококковой инфекции (менингит, менингоэнцефалит, менингококкцемия), смешанных форм полирадикулоневропатий и других воспалительных заболеваний с исходом в астеническое состояние после того, как закончено лечение и санирован ликвор. Критерием санации ликвора при менингококковом менингите является уменьшение цитоза ниже 50 клеток при числе лимфоцитов 95% и более.

При освидетельствовании сотрудников, перенесших черепно-мозговую или позвоночно-спинальную травму, выносится заключение о необходимости отпуска по болезни.

По истечении одного года с момента получения травмы сотрудники подлежат обязательному направлению на освидетельствование для определения категории годности к дальнейшей службе.

Граждане, перенесшие менингит либо менингоэнцефалит, при поступлении на службу в органы принудительного исполнения признаются временно не годными к службе, если после окончания лечения прошло менее 6 месяцев. При отсутствии резидуальных явлений или при наличии лишь рассеянных органических знаков, не сопровождающихся расстройством функций, граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения освидетельствуются по пункту «г» статьи 22 Расписания болезней.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, после острой черепно-мозговой или позвоночно-спинальной травмы признаются временно не годными сроком на 12 месяцев. В дальнейшем освидетельствование проводится на основании статьи 25 Расписания болезней.

В отношении сотрудников, освидетельствуемых по III графе Расписания болезней, после впервые перенесенного острого нарушения мозгового

кровообращения, завершившегося восстановлением функций нервной системы или астеническим состоянием, в случае благоприятного прогноза выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни.

7. Болезни глаза и его вспомогательных органов

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
29 S00-T98 H00-H59	болезни, исходы травм и ожогов век, конъюнктивы, слезных путей, глазницы:				
	а) выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы со значительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах	Д	Д	Д	Д
	б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах, а также резко выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
в) незначительно выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы, а также умеренно или незначительно выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	Б-3	Б-3	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А	

Статья предусматривает врожденные и приобретенные анатомические изменения или недостатки положения век, заболевания век, слезных путей, глазницы и конъюнктивы. Заключение о годности к службе в органах принудительного исполнения выносится в зависимости от степени выраженности анатомических изменений, тяжести течения заболевания, результатов лечения, функций глаза.

К пункту «а» относятся:

сращение 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, вызывающий раздражение глаза;

выворот, рубцовая деформация или недостатки положения век (кроме птоза), препятствующие закрытию роговой оболочки;

стойкий лагофтальм.

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 (не менее 2 раз 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 стационаре;

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;

состояния после реконструктивных операций на слезных путях с введением лакопротеза.

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 происхождения без изменений конъюнктивы, роговицы и без рецидивов трахоматозного процесса в течение года, ложная и истинная крыловидная плева без явлений прогрессирования не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При весеннем катаре и аллергических поражениях конъюнктивы в зависимости от степени выраженности, тяжести течения заболевания, частоты обострений и эффективности проводимого лечения освидетельствование проводится по пункту «б» или «в».

При последствиях трахомы со стойкими нарушениями функций глаза заключение выносится по соответствующим статьям Расписания болезней, предусматривающим эти нарушения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
30 H00-H59 S00-T98	болезни, исходы травм и ожогов склеры, роговицы, радужки, цилиарного тела, хрусталика, стекловидного тела, хориоидеи, сетчатки, зрительного нерва:				
	а) резко выраженные с прогрессирующим снижением зрительных функций или частыми обострениями на обоих глазах	Д	Д	Д	Д
	б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) умеренно выраженные, не прогрессирующие с редкими обострениями на одном глазу	Б-3	Б-3	Б-2	Б-2

Статья предусматривает хронические, трудноизлечимые или неизлечимые заболевания и исходы травм и ожогов.

В случаях с законченным процессом или не прогрессирующим течением с редкими обострениями (менее 2 раз в год), а также после пересадки тканей категория годности к службе в органах принудительного исполнения освидетельствуемых по графам I, II, III 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 освидетельствование проводится по статьям 8 или 10 Расписания болезней. Доброкачественные новообразования, не нарушающие функций глаза, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения, не являются основанием для применения статьи.

К пункту «а» относятся:

заболевания с прогрессирующим снижением зрительных функций и не поддающиеся консервативному или хирургическому лечению;

состояния после кератопротезирования на одном или обоих глазах;

тапеторетинальные абиотрофии независимо от функций глаза.

Пигментная дегенерация сетчатой оболочки с пигментом или без него в сочетании с расстройством темновой адаптации (гемералопией) должна быть подтверждена двукратным выполнением часовой адаптометрии с использованием контрольных методов исследования сумеречного зрения, методом зрительно-вызванных потенциалов.

Заключение о категории годности к службе по всем графам Расписания

болезней выносятся при стойком сужении поля зрения снизу и снаружи (по вертикальному и горизонтальному меридианам) от точки фиксации до уровня менее 30 градусов на обоих глазах – по пункту «а», на одном глазу – по пункту «б»; от 30 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, артификация на одном или обоих глазах;

наличие дегенеративно-дистрофических изменений на глазном дне (в частности, макулодистрофия, центральная и краевая дегенерация сетчатки, множественные хориоретинальные очаги, задняя стафилома, воспалительные заболевания, нарушения кровообращения сетчатки и зрительного нерва, изменение сетчатки при общих заболеваниях) при прогрессирующем снижении зрительных функций глаза;

инородное тело внутри глаза, не вызывающее воспалительных или дистрофических изменений.

Во всех случаях при наличии внутриглазных инородных тел вопрос о категории годности сотрудников к службе в органах принудительного исполнения решается не ранее чем через три месяца после ранения. При хороших функциях глаза, отсутствии воспалительных явлений и признаков металлоза указанные сотрудники годны к службе в органах принудительного исполнения с незначительными ограничениями.

При атрофии зрительного нерва категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от функций глаза. Сужение полей зрения (определяемое при ручной кинетической периметрии) не является основанием для вынесения диагноза «частичная атрофия зрительных нервов». Наличие атрофии зрительного нерва должно быть подтверждено специальными исследованиями. Если атрофия зрительного нерва является одним из признаков поражения нервной системы или следствием какого-либо заболевания, то освидетельствование проводится по основному заболеванию.

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере, по статье 36 Расписания болезней признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения, если после операции прошло менее 6 месяцев.

По истечении 6 месяцев после операции граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуются по соответствующим статьям Расписания болезней в зависимости от состояния зрительных функций на момент освидетельствования и документально подтвержденной до операции степени аметропии при отсутствии послеоперационных осложнений и дегенеративно-дистрофических изменений на роговице и глазном дне.

Сотрудники, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере, освидетельствуются по истечении 6 месяцев после операции. Заключение о категории годности к службе выносится по зрительным функциям

на момент освидетельствования и документально подтвержденной до операции степени аметропии при отсутствии послеоперационных осложнений.

При невозможности установить дооперационную степень аметропии вопрос о категории годности к службе решается положительно при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм.

Лица, перенесшие оптикореконструктивные операции на роговице или склере, выполненные по поводу документально подтвержденной (с учетом результатов ультразвуковой биометрии глазных яблок) близорукости до 6.0 дптр включительно (не ранее чем через 6 месяцев после оперативного лечения), за исключением лиц, перенесших поверхностную безлоскутную кератэктомия и аналоги, выполненные по поводу документально подтвержденной (с учетом результатов ультразвуковой биометрии глазных яблок) близорукости до 3.0 дптр включительно при отсутствии послеоперационных осложнений и дегенеративно-дистрофических изменений на роговице и глазном дне (не ранее, чем через 6 месяцев после оперативного лечения) не годны к службе на должностях, отнесенных к 1 группе предназначения.

Лица с периферическими хориоретинальными дистрофиями (дегенерациями), разрывами сетчатки без отслойки, в том числе перенесшими лазерную коагуляцию сетчатки, освидетельствуются не ранее чем через 6 месяцев после операции. Заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится по зрительным функциям на момент освидетельствования по статье 35 Расписания болезней. При отсутствии нарушения зрения и сужения полей зрения лица, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются годными к службе в органах понудительного исполнения в должностях, отнесенных к 3 и 4 группам предназначения.

Сотрудники с периферическими хориоретинальными дистрофиями (дегенерациями), разрывами сетчатки без отслойки, в том числе перенесшими лазерную коагуляцию сетчатки, при отсутствии нарушения зрения и сужения полей зрения, признаются годными к службе.

При афакии, артифакии на одном или обоих глазах в отношении сотрудников категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется по пункту «б» статьи 30, статье 35 Расписания болезней в зависимости от остроты зрения с практически переносимой коррекцией.

Вывих и подвывих хрусталика оцениваются как афакия. Афакия на одном глазу оценивается как двухсторонняя, если на втором глазу определяется помутнение хрусталика, понижающее остроту зрения этого глаза до 0.4 и ниже.

Поступающие на службу в органы принудительного исполнения при катаракте различного происхождения (кроме врожденной) освидетельствуются по пункту «б» статьи 30.

При врожденной катаракте, помутнении роговицы (травматического и нетравматического происхождения) категория годности к службе определяется в зависимости от остроты зрения с практически переносимой коррекцией и по соответствующим статьям Расписания болезней и ТДТ.

Так называемая цветная переливчатость, радужность, глыбки, зернышки и вакуоли хрусталика, обнаруживаемые только при исследовании со щелевой лампой, а также врожденное отложение пигмента на передней капсуле хрусталика,

не понижающее остроту зрения, не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При стойких абсолютных центральных и парацентральных скотомах на одном или обоих глазах категория годности к службе освидетельствуемых по графам I, II, III Расписания болезней определяется в зависимости от состояния функций глаза по соответствующим статьям Расписания болезней и ТДГ.

Лица с паренхиматозным кератитом сифилитического происхождения освидетельствуются по пункту «б» статьи 6 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
31 H00-H59	отслойка сетчатки:				
	а) нетравматической этиологии на обоих глазах	Д	Д	Д	Д
	б) посттравматической этиологии на обоих глазах	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3 (3 – ИНД)	Б-3
	в) любой этиологии на одном глазу	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3

К пункту «а» относятся также случаи безуспешного повторного хирургического лечения посттравматической отслойки сетчатки на обоих глазах при прогрессирующем снижении функций глаз.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
32 H00-H59	глаукома:				
	а) в развитой и последующих стадиях на обоих глазах	Д	Д	Д	Д

	б) то же на одном глазу	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) в начальной стадии, в стадии преглаукомы одного или обоих глаз	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

Наличие глаукомы должно быть подтверждено в условиях стационара с применением нагрузочных проб и компьютерной периметрии. Категория годности к службе в органах принудительного исполнения 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 выраженности экскавации диска зрительного нерва и другими.

По настоящей статье освидетельствуются также лица с вторичной глаукомой.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
33 H00-H59	глаукома: а) в развитой и последующих стадиях на обоих глазах	Д	Д	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	б) то же на одном глазу	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3

К пункту «а» относится также стойкая диплопия после травмы глазницы с повреждением мышц глаза. Если диплопия является следствием какого-либо заболевания, то освидетельствование проводится по основному заболеванию.

При наличии у освидетельствуемых двоения только при крайних отведениях глазных яблок в стороны и вверх освидетельствование проводится 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, освидетельствование проводится по основному заболеванию. Нистагмоидные подергивания глаз при крайних отведениях глазных яблок не являются препятствием к службе в органах принудительного исполнения.

При содружественном косоглазии менее 15 градусов диагноз должен быть подтвержден путем проверки бинокулярного зрения (наличие бинокулярного зрения является поводом для исключения содружественного косоглазия). При наличии бинокулярного зрения и угле косоглазия менее 15 градусов статья не применяется.

При других нарушениях бинокулярного зрения категория годности к службе определяется в зависимости от функций глаза по соответствующим статьям Расписания болезней и ТДГ.

При содружественном косоглазии более 15 градусов, паралитическом косоглазии без диплопии и при нарушениях бинокулярного зрения категория годности к службе и годность к службе в должности определяются в зависимости от функции глаза по соответствующим статьям Расписания болезней и ТДГ.

Врожденный горизонтальный нистагм (появляется с рождения или в раннем детстве, носит стойкий характер и с возрастом почти не изменяется) является проявлением наследственной патологии центральной нервной системы. Освидетельствование проводится по основному заболеванию с применением статьи 23 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
34 H00-H59 в том числе H52	нарушения рефракции и аккомодации:				
	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	Д	Д	Д	Б-2
	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	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) близорукость любого глаза в одном из меридианов более 6.0 дптр и до 8.0 дптр	Б-3	Б-3	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

	г) близорукость любого глаза на одном из меридианов более 3.0 дптр и до 6.0 дптр, дальняя близорукость любого глаза на 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	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А
--	---	-----	-----	-------------------------------------	---

Вид и степень аномалии рефракции определяются с помощью скиаскопии или рефрактометрии в состоянии циклоплегии.

В случае, когда при указанных в настоящей статье аномалиях рефракции по III графе Расписания болезней предусмотрена индивидуальная оценка годности к службе в органах принудительного исполнения, решающее значение придается остроте зрения с практически переносимой полной коррекцией зрения (до 1.0) любыми стеклами, в том числе и комбинированными, а также контактными линзами.

При стойком спазме, парезе или параличе аккомодации необходимо медицинское обследование с участием невролога, терапевта и при необходимости врачей других специальностей. Если стойкий спазм, парез или паралич аккомодации обусловлены заболеваниями нервной системы, внутренних органов, то освидетельствование проводится по основному заболеванию.

Спазм аккомодации является функциональным заболеванием, при котором рефракция, выявленная при циклоплегии, слабее, чем сила оптимальной отрицательной корригирующей линзы до циклоплегии.

При спазме, парезе аккомодации на одном или обоих глазах после безуспешного лечения в стационарных условиях категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется по статье 34 или 35 Расписания болезней в зависимости от остроты зрения с коррекцией и степени аметропии, возвращающихся к прежнему уровню после неоднократной циклоплегии.

При стойком параличе аккомодации на одном глазу категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от функций глаза.

При наличии у освидетельствуемых лиц привычно-избыточного напряжения аккомодации (ПИНА), ошибочно называемого спазмом аккомодации, категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется после проведенного амбулаторного лечения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
35 H00-H59, в том числе H53.5	Слепота, пониженное зрение, аномалии цветового зрения: 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	Д	Д	Д	Д
	б) острота зрения одного глаза 0.3 при остроте зрения другого глаза от 0.3 до 0.1	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) острота зрения одного глаза 0.4 при остроте зрения другого глаза от 0.3 до 0.1	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) дихромазия, цветослабость III - II степени	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

При военно-врачебной экспертизе полной остротой зрения считается, если правильно читаются все знаки в строке с наименьшей величиной знаков, соответствующих остроте зрения от 0.1 до 0.7, и ошибочном чтении не более одного знака в строке, соответствующей остроте зрения от 0.7 до 1.0.

При освидетельствовании обязательно определяется острота зрения без коррекции и с коррекцией. Необходимо определять степень амблиопии и выносить развернутый диагноз для экспертного заключения в соответствии со статьями Расписания болезней.

Степень амблиопии прямо пропорциональна уровню снижения зрения: I степень амблиопии – острота зрения 0,8 – 0,4; II степень – острота зрения 0,3 – 0,2; III степень – острота зрения до 0,1 – 0,05; IV степень – острота зрения ниже 0,04.

Острота зрения каждого глаза учитывается с коррекцией любыми стеклами, в том числе и комбинированными, а также контактными линзами (в случае хорошей (не менее 20 часов) переносимости, отсутствии диплопии, раздражения глаз), а у освидетельствуемых по III графе Расписания болезней – интраокулярными линзами. Лица, пользующиеся контактными линзами, должны иметь при себе обычные очки, острота зрения в которых не препятствует прохождению службы

в органах принудительного исполнения.

В случае применения освидетельствуемым для коррекции зрения ортокератологических (ночных) линз освидетельствование проводится после возвращения остроты зрения к исходным величинам и при наличии документально подтвержденной степени аметропии и оптической силы применяемой ортокератологической линзы с учетом остроты зрения до начала применения ортокератологических (ночных) линз.

Острота зрения, не препятствующая прохождению службы в органах принудительного исполнения для лиц, освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней, для дали должна быть не ниже 0.5 на один и 0.1 на другой глаз или не ниже 0.4 на каждый глаз. 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, то есть с разницей в силе стекол для обоих глаз не более 2.0 дптр. Коррекция астигматизма любого вида должна быть проведена цилиндрическими или комбинированными стеклами полностью по всем меридианам. Диагноз и экспертное заключение выносятся с учетом причин (заболеваний глаза), не позволяющих добиться полной коррекции зрения (до 1.0) по соответствующим статьям Расписания болезней.

Выявленные нарушения цветоощущения выражаются в виде цветослабости I, II, III степени соответственно на красный (протодефицит), зеленый (дейтодефицит) и синий (тритодефицит) цвета или дихромазии (цветослепоты – протанопии, дейтеранопии, тританопии).

Для диагностики форм и степеней понижения цветоощущения применяются пороговые таблицы для исследования цветового зрения, полихроматические таблицы Рабкина (преимущество отдается последним, как наиболее информативным).

Таблица 8

**Оценка функции цветоразличения по пороговым таблицам
для исследования цветового зрения**

Приемник номера тестов											Диагноз
Красный				Зеленый				Синий			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	нормальная трихромазия
-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	протодефицит I степени
-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	протодефицит II степени

-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	протодефицит III степени
-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	протанопия
+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	дейтодефицит I степени
+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	дейтодефицит II степени
+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	дейтодефицит III степени
+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	дейтеранопия
+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	тритодефицит I степени
+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	тритодефицит II степени
+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	тритодефицит III степени

8. Болезни уха и сосцевидного отростка

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
36 H00-H59	временные функциональные расстройства органа зрения после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
37 H60-H95 Q00-Q99	болезни наружного уха (в том числе врожденные): а) врожденное отсутствие ушной раковины	Д	Д	Д	Д
	б) двусторонняя микротия	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

	в) односторонняя микротия, экзема наружного слухового прохода и ушной раковины, хронический диффузный наружный отит, наружный отит при микозах, врожденные и приобретенные сужения наружного слухового прохода	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2
38 Н60-Н95	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	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	б) двусторонний или односторонний хронический средний отит, не сопровождающийся полипами, грануляциями в барабанной полости, кариесом кости и не сочетающийся с хроническими заболеваниями околоносовых пазух	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) остаточные явления перенесенного среднего отита, болезни со стойким расстройством барофункции уха	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

К пункту «а» также 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, состояние после радикальных операций на обоих ушах или состояние после тимпаноластики открытого типа при полной эпидермизации послеоперационных полостей – в отношении освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней.

Под стойкой сухой перфорацией барабанной перепонки следует понимать наличие перфорации барабанной перепонки при отсутствии воспаления среднего уха в течение 12 и более месяцев.

Наличие хронического гнойного среднего отита должно быть подтверждено отоскопическими данными (перфорация барабанной перепонки, отделяемое из барабанной полости), посевом отделяемого из барабанной полости на микрофлору, рентгенографией височных костей по Шюллеру и Майеру

или компьютерной томографией височных костей.

К пункту «б» относятся те же заболевания, что и в пункте «а» данной статьи, но без указанных в пункте «а» осложнений.

Для применения пунктов «а» и «б» статьи необходимо медицинское обследование придаточных пазух носа.

К пункту «в» относятся:

односторонние стойкие сухие перфорации барабанной перепонки;

адгезивный средний отит;

тимпаносклероз;

состояние после проведенной 12 и более месяцев назад радикальной операции или тимпанопластики открытого типа на одном ухе при полной эпидермизации послеоперационной полости.

При наличии остаточных явлений перенесенного среднего отита (рубцовые изменения барабанной перепонки, петрификаты барабанной перепонки при отоскопии), не ограничивающих подвижность барабанной перепонки, данный пункт статьи применяется только в случае снижения слуха, доказанного аудиометрическим исследованием.

Стойкий и резкий характер нарушения барофункций уха определяется по данным повторных исследований проходимости слуховой трубы, при необходимости – тимпанометрии.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
39 H60-H95	нарушения вестибулярной функции:				
	а) стойкие, значительно выраженные вестибулярные расстройства	Д	Д	Д	Д
	б) нестойкие, умеренно выраженные вестибулярные расстройства	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) стойкая и значительно выраженная чувствительность к вестибулярным раздражениям	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

При освидетельствовании граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения, по 1, 2 группам предназначения, сотрудников, проходящих службу в органах принудительного исполнения на должностях, отнесенных к 1, 2 группам предназначения, исследование вестибулярного аппарата

обязательно.

Приступы вестибулопатии должны быть подтверждены медицинскими документами (обращение в поликлинику к неврологу, оториноларингологу, отоневрологу с потерей трудоспособности в течение года не менее 2 раз; результатами наблюдения и лечения в стационарных условиях).

К пункту «а» относятся резко выраженные случаи вестибулопатий, приступы которых наблюдались при медицинском обследовании в стационарных условиях и подтверждены медицинскими документами.

К пункту «б» относятся случаи вестибулопатий, 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 органов и систем.

Применение статьи основывается на результатах проведения Отолитовой Реакции Воячека (ОР): оцениваются соматическая реакция, вегетативная реакция, длительность поствращательного нистагма.

Оценка соматической реакции (СР): СР I степени – отклонение туловища от вертикальной оси на 5 градусов; СР II степени – отклонение туловища от вертикальной оси от 5 до 30 градусов; СР III степени – отклонение туловища от вертикальной оси более 30 градусов, падение.

Оценка вегетативной реакции (ВР): ВР 0 степени - отсутствие вегетативных реакций; ВР I степени - субъективное ощущение легкой тошноты, головокружение; ВР II степени - усиление тошноты, бледность кожных покровов, холодный пот; ВР III степени - позывы на рвоту, рвота, обморок.

Статья не применяется, если по результатам проведения ОР: соматическая реакция (СР) I - II степени, вегетативная реакция (ВР) I степени, длительность поствращательного нистагма менее 30 секунд.

Статья применяется в следующих случаях: если по результатам ОР: СР II - III степени и ВР II - III степени, длительность поствращательного нистагма 30 секунд и более.

Результаты вестибулометрии оцениваются совместно с неврологом. При указании на временный характер вестибулярных расстройств необходимы всестороннее медицинское обследование и лечение в условиях неврологического стационара.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
40 H60-H95	глухота, глухонмота, понижение слуха:				
	а) глухота на оба уха или глухонмота, двусторонняя тугоухость IV степени	Д	Д	Д	Д
	б) двусторонняя тугоухость III степени, тугоухость II степени на одно ухо и III - IV степени на другое ухо, тугоухость III степени на одно ухо и IV степени на другое ухо	В	В	В	В
	в) двусторонняя тугоухость II степени, тугоухость III - IV степени на одно ухо и I степени на другое ухо	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	г) тугоухость II степени на одно ухо и I степени на другое ухо, односторонняя тугоухость III - IV степени	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
д) двусторонняя тугоухость I степени, односторонняя тугоухость I или II степени	Б-2	Б-2	Б-2	Б-2	

Глухота на оба уха или глухонмота должны быть удостоверены медицинскими организациями, организациями или учебными заведениями для глухонемых. Глухотой следует считать отсутствие восприятия крика ушной раковины (снижение слуха более чем 90 децибел по данным аудиограммы).

При определении степени понижения слуха необходимы специальные методы исследования: шепотной и разговорной речью, камертонами, тональной пороговой аудиометрией с обязательным определением барофункции ушей.

При понижении слуха, определяющем изменение категории годности к службе в органах принудительного исполнения, указанные исследования проводятся многократно (аудиометрия – не менее трех раз за период наблюдения).

При междушной разнице в восприятии шепотной речи более трех метров производится рентгенография височных костей по Стенверсу или компьютерная томография височных костей.

При атрезии слуховых проходов (одного или обоих) необходимо определение

степени снижения слуха с дальнейшим применением пунктов «а» – «д» данной статьи.

Определение степени тугоухости основывается на данных тональной аудиометрии по величине средней потери слуха на тоны 500, 1000, 2000 и 4000 (Л.В. Нейман (1961): к тугоухости I степени относится потеря слуха около 40 децибел, II степени - около 55 децибел, III степени - около 70 децибел, IV степени – около 90 децибел, большая потеря слуха расценивается как глухота.

При определении годности к службе в должностях, отнесенных к 1 и 2 группам предназначения, восприятие шепотной речи должно быть не менее 6 м на оба уха. Подтверждением отсутствия нарушения слуха является аудиограмма.

Сотрудники, проходящие службу в органах принудительного исполнения на должностях, отнесенных к 1 и 2 группам предназначения, при медицинском освидетельствовании ВВК (независимо от выслуги) должны иметь слух – 6 м с обеих сторон.

Дискантовая тугоухость (по данным аудиометрии) – снижение восприятия звуков на высоких частотах (4000, 8000 гц) при восприятии шепотной речи 5 м – не является основанием для применения данной статьи в отношении сотрудников, проходящих службу в органах принудительного исполнения на должностях, отнесенных к 3, 4 группам предназначения, а также в отношении граждан, поступающих на службу на должности, отнесенных к 3 и 4 группам предназначения.

Таблица 9

**Единая Международная классификация степеней тугоухости
(ВОЗ, 1997)**

Степень снижения слуха	Потеря слуха, дБ ⁷
I	26 - 40
II	41 - 55
III	56 - 70
IV	71 - 90
глухота	91 и выше

Для определения уровня восприятия разговорной и шепотной речи используется таблица (М. Portmann и Cl. Portmann), построенная на пересчете данных тональной аудиометрии.

⁷

дБ (децибел) - единица измерения интенсивности звуков - чем громче звук, тем больше число децибел

**Определение уровня восприятия разговорной и шепотной речи
(M. Portmann и Cl. Portmann)**

Степень снижения слуха	Потеря слуха, дБ	Показатели восприятия речи в метрах	
		шепотной	разговорной
I	26 – 40	3 - (1)	6 - 4
II	41 – 55	(< 1) - от уха	4 - 1
III	56 – 70	0	1 - 0,5
IV	71 – 90	0	крик от уха
глухота	91 и выше	0	0

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения на должности, связанные с несением постовой службы, и в подразделения – виды деятельности, отнесенные к 1 и 2 группам предназначения, не годны к службе при подозрении на глухоту на одно или оба уха.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
41 H60-H95 S00-T98	временные функциональные расстройства после: а) острого заболевания, обострения хронического заболевания уха, травмы уха и сосцевидного отростка или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г
S00-T98 J00-J99	б) травмы (перелом костей носа), хирургического лечения (септопластика, санирующие операции на придаточных пазухах носа, тонзиллэктомия)	Г	Г	Г	Г

К пункту «а» относятся:
острые отиты;
травмы уха и сосцевидного отростка;
хороший результат тимпаноластики с восстановлением целостности барабанной перепонки с улучшением слуха.

После тимпаноластики на одном ухе с хорошими результатами граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными к службе сроком на 12 месяцев после произведенной операции (подтверждено аудиометрией до и после операции). По истечении этого срока заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится с учетом нарушения восприятия шепотной речи. В случае отсутствия нарушения слуха граждане признаются годными к службе в органах принудительного исполнения.

При наличии снижения слуха освидетельствование проводится с учетом требований статьи 40 Расписания болезней.

К пункту «б» относятся:

состояния после saniрующих операций (в том числе после удаления кист(ы) гайморовой пазухи, полипотомии носа) на придаточных пазухах носа граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными на 6 месяцев (после эндоскопических операций - 1 месяц);

после подслизистой резекции носовой перегородки, граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными сроком на 6 месяцев, после тонзиллэктомии - на 12 месяцев;

после неосложненного перелома костей носа граждане признаются временно не годными к службе сроком на 6 месяцев.

9. Болезни системы кровообращения

При заболеваниях системы кровообращения сердечная недостаточность оценивается по функциональным классам (далее – ФК) в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964), стенокардия – в соответствии с Канадской классификацией (1976), нарушения ритма и проводимости сердца оцениваются по данным электрокардиографии в покое (по медицинским показаниям - другими методами оценки сердечного ритма и проводимости) с обязательной оценкой интервала PQ и расчетом скорректированного интервала QT, желудочковая экстрасистолия – в соответствии с клинической градацией по Лауну-Вольфу (B. Lown).

Для количественной оценки толерантности больного к физической нагрузке используются велоэргометрия, тредмил-тест.

Таблица 11

Классификация сердечной недостаточности (NYHA, 1964)

ФК	Клинические проявления
I ФК	Клинические проявления отсутствуют, нет сопутствующего ограничения физической активности; при инструментальном исследовании отмечаются признаки снижения сократительной функции миокарда, гипертрофии миокарда

II ФК	Дисфункция миокарда с умеренным ограничением физической активности; обычная физическая активность приводит к усталости, сердцебиению, одышке или стенокардии
III ФК	Застой в малом или большом круге кровообращения, выраженное ограничение физической активности; минимальная физическая нагрузка приводит к одышке или стенокардии, усталости, сердцебиению
IV ФК	Дальнейшее прогрессирование застойных явлений, неспособность переносить физическую нагрузку без чувства дискомфорта, синдром сердечной недостаточности или болевой синдром могут появляться даже в покое

Таблица 12

**Функциональные классы тяжести стабильной стенокардии напряжения
(Канадская ассоциация кардиологов, L. Campeau, 1976)**

ФК	Клинические проявления
I ФК	«Обычная повседневная физическая активность» (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной ФН. Велозргометрия (ВЭМ) – 100 Вт и более
II ФК	«Небольшое ограничение обычной физической активности», что означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние больше 500 м (более двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях. ВЭМ - 75 - 100 Вт.
III ФК	«Значительное ограничение обычной физической активности» - стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (менее 500 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях. ВЭМ - 50 - 75 Вт.
IV ФК	«Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без возникновения неприятных ощущений» стенокардия возникает во время ходьбы по ровному месту (менее чем на 100 м), стенокардия может возникнуть в покое. ВЭМ - 25 Вт и менее

**Клиническая градация желудочковой экстрасистолии
(B. Lown - M. Wolf, 1977)**

Градация	Количество экстрасистол
I	до 30 экстрасистол за любой час мониторирования
II	свыше 30 экстрасистол за любой час мониторирования
III	полиморфные (политопные) экстрасистолы
IVa	парные экстрасистолы
IVb	групповые экстрасистолы, триплеты и более, короткие пробежки желудочковой тахикардии
V	ранние желудочковые экстрасистолы типа R на T

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
42 I00-I99 в том числе I05-I09	ревматизм, другие ревматические и неревматические болезни сердца (в том числе врожденные):				
	а) с сердечной недостаточностью тяжелой степени тяжести	Д	Д	Д	Д
	б) с сердечной недостаточностью средней степени тяжести	Д	Д	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с сердечной недостаточностью легкой степени тяжести	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	г) с бессимптомной дисфункцией левого желудочка	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А-2	А-2

Проведение суточного мониторирования ЭКГ (холтеровского мониторирования ЭКГ) является обязательным при выявлении нарушений ритма и проводимости.

К пункту «а» относятся:

заболевания сердца с сердечной недостаточностью IV ФК;

комбинированные или сочетанные врожденные и приобретенные пороки сердца при наличии или отсутствии сердечной недостаточности;

изолированные врожденные и приобретенные аортальные пороки сердца

при наличии сердечной недостаточности II - IV ФК;

изолированный стеноз левого атриовентрикулярного отверстия;

дилатационная и рестриктивная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия независимо от наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка, аритмогенная дисплазия правого желудочка, синдром Бругада;

последствия оперативных вмешательств на клапанном аппарате сердца, имплантации электрокардиостимулятора или антиаритмического устройства при наличии сердечной недостаточности I - IV ФК;

стойкие, не поддающиеся лечению нарушения ритма сердца и проводимости (полная атриовентрикулярная блокада (далее - АВ-блокада), АВ-блокада II степени с синдромом Морганьи-Адамса-Стокса (далее - синдром МАС) или с сердечной недостаточностью II - IV ФК; желудочковая экстрасистолия IV - V градации по В. Lown; пароксизмальные желудочковые тахикардии; синдром слабости синусового узла), постоянная форма мерцания предсердий с сердечной недостаточностью.

В отдельных случаях сотрудники, не достигшие предельного возраста пребывания на службе в органах принудительного исполнения, после имплантации электрокардиостимулятора или антиаритмического устройства при сохраненной способности исполнять должностные обязанности могут быть освидетельствованы по пункту «в».

Сотрудники органов принудительного исполнения, имеющие специальные звания среднего, старшего и высшего начальствующего состава, при сохраненной способности исполнять должностные обязанности и не достигшие предельного возраста, после успешной радиочастотной абляции по поводу атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии, дополнительных путей проведения и синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (далее - синдром WPW) могут быть освидетельствованы по пункту «в».

К пункту «б» относятся:

врожденные и приобретенные пороки сердца при наличии сердечной недостаточности I ФК и (или) регургитации 2 и большей степени при недостаточности аортального, митрального, трикуспидального клапанов;

незаращение боталова протока, дефект межжелудочковой перегородки без сердечной недостаточности.

Лица со стойкими нарушениями ритма сердца (аритмии длительностью более 7 суток, требующие антиаритмической терапии или катетерной абляции и возобновляющиеся после прекращения лечения), проводимости с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями, желудочковой экстрасистолией III градации по В. Lown, синдромом WPW, постоянными АВ-блокадами II степени без синдрома МАС, синоатриальной (синоаурикулярной) блокадой (далее - СА-блокада) II степени, полными блокадами ножек пучка Гиса освидетельствуются по пункту «а» или «б» в зависимости от ФК сердечной недостаточности. При отсутствии или наличии сердечной недостаточности I, II ФК освидетельствование проводится по пункту «в».

Неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром Клерка-Леви-Кристеско, не сопровождающийся пароксизмальными нарушениями ритма, не являются основанием для применения настоящей статьи и не препятствуют прохождению

службы в органах принудительного исполнения.

Синдром удлиненного интервала QT, диагностируемого при наличии одного скорректированного интервала QT продолжительностью 480 мс и более при повторной регистрации электрокардиографии в покое и отсутствии приема лекарственных препаратов, удлиняющих интервал QT.

Синдром укороченного интервала QT, диагностируемого при наличии уменьшения продолжительности скорректированного интервала QT 340 мс и менее.

Освидетельствуемым по графам I, II Расписания болезней с изолированными приобретенными пороками сердца (кроме указанных в пункте «а») заключение выносится по пункту «б» или «в» в зависимости от наличия сердечной недостаточности.

Освидетельствуемым по III графе Расписания болезней с изолированными аортальными пороками сердца (кроме указанных в пункте «а») заключение выносится по пункту «в».

К пункту «в» относятся:

заболевания сердца с сердечной недостаточностью II ФК;

врожденные клапанные пороки сердца при отсутствии сердечной недостаточности;

дефект межпредсердной перегородки без сердечной недостаточности;

повторные атаки ревматизма;

первичный пролапс митрального или клапанов сердца, миокардитический кардиосклероз, сопровождающиеся стойким нарушением ритма сердца, проводимости и (или) сердечной недостаточностью II ФК;

кардиосклероз любого генеза, сопровождающийся нарушением ритма сердца и (или) проводимости;

состояния после хирургического лечения по поводу врожденных или приобретенных пороков сердца, имплантации электрокардиостимулятора или антиаритмического устройства, при отсутствии признаков сердечной недостаточности.

Сотрудники, не достигшие предельного возраста пребывания на службе, после хирургического лечения по поводу врожденных или приобретенных пороков сердца могут направляться на освидетельствование для определения категории годности к службе в органах принудительного исполнения через 4 месяца после операции.

При наличии неполной блокады ветвей левой ножки пучка Гиса при отсутствии или наличии сердечной недостаточности освидетельствование проводится по пункту «в» или «г».

Сердечная недостаточность I - II ФК должна быть подтверждена кардиогемодинамическими показателями, выявляемыми при Эхо-КГ, результатами велоэргометрии или тредмил-теста, а также теста 6-минутной ходьбы в сочетании с анализом клинических проявлений заболевания.

Освидетельствуемые по графам I, II Расписания болезней, перенесшие острую ревматическую лихорадку, по пункту «в» признаются ограниченно годными к службе.

К пункту «г» относятся:

исходы заболевания мышцы сердца, миокардиосклероз, первичный пролапс

митрального и других клапанов сердца, сопровождающиеся сердечной недостаточностью I ФК;

AV-блокада I степени;

двухстворчатый аортальный клапан без признаков аортальной регургитации, аневризма межпредсердной перегородки, открытое овальное окно без сброса крови.

Функциональная (вагусная) AV-блокада I степени (нормализация атриовентрикулярной проводимости возникает при физической нагрузке (из расчета на число сердечных сокращений) или после внутривенного введения атропина сульфата из расчета 0,020 - 0,025 мг на 1 кг массы тела) не является основанием для применения настоящей статьи и не препятствует прохождению службы в органах принудительного исполнения.

Перенесенные неревматические миокардиты без перехода в миокардиосклероз и при отсутствии нарушений ритма сердца и проводимости не являются основанием для применения настоящей статьи.

Степени выраженности пролапса митрального клапана: 1 степень – прогибание створки от 3 до 6 мм; 2 степень – прогиб створки до 9 мм; 3 степень – створка прогибается более чем на 9 мм.

Необходимо различать истинный пролапс створок и их волнообразное провисание (billowing). Пролабирование или провисание одной или обеих створок митрального клапана в систолу считается истинным только в том случае, если оно регистрируется в двух эхокардиографических позициях: апикальной четырехкамерной и парастернальной по длинной оси левого желудочка. Обязательной по протоколу исследования является оценка толщины створки клапана, которую необходимо определять в фазу диастолы в средней части вне зоны отхождения хорд. Увеличение толщины створки более 3 мм свидетельствует о патологических изменениях (миксоматоз и другие).

Выделяют: физиологический пролапс митрального клапана (до 3 мм) – без нарушения его функции; патологический пролапс митрального клапана – с патологической митральной регургитацией.

Оценку степени митральной и трикуспидальной регургитации необходимо проводить с учетом разных размеров предсердий в зависимости от анатомических особенностей пациента и определять по глубине проникновения регургитационного потока в полость предсердия, условно разделив полость предсердия на 4 части, и соответственно разделению выделять 4 степени регургитации (1 степень - регургитация на 1/4 глубины полости предсердия, 2 степень – регургитация на 1/2 глубины полости предсердия, 3 степень - регургитация на 3/4 глубины полости предсердия, 4 степень - регургитация на всю глубину полости предсердия). К протоколу ЭХО-КГ обследования обязательно прилагается графическое изображение, подтверждающее выявленную степень пролабирования и (или) регургитации. Протокол ЭХО-КГ обследования должен быть подтвержден подписями врача ультразвуковой (функциональной) диагностики и начальника (заведующего) отделения, в котором проводилось ЭХО-КГ обследование.

Под нарушением внутрисердечной гемодинамики следует считать постоянную регургитацию 1 степени и более. Приклапанная (минимальная) регургитация относится к регургитации 1 степени.

Диагноз патологического пролапса митрального клапана выставляется только при пролабировании створок в двух проекциях и патологической регургитации на МК (умеренная или значительная степень).

Гражданам, освидетельствуемым по I графе при впервые выявленном пролапсе митрального или других клапанов сердца I степени с регургитацией I степени или без нее, выполняется комплекс стандартных исследований (Эхо-КГ, нагрузочная проба и суточное мониторирование ЭКГ), и по статье 48 Расписания болезней они признаются временно не годными к службе на 6 месяцев. В последующем данным гражданам проводятся повторные исследования (Эхо-КГ, нагрузочная проба и суточное мониторирование ЭКГ); и при отсутствии отрицательной динамики (увеличение степени пролабирования створок клапанов, степени регургитации), нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б», «в» настоящей статьи, они признаются годными к службе в органах принудительного исполнения. При наличии пролапса митрального или других клапанов сердца I степени с транзиторной (непостоянной) регургитацией I степени (в том числе при выполнении нагрузочных проб) медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи.

В случае выявления пролапса митрального или других клапанов сердца с регургитацией или без регургитации как проявления классифицируемых наследственных нарушений соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенного остеогенеза и другие) освидетельствование проводится по основному заболеванию.

Регургитация I степени на клапане легочной артерии при отсутствии легочной гипертензии, на трикуспидальном, митральном клапанах при отсутствии органических изменений створок клапанов, без пролабирования створок данных клапанов, без пороков данных клапанов, без нарушения размеров и геометрии полостей сердца, без нарушения ритма и проводимости, не сопровождающаяся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам ВЭМ, считается функциональной и не является основанием для применения настоящей статьи.

При выявлении регургитации I степени на аортальном клапане ее следует расценивать (независимо от остальных показателей) как недостаточность аортального клапана.

Малые аномалии сердца или их сочетание, не изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и не сопровождающиеся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам ВЭМ, не являются основанием для применения настоящей статьи.

При нарушениях ритма и проводимости, связанных (возникших вследствие заболеваний) с ревматизмом, другими ревматическими и неревматическими болезнями сердца (в том числе врожденными), освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» данной статьи.

При нарушениях ритма и проводимости, возникших вследствие ишемической болезни сердца, освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» статьи 44 Расписания болезней.

При наличии легочно-сердечной недостаточности (легочного сердца) освидетельствование проводится с учетом степени дыхательной недостаточности.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие первичный активный ревматизм без формирования порока сердца, в течение 5 лет освидетельствуются по пункту «в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
43 I00-I99, в том числе I10-I15	гипертоническая болезнь: а) со значительным нарушением функции «органов-мишеней»	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функции «органов-мишеней»	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-4
	в) с незначительным нарушением функции «органов-мишеней»	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	г) без нарушения функции «органов-мишеней»	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А (2 - ИНД)	А
	д) артериальная гипертензия, впервые выявленная	Г	Г	поступающие – Г сотрудники – Б-3	Б-3

В целях военно-врачебной экспертизы используется классификация степеней артериальной гипертензии (ВНОК, 2010) и трехстадийная классификация гипертонической болезни (ВОЗ, 1996, ВНОК, 2010) в зависимости от степени нарушения функции «органов-мишеней».

К пункту «а» относятся:

гипертоническая болезнь III стадии;

гипертоническая болезнь II стадии кризового течения с гипертоническими кризами не менее трех раз в год, зафиксированных в условиях стационарных условиях при адекватном лечении.

Гипертоническая болезнь III стадии характеризуется наличием одного или нескольких ассоциированных (сопутствующих) состояний (крупноочаговый инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, при условии исключения специфического характера аневризмы, геморрагический, ишемический инсульты, генерализованное сужение артерий сетчатки с кровоизлияниями или экссудатами и отеком соска зрительного нерва, с нарушением функции почек с уровнем сывороточного креатинина более 133 мкмоль/л для мужчин и более 124 мкмоль/л для женщин и (или) клиренсом креатинина менее 60 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта), протеинурией более 300 мг/сут.), высокими показателями артериального давления (в покое систолическое давление составляет 180 мм рт. ст.

и выше, диастолическое – 110 мм рт. ст. и выше), подтвержденными в том числе результатами суточного мониторирования артериального давления. Показатели артериального давления могут быть снижены у лиц, перенесших инфаркт миокарда или инсульт.

В случае если диагноз III стадии гипертонической болезни установлен только в связи с перенесенными малым инсультом и (или) мелкоочаговым инфарктом миокарда, сотрудники освидетельствуются по пункту «б» настоящей статьи.

К пункту «б» относится гипертоническая болезнь II стадии (в покое систолическое давление составляет 160 - 179 мм рт. ст., диастолическое - 100 - 109 мм рт. ст.) со стойким повышением артериального давления, требующим для нормализации постоянной медикаментозной терапии, подтвержденная в том числе результатами повторного суточного мониторирования артериального давления и умеренным нарушением функции «органов-мишеней».

В клинической картине II стадии гипертонической болезни преобладают сосудистые расстройства, которые не всегда тесно и непосредственно связаны с гипертензивным синдромом (инфаркт миокарда, стойкие или преходящие нарушения ритма сердца и (или) проводимости, наличие атеросклеротических изменений в магистральных артериях с умеренным нарушением функции и другие). Кроме того, возможны церебральные расстройства: гипертонические церебральные кризы, транзиторные ишемические атаки или дисциркуляторная энцефалопатия I - II стадии с двигательными, чувствительными, речевыми, мозжечковыми, вестибулярными и другими расстройствами, а также стенокардия напряжения II ФК и (или) хроническая сердечная недостаточность I - II ФК.

Для II стадии гипертонической болезни характерны также: гипертрофия левого желудочка (выявляемая при рентгенологическом исследовании (кардиоторакальный индекс более 50%), электрокардиографии (признак Соколова-Лайона более 38 мм, Корнельское произведение более 2440 ммхмс), эхокардиографии (индекс массы миокарда левого желудочка более 125 г/м² для мужчин и более 110 г/м² для женщин) и 1 - 2 дополнительных изменения в «органах-мишенях»: сосудах глазного дна выявленное неоднократно в динамике генерализованное или фокальное сужение сосудов сетчатки), почках (микроальбуминурия 30 - 300 мг/сут., протеинурия и (или) уровень креатинина 115 - 133 мкмоль/л для мужчин и 107 - 124 мкмоль/л для женщин; клиренс креатинина 60 - 89 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта) и магистральных артериях (ультразвуковые или рентгеноангиографические признаки атеросклеротического поражения сонных, подвздошных и бедренных артерий, аорты: толщина комплекса «интима-медиа» более 0,9 мм и (или) атеросклеротические бляшки в них).

К пункту «в» относится гипертоническая болезнь I стадии с повышенными показателями артериального давления с незначительным нарушением функции органов-мишеней (в покое - систолическое давление составляет 140 - 159 мм рт. ст., диастолическое - 90 - 99 мм рт. ст.).

При I стадии гипертонической болезни возможно кратковременное повышение артериального давления до более высоких цифр.

К пункту «г» относится гипертоническая болезнь I стадии с показателями артериального давления (в покое - систолическое давление составляет 140 - 149 мм

рт. ст., диастолическое - 90 - 94 мм рт. ст.).

Характеризуется стойким повышением артериального давления при отсутствии признаков поражения «органов-мишеней» (нет гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ, изменений глазного дна).

При впервые выявленной артериальной гипертензии граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными на срок 3 месяца по пункту «д». Повторное освидетельствование проводится после верификации диагноза (данные биохимического анализа крови, исследования глазного дна, Эхо-КГ, двукратного суточного мониторирования артериального давления, ультразвукового исследования почек и надпочечников).

Диагноз гипертонической болезни стадии может рассматриваться при уровне АД 140/90 мм рт. ст. и выше.

При наличии синдрома повышенного артериального давления, тесно связанного с наличием вегетативных расстройств (гипергидроз кистей рук, «красный» стойкий дермографизм, лабильность пульса и артериального давления при перемене положения тела и других), освидетельствование проводится на основании статьи 47 Расписания болезней.

В каждом случае гипертонической болезни проводится дифференциальная диагностика с симптоматическими гипертензиями. Освидетельствование лиц с симптоматической артериальной гипертензией проводится по основному заболеванию.

При выявлении ассоциированных с гипертонической болезнью заболеваний медицинское освидетельствование проводится также на основании соответствующих статей Расписания болезней.

Наличие гипертонической болезни у лиц, освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней, должно быть подтверждено медицинским обследованием в стационарных условиях и результатами документально подтвержденного предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев с обязательным неоднократным выполнением суточного мониторирования артериального давления.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
44 I00-I99, в том числе I10-I15	ишемическая болезнь сердца:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3

	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
--	--	---	---	-------------------------------------	-----

Наличие ишемической болезни сердца должно быть подтверждено инструментальными методами исследования (обязательные: электрокардиография в покое и с нагрузочными пробами, суточное мониторирование электрокардиограммы, эхокардиография; дополнительные: стресс-эхокардиография, коронарография и другие исследования).

Таблица 14

Оценка толерантности к физической нагрузке по данным ВЭМ

Функциональный класс	Мощность пороговой нагрузки (Вт)	Двойное произведение, усл. ед. ЧСС x АД / 100)
I	> 125	> 248
II	75 - 100	185 - 247
III	50	126 - 184
IV	< 25	< 125

К пункту «а» относятся:

стенокардия напряжения IV и III ФК;

хроническая сердечная недостаточность IV и III ФК.

К этому же пункту относятся (независимо от выраженности стенокардии и сердечной недостаточности):

аневризма сердца или крупноочаговый кардиосклероз, развившийся в результате трансмурального или повторных инфарктов миокарда;

стойкие, не поддающиеся лечению формы нарушения ритма и проводимости сердца (полная АВ-блокада, АВ-блокада II степени с синдромом МАС, пароксизмальные желудочковые тахикардии, желудочковая экстрасистолия IV - V градации по В. Lown, синдром слабости синусового узла), постоянная форма мерцания предсердий с сердечной недостаточностью вследствие ишемической болезни сердца;

распространенный стенозирующий процесс (свыше 75 % в двух и более коронарных артериях); 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.

Освидетельствуемым по графам I, II Расписания болезней после имплантации электрокардиостимулятора и (или) антиаритмического устройства, перенесшим коронарное шунтирование, коронарную ангиопластику, заключение выносится по пункту «а». Сотрудникам, не достигшим предельного возраста пребывания

на службе в органах принудительного исполнения, освидетельствование для определения категории к службе проводится через 4 месяца после операции. Сотрудникам, направленным на освидетельствование в связи с увольнением со службы, заключение выносится по пункту «а». Сотрудники при сохраненной способности исполнять должностные обязанности освидетельствуются по пункту «б».

К пункту «б» относятся:

стенокардия напряжения II ФК;

хроническая сердечная недостаточность II ФК;

окклюзия или стеноз (более 75%) одной крупной коронарной артерии (кроме указанных в пункте «а»).

После перенесенного мелкоочагового инфаркта миокарда при вазоспастической стенокардии освидетельствование сотрудников проводится по пунктам «а» или «б» в зависимости от степени выраженности атеросклероза коронарных артерий и (или) сердечной недостаточности.

Лица со стойкими нарушениями ритма сердца и проводимости длительностью более 7 суток, требующиеся антиаритмической терапией или катетерной абляции и возобновляющиеся после прекращения лечения, с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями, желудочковой экстрасистолией III градации по В. Lown, синдромом WPW, постоянными АВ-блокадами II степени без синдрома МАС, СА-блокадой II степени, полными блокадами ножек пучка Гиса вследствие ишемической болезни сердца, освидетельствуются по пункту «а» или «б» в зависимости от ФК сердечной недостаточности и (или) стенокардии.

При наличии неполной блокады ветвей левой ножки пучка Гиса при отсутствии или наличии сердечной недостаточности вследствие ишемической болезни сердца освидетельствование проводится по пункту «б» или «в».

К пункту «в» относятся:

стенокардия напряжения I ФК;

хроническая сердечная недостаточность I ФК.

При наличии безболевой (немой) ишемии миокарда, кардиального синдрома Х (микроваскулярной дисфункции миокарда, патологических мышечных мостиков) заключение выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени выраженности атеросклероза коронарных артерий по данным коронарографии и (или) результатов проведения электрокардиографии с физической нагрузкой (велозергометрии, тредмил-теста).

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
45 I00-I99 Q00-Q99	болезни, врожденные аномалии развития и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов:				
	а) со значительным нарушением кровообращения и функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением кровообращения и функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с незначительным нарушением кровообращения и функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3 (3 - ИНД)	Б-3
	г) при наличии объективных данных без нарушения кровообращения и функций	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

При наличии медицинских показаний освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него категория годности к службе определяется в зависимости от выраженности патологического процесса.

Хроническая венозная недостаточность (далее - ХВН) - это патологическое состояние, характеризующееся прежде всего застоем крови в венах нижних конечностей, проявления которого варьируют от синдрома «тяжелых ног» до венозных язв.

Таблица 15

Классификация ХВН в зависимости от тяжести течения (2000)

Стадия	Симптомы
0	симптомы не наблюдаются
I	тяжесть в ногах, боль, отечность, судороги
II	отечность усиливается, пигментация кожи становится все заметнее, есть сухая или мокнущая экзема
III	трофические язвы

К пункту «а» относятся:

артериальные и артериовенозные аневризмы магистральных сосудов;
облитерирующий атеросклероз, эндоартериит, тромбангиит, аорто-артериит сосудов конечностей IV стадии;

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 III степени (недостаточность клапанов глубоких, подкожных и коммуникантных вен с наличием стойких отеков, гиперпигментации и истончения кожи, индурации, дерматита, открытых или заживших язв (постязвенные рубцы);

наличие имплантированного кава-фильтра;

слоновость (лимфедема) IV степени;

ангиотрофоневрозы IV стадии (гангренозно-некротической);

последствия реконструктивных операций на крупных магистральных (аорта, подвздошная, бедренная, брахиоцефальная артерии, воротная или полая вена) и периферических сосудах при сохраняющемся выраженном нарушении кровообращения и прогрессирующем течении заболевания.

К пункту «б» относятся:

облитерирующий атеросклероз, тромбангиит и аортоартериит сосудов конечностей III стадии;

посттромботическая или варикозная болезнь отечно-индуративной формы с хронической венной недостаточностью II степени (отеки стоп и голеней, не исчезающие полностью за период ночного отдыха, зуд, гиперпигментация, истончение кожи, явления липодермосклероза, сухая или мокнущая экзема, отсутствие язв);

слоновость III степени;

ангиотрофоневрозы III стадии;

варикозное расширение вен семенного канатика III степени (канатик опускается ниже нижнего полюса атрофированного яичка, имеются постоянный болевой синдром, нарушение сперматогенеза, протеинурия, гематурия).

Сотрудники при наличии варикозного расширения вен семенного канатика III степени освидетельствуются по пункту «в».

К пункту «в» относятся:

облитерирующий атеросклероз, тромбангиит сосудов конечностей I и II стадии;

посттромботическая или варикозная болезнь нижних конечностей с явлениями хронической венной недостаточности I степени (периодические отеки стоп и голеней после длительной ходьбы или стояния, исчезающие за период ночного или дневного отдыха, периодически могут быть болевой синдром, чувство тяжести в ногах и ночные судороги);

слоновость II степени;

ангиотрофоневрозы II стадии;

рецидивное (после повторного хирургического лечения) варикозное расширение вен семенного канатика II степени, если освидетельствуемый отказывается от дальнейшего лечения (для освидетельствуемых по III графе Расписания болезней применяется пункт «г»). Однократный рецидив варикозного расширения вен семенного канатика не является основанием для применения пункта «в». При варикозном расширении вен семенного канатика II степени канатик опускается ниже верхнего полюса яичка, атрофии яичка нет.

К пункту «г» относятся:

варикозная болезнь нижних конечностей без венной недостаточности (0 степень);

слоновость I степени (незначительный отек тыла стопы, уменьшающийся или исчезающий за период ночного или дневного отдыха);

варикозное расширение вен семенного канатика II степени;

ангиотрофоневрозы I стадии без трофических нарушений.

Расширение вен нижних конечностей на отдельных участках в виде цилиндрических или извитых эластических выпячиваний без признаков венной недостаточности, варикоцеле I степени не являются основанием для применения настоящей статьи не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

После ранений и повреждений крупных магистральных артерий с полным восстановлением кровообращения и функций при освидетельствовании по графам I, II Расписания болезней применяется пункт «в», а по графе III Расписания болезней - пункт «г».

Диагноз заболевания и последствий повреждений сосудов должен отражать стадию процесса и степень функциональных нарушений. Экспертное заключение выносится после медицинского обследования с применением методов, дающих объективные показатели (реовазография с нитроглицериновой пробой, ангио-, флебо-, лимфография и другие методы исследования).

Атеросклероз магистральных артерий без гемодинамических нарушений не является основанием для применения статьи и не препятствует службе в органах принудительного исполнения.

Варикозное расширение вен семенного канатика должно быть подтверждено результатами ультразвукового исследования органов мошонки.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие оперативное вмешательство по поводу варикозного расширения вен семенного канатика, признаются временно не годными к службе (поступлению) сроком на 12 месяцев на основании статьи 48 Расписания болезней. По окончании 12 месяцев в случае отсутствия осложнений (по данным заключения врача-уролога) данная статья не применяется.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие оперативные вмешательства по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, геморроидальных вен, трещин заднего прохода, на основании статьи 48 Расписания болезней признаются временно не годными к службе сроком на 12 месяцев с момента выписки из стационара после оперативного лечения.

По истечении указанного времени при отсутствии осложнений и признаков рецидива освидетельствование проводится в зависимости от выраженности нарушений кровообращения, в том числе венной недостаточности, и функции по соответствующим пунктам настоящей статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
46 I00-I99	геморрой:				
	а) с частыми осложнениями и вторичной анемией	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	б) с выпадением узлов II - III степени	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) с редкими осложнениями при успешном лечении	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

При наличии медицинских показаний освидетельствуемым по графам I, II Расписания болезней предлагается хирургическое или консервативное лечение. В случае неудовлетворительных результатов лечения или отказа от него освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от выраженности вторичной анемии и частоты возникновения осложнений.

К частым осложнениям (обострениям) геморроя относятся случаи, когда освидетельствуемые 3 раза и более раза в год находятся на лечении в стационарных условиях по поводу кровотечения, тромбоза или выпадения геморроидальных узлов II - III степени, а также когда заболевание осложняется повторными кровотечениями, требующими лечение в стационарных условиях.

Наличие незначительно увеличенных единичных геморроидальных узлов без признаков воспаления, при отсутствии жалоб, а в анамнезе отсутствие данных об обострении заболевания в течение последних 3 лет не является основанием для применения настоящей статьи и не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
47 I00-I99	нейроциркуляторная астения:				
	а) при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых нарушениях	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	б) при стойких умеренно выраженных нарушениях	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

Для нейроциркуляторной астении характерен синдром вегетативно-сосудистой дисфункции, выделяемый исходя из потребностей врачебно-экспертной практики, как условная нозологическая форма. Отличительными признаками являются преобладание среди клинических проявлений сердечно-сосудистой симптоматики, первично-функциональная природа нарушений вегетативной регуляции и отсутствие связи с органической патологией. Характерна множественность жалоб, имеющих четкую связь со стрессовыми ситуациями или периодами гормональных перестроек, протекание заболевания с периодами ремиссий и обострений, но без тенденции к прогрессированию.

Для нейроциркуляторной астении характерен синдром вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией артериального давления 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 должностные обязанности при показателях артериального давления 90/50 - 100/60 мм рт. ст. Во всех случаях следует исключить симптоматическую гипотонию, обусловленную болезнями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, легких и другими.

Информативными методами диагностики являются диагностические ЭКГ-пробы с нагрузкой (физиологическая проба с гипервентиляцией, ортостатическая проба, лекарственные пробы (с бета-адреноблокаторами, калиевая), велоэргометрия. Лабораторные данные указывают на увеличение активности симпатико-адреналовой системы: в ответ на нагрузку в крови наблюдается неадекватное повышение уровня норадреналина, адреналина, метаболитов, молочной кислоты.

Наличие нейроциркуляторной астении у освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней должно быть установлено при медицинском обследовании с участием невролога, офтальмолога, а при необходимости и врачей других специальностей.

Классификация нейроциркуляторной дистонии в зависимости от клинического синдрома (Никитин В.П. (1962), Савицкий Н.Н. (1964))

Тип нейроциркуляторной дистонии	Клинические признаки
Общим для всех типов проявлением является невротоподобное состояние, характеризующееся утомляемостью, слабостью, расстройством сна, раздражительностью, снижением памяти, настроения, волевых качеств, ухудшением концентрации внимания, к которому присоединяются функциональные циркуляторные расстройства преобладающего характера	
Кардиальный (с преимущественным расстройством сердечной деятельности)	кардиалгии, сердцебиения, перебои в работе сердца, иногда одышка при физической нагрузке, существенные изменения АД не отмечаются. Объективно могут определяться тахикардия, дыхательная аритмия, пароксизмы тахикардии, наджелудочковые экстрасистолии, неадекватное нагрузке изменение сердечного выброса, на ЭКГ - изменение вольтажа зубца Т
Гипотензивный (с преимущественным снижением АД)	характеризуется явлениями хронической сосудистой недостаточности: снижением систолического АД менее 100 мм рт. ст., зябкостью стоп и кистей, склонностью к ортостатическим коллапсам и обморокам. Типичны жалобы на утомляемость, мышечную слабость, головные боли
Гипертензивный (с преимущественным повышением АД)	характерно транзиторное повышение АД до 130 - 140/85 - 90 мм рт. ст., не сопровождающееся субъективным изменением самочувствия освидетельствуемого, выявляется при осмотре. Реже встречаются жалобы на сердцебиение, головную боль, утомляемость
Смешанный (сочетает нарушения АД и сердечной деятельности)	сочетаются клинические признаки кардиального, гипотензивного или гипертензивного типов нейроциркуляторной дистонии

К пункту «а» относится нейроциркуляторная астения (характеризуется множественностью симптомов, снижением физической работоспособности более чем на 50%, требуется назначение медикаментозной терапии, лечение в стационарных условиях):

с гипертензивными реакциями и лабильностью артериального давления при наличии постоянных жалоб и стойких резко выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, не поддающихся лечению (в течение не менее 6 месяцев, что должно быть подтверждено медицинскими документами) и значительно снижающих способность исполнять должностные обязанности;

с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией артериального давления 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 должностные обязанности;

с наличием стойких кардиалгий, сопровождающихся выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, включая вегето-сосудистые кризы, стойкими нарушениями сердечного ритма в отсутствие признаков органического поражения миокарда (по данным электрокардиографии, эхокардиографии, методов лучевой диагностики и других) при безуспешности повторного лечения в стационарных условиях (характеристика стойких нарушений сердечного ритма приведена в статье 42 Расписания болезней).

К пункту «б» относится нейроциркуляторная астеня со стойкими умеренно выраженными проявлениями (вегетативно-сосудистыми расстройствами), возникающими только при психоэмоциональных перегрузках, в том числе преходящими нарушениями сердечного ритма, не снижающими способность исполнять должностные обязанности, назначение лекарственной терапии не требуется.

Нейроциркуляторная астеня с незначительно выраженными проявлениями не является основанием для применения настоящей статьи.

При нарушениях сердечного ритма вследствие органических изменений миокарда освидетельствование проводится по статье 42 Расписания болезней, вследствие ишемических изменений - по статье 44 Расписания болезней.

Редкие одиночные предсердные экстрасистолы покоя и синусовая аритмия функционального характера не являются основанием для применения настоящей статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
48 I00-I99 S00-T98	временные функциональные расстройства системы кровообращения после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения после перенесенного неревматического миокардита признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 6 месяцев после выписки из медицинской организации.

Освидетельствуемые при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие эпизод острой ревматической лихорадки, признаются временно не годными сроком на 12 месяцев.

Сотрудникам после перенесенного активного ревматизма, неревматических миокардитов, инфаркта миокарда, а также после операции на сердце, коронарных сосудах, крупных магистральных и периферических сосудах, радиочастотной

абляции по поводу атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии, дополнительных путей проведения и WPW-синдрома с нарушением функций временного характера, когда для завершения реабилитационного лечения и полного восстановления способности исполнять должностные обязанности требуется срок не менее 30 суток, выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни.

10. Болезни органов дыхания

Под частыми обострениями заболевания следует понимать обострения 2 раза и более в год, подтвержденные медицинскими документами (в условиях стационарного, амбулаторного лечения).

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
49 J00-J99	болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки: а) зловонный насморк (озена) с явлениями атрофии слизистой оболочки и отсутствия обоняния III степени	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	б) полипозные синуситы, сопровождающиеся затруднением носового дыхания; хронические гнойные синуситы с частыми обострениями; последствия оперативных вмешательств на пазухах носа с выраженным анатомическим и косметическим дефектом	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) полипозные синуситы без нарушения носового дыхания; хронические гнойные синуситы с редкими обострениями; хронические негнойные синуситы; болезни полости носа, носоглотки со стойким затруднением носового дыхания и стойким нарушением барофункции околоносовых пазух; хронический декомпенсированный тонзиллит, хронический атрофический, гипертрофический, гранулезный	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

	фарингит (назофарингит); аллергические риниты, требующие лечения топическими кортикостероидами				
--	---	--	--	--	--

Диагноз озоны устанавливается на основании жалоб на затруднение носового дыхания, зловонных корок в полости носа и выделений из носа, дистрофических изменений в слизистых оболочках и подлежащих костных тканях полости носа, выделения возбудителя озоны при бактериологическом исследовании.

Наличие хронического полипозного синусита и хронического гнойного (негнойного) синусита должно быть подтверждено: риноскопическими данными, рентгенографией пазух носа в двух проекциях (для лобных пазух), по возможности компьютерной томографией околоносовых пазух, а при верхнечелюстном синусите - диагностической пункцией. Кроме того, наличие хронического процесса должно быть подтверждено медицинским обследованием в стационарных (амбулаторных) условиях и результатами предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев.

К пункту «в» относятся хронические гнойные заболевания околоносовых пазух с редкими обострениями, негнойные заболевания околоносовых пазух без признаков дистрофии тканей верхних дыхательных путей, а также полипозные синуситы без нарушения функции дыхания. После оперативного лечения освидетельствование проводится по статье 41 Расписания болезней.

Искривление носовой перегородки, нестойкие субатрофические явления слизистой верхних дыхательных путей при свободном носовом дыхании хотя бы с одной стороны, пристеночное утолщение слизистой (околоносовых) пазух, в отсутствие гноя или транссудата и при сохраненной проходимости устья верхнечелюстной пазухи, а также остаточные явления после операции на верхнечелюстных пазухах (линейный рубец переходной складки преддверья рта, соустье оперированной пазухи с носовой полостью или «вуаль» на рентгенограмме ППН), наличие кист верхнечелюстных пазух без нарушения пневматизации ППН, не являются основанием для применения статьи и не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

Под хроническим декомпенсированным тонзиллитом следует понимать форму хронического тонзиллита, характеризующуюся частыми обострениями, наличием тонзиллогенной интоксикации (субфебрилитет, быстрая утомляемость, вялость, недомогание), вовлечением в воспалительный процесс околоминдаликовой ткани, регионарных лимфоузлов (паратонзиллярный абсцесс, регионарный лимфаденит) и метатонзиллярными осложнениями.

Освидетельствование кандидатов на службу в органы принудительного исполнения с полинозами и аллергическими ринитами проводится с обязательным привлечением врача-аллерголога.

Сезонные аллергические риниты без нарушения носового дыхания, не требующие лечения топическими кортикостероидами, не приводящие к временной потере трудоспособности, не являются основанием для применения

данной статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
50 J00-J99 S00-T98	болезни и повреждения гортани, шейного отдела трахеи:				
	а) со значительно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-4
	в) с незначительно выраженным нарушением дыхательной функции и голосообразования	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3

Статья предусматривает врожденные и приобретенные болезни, последствия повреждений гортани или шейного отдела трахеи при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него.

К пункту «а» относится стойкое отсутствие голосообразования, дыхания через естественные дыхательные пути, разделительной функции гортани; функционирующая трахеостома.

К пункту «б» относятся стойкое затруднение дыхания с дыхательной недостаточностью II степени и (или) стойкое затруднение голосообразования (функциональная афония, охриплость, снижение звучности голоса), сохраняющееся в течение 3 и более месяцев после проведенного лечения.

Для подтверждения стойкого затруднения голосообразования необходимы многократные (не менее 3 раз за период медицинского обследования) проверки звучности голоса, консультация фониатра.

К пункту «в» относится стойкое нарушение дыхания и голосообразования с дыхательной недостаточностью I степени.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
51 J00-J99, в том числе J40-47 Q00-Q99	другие болезни органов дыхания (в том числе врожденные):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с незначительным нарушением функций или частыми обострениями	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:

хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры (в том числе хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, панацинарная (буллезная) эмфизема легких, бронхоэктатическая болезнь), нагноительные заболевания легких с дыхательной (легочной) недостаточностью III степени;

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью III степени;

микозы легких;

саркоидоз III - IV стадии, а также генерализованная форма саркоидоза;

альвеолярный протеиноз, муковисцидоз, ганглионевроз, ганглионевроз легких, лимфангиолейомиоматоз легких, синдром Гудпасчера, легочный альвеолярный микролитиаз, идиопатический легочный фиброз, гиперчувствительный пневмонит и другие идиопатические интерстициальные пневмонии вне зависимости от степени дыхательной недостаточности, подтвержденные результатами гистологического исследования;

отсутствие легкого после операции по поводу заболевания.

К пункту «б» относятся:

хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры (в том числе хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, дистальная ацинарная эмфизема легких), нагноительные заболевания легких с дыхательной (легочной) недостаточностью II степени;

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью II степени;

отсутствие доли легкого после операции по поводу заболевания;

бронхоэктазы, саркоидоз I и II стадии, подтвержденные результатами гистологического исследования у граждан при поступлении на службу в органы принудительного исполнения.

При отказе больного от диагностической пункции диагноз устанавливается

по совокупности клинических и лабораторных данных, медицинские показания к диагностической пункции определяются нозологической формой патологии.

К пункту «в» относятся:

хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры (в том числе хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, центроацинарная эмфизема легких), нагноительные заболевания легких с дыхательной (легочной) недостаточностью I степени;

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью I степени.

Категория годности к службе сотрудников определяется в зависимости от степени дыхательной (легочной) недостаточности.

Степень дыхательной (легочной) недостаточности определяется в соответствии с таблицей 17.

Таблица 17

Степень дыхательной (легочной) недостаточности

Объем форсированного выдоха за 1 секунду (далее – ОФВ1)⁸ оценивается по результатам бронходилатационного теста после применения бронходилататоров (бета-2-агонистов или холинолитиков).

Показатели	Норма	Степени дыхательной (легочной) недостаточности		
		I степень (незначительная)	II степень (умеренная)	III степень (выраженная)
Клинические показатели:				
одышка	нет	при доступных ранее усилиях	при обычных нагрузках	постоянная в покое
Инструментальные показатели:				
а) парциальное давление кислорода (мм рт. ст.) в артериальной крови	более 80	80	79 - 65	менее 65
б) ОФВ1 - в %	более 80	80 - 79	69 - 50	менее 50

При бронхоэктазах и саркоидозе освидетельствование сотрудников проводится в зависимости от степени дыхательной недостаточности.

Диагноз саркоидоза может считаться установленным, если в биоптатах

⁸ Все значения ОФВ1 являются постбронходилатационными, после применения бронходилататоров (бета-2-агонистов или холинолитиков)

внутригрудных лимфатических узлов и легкого обнаружены его специфические признаки. Рентгенологически может быть установлен только вероятный диагноз саркоидоза. При отказе от диагностической пункции диагноз при освидетельствовании устанавливается по совокупности клинических и лабораторных данных.

В основе классификации хронической обструктивной болезни легких (gold, 2003) используются: клинический критерий (кашель, мокрота и одышка), функциональный критерий (учитывающий степень необратимости обструкции дыхательных путей):

0 стадия – повышенный риск развития ХОБЛ. Характеризуется присутствием профессиональных факторов риска и (или) никотиновой зависимости, проявляется хроническим кашлем и продукцией мокроты в ответ на воздействие факторов риска на фоне нормальной функции легких;

1 стадия – легкое течение ХОБЛ; выполнение повседневных физических нагрузок не вызывает дыхательного дискомфорта, но обструктивные нарушения вентиляции легких определяются (ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 %), больных беспокоят хронический кашель и продукция мокроты;

2 стадия – среднетяжелое течение ХОБЛ; обращение за медицинской помощью связано с наличием и усилением одышки и обострением заболевания, что обусловлено нарастанием бронхообструктивных нарушений (ОФВ1 менее 80 %, но более 50 %, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должных величин), отмечается одышка;

3 стадия – тяжелое течение ХОБЛ характеризуется дальнейшим увеличением ограничения воздушного потока (ОФВ1 менее 50 %, но более 30 % от должных величин, ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 %), нарастанием одышки, частотой обострений заболевания, что влияет на качество жизни пациентов;

4 стадия – крайне тяжелое течение ХОБЛ, при котором качество жизни заметно ухудшается, болезнь приобретает инвалидизирующее течение, характеризуется крайне тяжелой бронхиальной обструкцией: ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 %, ОФВ1 менее 30 % от должной или ОФВ1 менее 50 % от должной с наличием выраженных признаков дыхательной недостаточности.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
52 J00-J99, в том числе J45	бронхиальная астма:				
	а) тяжелой степени	Д	Д	Д	Д
	б) средней степени тяжести	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-4

	в) легкой степени, а также при отсутствии симптомов в течение 5 лет и более при сохраняющейся измененной реактивности бронхов	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – Б-2	Б-2
--	---	-----	-----	---------------------------------------	-----

К пункту «а» относится бронхиальная астма с частыми обострениями заболевания, постоянными симптомами в течение дня или астматическим состоянием, значительным ограничением физической активности, с суточными колебаниями пиковой скорости выдоха (далее – ПСВ) или ОФВ1 более 30 % и ПСВ или ОФВ1 менее 60% должных значений в межприступный период. В лечении требуются постоянный прием высоких доз ингаляционных кортикостероидов и бронхолитических препаратов пролонгированного действия либо применение системных кортикостероидов.

К пункту «б» относится бронхиальная астма с ежедневными симптомами, которые купируются введением различных бронхорасширяющих средств, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 20 – 30 % и ПСВ или ОФВ1 60 – 80 % должных значений в межприступный период. Требуется ежедневное лечение ингаляционными кортикостероидами в высоких и средних дозах бронхолитическими препаратами пролонгированного действия.

К пункту «в» относится бронхиальная астма с непродолжительными симптомами реже одного раза в день, которые легко купируются бронхорасширяющими средствами, при отсутствии симптомов и нормальной функцией легких между обострениями, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 менее 20 % и ПСВ или ОФВ1 более 80 % должных значений в межприступный период.

Тяжесть течения бронхиальной астмы оценивают с учетом трех показателей: клинической картины, показателей проходимости бронхов и объема получаемой больным фармакотерапии (таблица 18). В тех случаях, когда один из показателей (например, клиническая картина) соответствует средней степени тяжести, в показателе ФВД – тяжелой (или наоборот) – степень тяжести оценивается по более тяжелому показателю.

Освидетельствование при впервые выявленных признаках бронхиальной астмы проводится только после медицинского обследования в стационарных условиях. При наличии бронхиальной астмы, подтвержденной медицинскими документами о лечении в стационарных условиях и обращениях за медицинской помощью, заключение о категории годности к службе в граждан, освидетельствуемых по графам I, II, III Расписания болезней может быть вынесено без медицинского обследования в стационарных условиях.

При отсутствии документального подтверждения анамнеза заболевания верифицирующими тестами диагноза бронхиальной астмы при стойкой ремиссии являются фармакологические и (или) физические бронхопровокационные тесты. Дополнительным критерием может служить исследование в крови общего и (или) специфического иммуноглобулина Е.

В случае, когда бронхоспастические синдромы (обтурационный, эндокрино-

гуморальный, неврогенный, токсический и другие) являются осложнением заболеваний, категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от течения основного заболевания по соответствующим статьям Расписания болезней.

Таблица 18

Критерии тяжести бронхиальной астмы

Признак тяжести	Легкая интермиттирующая (эпизодическая) астма	Легкая персистирующая астма	Персистирующая астма средней степени тяжести	Тяжелая персистирующая астма
Дневные симптомы	менее 2 раз в неделю	симптомы возникают 1 раз в неделю или чаще, но не ежедневно	симптомы возникают ежедневно	постоянные симптомы в течение дня
Ночные симптомы	не чаще 2 раз в месяц	чаще чем 2 раза в месяц	чаще 1 раза в неделю	частые
Ограничение активности	нет	небольшое	умеренное	выраженное
ОФВ1 и ПСВ	более 80 % от должных значений	более 80 % от должных значений	60 – 80 % от должных значений	менее 60 % от должных значений
Вариабельность показателей ОФВ1 и ПСВ	менее 20 %	20 – 30 %	колебания ПСВ превышают 30 %	колебания ПСВ и ОФВ1 превышают 30 %
Обострения ⁹	короткие обострения, отсутствие симптомов и нормальное ПСВ в интервалах между обострениями	обострения могут нарушать активность и сон	обострения нарушают активность и сон, снижают качество жизни	обострения и нарушения сна частые. Проявления болезни ограничивают физическую активность
Потребность в препаратах неотложной помощи	отсутствует (или менее 2 эпизодов в неделю) ¹⁰	более 2 эпизодов в неделю	наличие 3 и более признаков, частично контролируемой бронхиальной астмы в течение любой недели	наличие 3 и более признаков, частично контролируемой бронхиальной астмы в течение любой недели

⁹ Каждое обострение требует пересмотра поддерживающей терапии и оценки ее адекватности.

¹⁰ Неделя с обострением - это неделя неконтролируемой бронхиальной астмы.

Начальное лечение	ступень 1	ступень 2	ступень 3	ступень 4 – 5
-------------------	-----------	-----------	-----------	---------------

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
53 J00-J99 S00-T98	временные функциональные расстройства органов дыхания после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

В случае осложненного течения острых пневмоний (инфекционный токсический шок, нагноения, плевриты, ателектазы, обширные плевральные наложения и другие) в отношении сотрудников выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни, а в отношении граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения, – заключение о временной негодности к службе, если после окончания лечения прошло менее 12 месяцев.

11. Болезни органов пищеварения

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
54 K00-K93	нарушение развития и прорезывания зубов: а) отсутствие 10 и более зубов на одной челюсти или замещение их съемным протезом, отсутствие 8 коренных зубов на одной челюсти, отсутствие 4 коренных зубов на верхней челюсти с одной стороны и 4 коренных зубов на нижней челюсти с другой стороны или замещение их съемными протезами	В	В	В	А-2

б) отсутствие 4 и более фронтальных зубов на одной челюсти или отсутствие второго резца, клыка и первого малого коренного зуба подряд	Б	Б	поступающие – Б сотрудники – А	А
в) множественный осложненный кариес	А	А	А	А

Пункт «в» применяется в случае, когда общее количество кариозных, пломбированных и удаленных зубов составляет более девяти, при этом не менее четырех зубов – с клиническими или рентгенологическими признаками хронического воспаления с поражением пульпы и периодонта, включая зубы с пломбированными корневыми каналами.

При подсчете общего количества зубов 18, 28, 38, 48 не учитываются. Корни зубов при невозможности использовать их для протезирования считаются как отсутствующие зубы.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
55	болезни твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, десен и пародонта, слюнных желез, мягких тканей полости рта, языка (в том числе врожденные):				
	а) отсутствие 10 и более зубов на одной челюсти или замещение их съемным протезом, отсутствие 8 коренных зубов на одной челюсти, отсутствие 4 коренных зубов на верхней челюсти с одной стороны и 4 коренных зубов на нижней челюсти с другой стороны или замещение их съемными протезами	В	В	поступающие – В сотрудники – А-2	Б-2
	б) пародонтит, пародонтоз, генерализованные, средней степени, стоматиты, гингивиты, хейлиты и другие заболевания слизистой полости рта, слюнных желез и языка	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А
	в) пародонтит, пародонтоз (генерализованные, легкой степени)	Б	Б	поступающие – Б сотрудники – А	А

Статья применяется при наличии у освидетельствуемых генерализованной формы пародонтита или пародонтоза с частыми обострениями и (или) абсцедированием.

Наличие пародонтита, пародонтоза устанавливается после исследования всей зубочелюстной системы с рентгенографией и выявлением сопутствующих заболеваний.

К пункту «а» относятся:

пародонтит с глубиной зубодесневого кармана 5 мм и более, резорбцией костной ткани лунки зуба на длины корня, подвижностью зуба II - III степени; врожденные расщелины губы и неба.

К пункту «б» относятся заболевания слизистой оболочки полости рта, не поддающиеся лечению. При наличии стоматитов, хейлитов, гингивитов, лейкоплакий и заболеваний, включая преканцерозы, граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуемые по III графе, признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения. После лечения проводится повторное освидетельствование.

К пункту «в» относится пародонтит легкой степени с глубиной зубодесневого кармана до 3 мм преимущественно в области межзубного промежутка, имеется начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок, снижена высота межзубных перегородок менее чем на 1/3, но подвижности зубов нет.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
56 K00-K93 S00-T98	челюстно-лицевые аномалии, дефекты, деформации, последствия увечий, другие болезни и изменения зубов и их опорного аппарата, болезни челюстей:				
	а) со значительным нарушением дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с незначительным нарушением или без нарушения дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А-2	А-2

К пункту «а» относятся:

дефекты верхней и (или) нижней челюстей, не замещенные трансплантатами после хирургического лечения;

хронические часто обостряющиеся (более 2 раз в год для освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней и более 4 раз в год для освидетельствуемых по III графе Расписания болезней) заболевания челюстей, слюнных желез, височно-челюстных суставов, анкилозы височно-нижнечелюстных суставов, контрактуры и ложные суставы нижней челюсти при отсутствии эффекта от лечения (в том числе хирургического) или отказе от него;

неподдающийся лечению актиномикоз челюстно-лицевой области.

В отдельных случаях при приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области после ортопедического лечения с удовлетворительными результатами, когда сохранена способность исполнять должностные обязанности, сотрудник может быть освидетельствован по пункту «б».

К пункту «б» относятся:

хронические сиаалоадениты с частыми обострениями;

актиномикоз челюстно-лицевой области с удовлетворительными результатами лечения, хронический остеомиелит челюстей с наличием секвестральных полостей и секвестров;

дефекты нижней челюсти, замещенные трансплантатами после хирургического лечения, у освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней.

Сотрудники после лечения освидетельствуются по статье 61 Расписания болезней. При отказе от хирургического лечения или неудовлетворительном результате операции освидетельствование проводится по пункту «а» или «б».

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения признаются временно не годными к службе, если после оперативного лечения по поводу аномалий прикуса прошло менее 6 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 и III степени с разобщением прикуса более 10 мм (без учета жевательной эффективности) заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится по пункту «б», а при аномалии прикуса II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью 60 % и более - по пункту «в».

Наличие аномалии прикуса I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не является основанием для применения настоящей статьи и не препятствует прохождению службы в органах принудительного исполнения.

В отношении освидетельствуемых с неудаленными металлическими конструкциями после остеосинтеза переломов верхнечелюстной кости и (или) нижней челюсти с незначительным нарушением или без нарушения дыхательной, обонятельной, жевательной, глотательной и речевой функций применяется пункт «в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
57 K00-K93 Q00-Q99	болезни пищевода, кишечника (кроме двенадцатиперстной кишки) и брюшины (в том числе врожденные):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:

приобретенные пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи; желудочный свищ (гастростома), сформированный для питания; рефлюкс-эзофагит, осложненный формированием стриктур рубцовых сужений, требующих систематического бужирования, баллонной дилатации, хирургического лечения;

рубцовые сужения или нервно-мышечные заболевания пищевода со значительными клиническими проявлениями, требующие систематического бужирования, баллонной дилатации или хирургического лечения;

тяжелые формы хронических неспецифических язвенных колитов и энтеритов; отсутствие после резекции тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки, сопровождающееся нарушением пищеварения и нарушением питания (ИМТ 18,5 - 19,0 и менее);

выпадение всех слоев прямой кишки при ходьбе или перемещении тела в вертикальное положение (III стадия);

противоестественный задний проход, кишечный или каловый свищи как завершающий этап хирургического лечения;

недостаточность сфинктера заднего прохода III степени;

хронический парапроктит со стойкими или часто открывающимися (не менее 2 раз в год) свищами (сотрудники освидетельствуются по пункту «б»);

другие врожденные аномалии органов пищеварения с выраженными клиническими проявлениями и значительным нарушением функций.

К пункту «б» относятся:

дивертикулы пищевода с клиническими проявлениями, не требующие хирургического лечения;

часто рецидивирующая (2 раза и более в течение года) язва пищевода;
язва пищевода, осложненная кровотечением с развитием постгеморрагической анемии, перфорацией пищевода;

длительно не рубцующаяся (более 2 месяцев) язвенная форма рефлюкс-эзофагита;

рецидив язвы пищевода, рефлюкс-эзофагита II - III степени тяжести, возникший после оперативного лечения рефлюкс-эзофагита; пищевод Барретта;

стриктура пищевода при удовлетворительных результатах консервативного лечения;

рубцовые сужения и нервно-мышечные заболевания пищевода при удовлетворительных результатах консервативного лечения;

энтериты с нарушением секреторной, кислотообразующей функций, частыми обострениями и нарушением питания (ИМТ 18,5 - 19,0 и менее), требующими повторной и длительной госпитализации (более 2 месяцев) при безуспешном лечении в стационарных условиях;

хронические рецидивирующие неспецифические язвенные колиты, болезнь Крона средней и легкой степени тяжести;

последствия резекции тонкой кишки (отсутствие не менее 1 м) или толстой кишки (не менее 20 см), функционирующее желудочно-кишечное соустье с редкими проявлениями демпинг-синдрома;

брюшинные спайки с нарушениями эвакуаторной функции, требующими повторного лечения в стационарных условиях (спаечный процесс должен быть подтвержден данными рентгенологического или эндоскопического исследования, или при лапаротомии);

выпадение прямой кишки при натуживании, физической нагрузке (II стадия);

недостаточность сфинктера заднего прохода I - II степени;

рецидивирующие трещины заднего прохода;

хронический парапроктит с частыми (2 раза и более в год) обострениями.

К пункту «в» относятся:

болезни пищевода, кишечника с незначительным нарушением функций;

брюшинные спайки, подтвержденные рентгенологически или в ходе операции и сопровождающиеся незначительными функциональными нарушениями, не требующими лечения в стационарных условиях;

неосложненные язвы пищевода;

часто рецидивирующий (2 раза и более в год) рефлюкс-эзофагит II - III степени тяжести;

выпадение прямой кишки при дефекации (I 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 в отношении сотрудников по статье 61 Расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни, а граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения признаются временно не годными к службе на 12 месяцев, если после операции прошло менее 12 месяцев. Категория годности

к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от результатов лечения. В случае рецидива заболевания или отказа от лечения заключение выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от нарушения функций.

К пункту «г» относится: рефлюкс-эзофагит II - III степени тяжести с редкими рецидивами.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с катаральным эзофагитом, функциональные заболевания пищевода и желудка, варианты форм, размеров, положения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, легкая деформация органов, выявленные при инструментальных исследованиях (эзофагогастродуоденофиброскопия, рентгенологическое исследование), без клинических проявлений и функциональных нарушений не являются основанием для применения настоящей статьи.

Освидетельствуемые по графам I, II Расписания болезней с функциональными заболеваниями кишечника (функциональная диарея, функциональный запор, функциональное вздутие живота, синдром раздраженного кишечника) признаются годными к службе с незначительными ограничениями с показателем годности «4».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
58 K00-K93, в том числе K25-K26	язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций и частыми обострениями	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций и редкими обострениями	В	В	поступающие – В сотрудники – Б	Б

Наличие язвенной болезни обязательно должно быть подтверждено эндоскопическим исследованием и (или) рентгенологическим полипозиционным прицельным с использованием двойного контрастирования исследованием в условиях искусственной гипотонии пилородуоденальной зоны.

К пункту «а» относятся:

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией, стенозом пилоробульбарной зоны (задержка контрастного вещества в желудке больше 24 часов), сопровождающаяся нарушением питания (ИМТ 18,5 - 19,0 и менее), при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому лечению или отказе от него;

язвенная болезнь, осложненная массивным гастродуоденальным кровотечением (снижение объема циркулирующей крови до 30% и более), в течение первого года после указанного осложнения;

отсутствие желудка после его экстирпации или субтотальной резекции;

последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного соустья с нарушением питания (ИМТ 18,5 – 19,0 и менее);

последствия стволовой или селективной ваготомии с наложением желудочно-кишечного соустья со значительным нарушением функции пищеварения (не поддающиеся лечению демпинг-синдром, упорные поносы, нарушение питания (ИМТ 18,5 - 19,0 и менее), стойкие анастомозиты, язвы анастомозов).

К пункту «б» относятся:

язвенная болезнь с частыми (2 раза и более в год) рецидивами язвы в течение последних 2 лет;

язвенная болезнь с гигантскими (3 см и более - в желудке или 2 см и более – в двенадцатиперстной кишке) язвами в течение 5 лет после установления указанного диагноза;

язвенная болезнь с каллезными язвами желудка в течение 5 лет после хирургического лечения;

язвенная болезнь с внелуковичной язвой в течение 5 лет после установления указанного диагноза;

язвенная болезнь с множественными язвами луковицы в течение 5 лет после установления указанного диагноза;

язвенная болезнь с длительно не рубцующимися язвами (с локализацией в желудке – 3 месяца и более, с локализацией в двенадцатиперстной кишке – 2 месяца и более) в течение пяти лет после установления указанного диагноза;

язвенная болезнь, осложненная перфорацией или кровотечением, с развитием постгеморрагической анемии (в течение 5 лет после указанных осложнений) или грубой рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки;

непрерывно рецидивирующая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (рецидивы язвы в сроки до 2 месяцев после ее заживления);

последствия стволовой или селективной ваготомии, резекции желудка, наложения желудочно-кишечного соустья.

Сотрудники с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки при наличии незначительной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки с редкими (раз в год и реже) обострениями без нарушения функции пищеварения освидетельствуются по пункту «в».

Грубой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки считается деформация, отчетливо выявляемая при полноценно выполненной дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, сопровождающаяся замедленной эвакуацией (задержка контрастного вещества в желудке более 2 часов).

**Степени рубцово-язвенной деформации
двенадцатиперстной кишки**

Степень деформации	Рентгенологические признаки
I (деформация отсутствует)	Рентгенологически луковица доступна для рентгенологического и эндоскопического исследований во всех отделах, размеры ее не изменены, на одной из стенок луковицы эндоскопически может определяться белесый рубчик, эвакуаторная функция не нарушена
II (незначительная деформация)	Рентгенологически контур одной из кривизны луковицы утолщен (втянут), в остальных отделах луковица свободно заполняется контрастом и расправляется, эвакуаторная функция не нарушена. Гастрофиброскоп свободно проходит участок деформации, слизистую оболочку удается рассмотреть полностью в этой зоне, имеются 1 – 2 небольшие рубцовые складки в форме валиков или втянутый рубец, не изменяющий конфигурацию луковицы
III (умеренная деформация)	Рентгенологически наблюдаются втяжение и укорочение кривизны, рельеф складок слизистой грубый, рубцово-деформированный, складки конвергируют к области рубца, контрастное вещество не заполняет туго луковицу, может быть выявлено поверхностное депо бария в области рубца, другая кривизна перерастянута, образует карман, гипотония не меняет характера деформации и конфигурации луковицы. Может быть обнаружено нарушение эвакуаторной функции пилоробульбарной зоны, что проявляется в ускорении пассажа бария по луковице, вплоть до его транзитного прохождения, спазме луковицы. При гастроскопии определяется несимметричное расположение луковицы относительно привратника, гастрофиброскоп проходит за пределы деформации, осмотреть слизистую луковицы трудно из-за грубых рубцовых складок, разделяющих луковицу на карманы, при нагнетании воздуха луковица не расправляется, нередко ее выходной отдел сужен, определить локализацию язвы при исследовании трудно
IV (выраженная деформация)	Выраженной после язвенной рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки считается деформация, отчетливо выявляемая при полноценно выполняемой дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, сопровождаемая замедленной эвакуацией (задержка контрастного вещества в желудке более 2 часов). Рентгенологически луковица теряет свою форму, рубцовые укорочения и втяжения наблюдаются на обеих кривизнах, размеры луковицы уменьшены, хотя карманы могут быть перерастянуты, луковица приобретает форму трилистника, иногда выглядит как продолжение привратника, размер слизистой грубо изменен. Нарушения эвакуаторной функции выражены в различной степени, вплоть до развития компенсированного стеноза. Гастрофиброскоп с трудом проводится за пределы луковицы двенадцатиперстной кишки, иногда провести не удается, эндоскопическая ревизия луковицы практически невозможна из-за ее резкой деформации и уменьшения размеров

В фазе ремиссии заболевания достоверным признаком перенесенной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки является наличие постъязвенного рубца при фиброгастроскопии и (или) грубой рубцовой деформации луковицы, выявляемой при дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, а перенесенной язвы желудка – наличие постъязвенного рубца при фиброгастроскопии.

При неосложненных симптоматических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от тяжести и течения основного заболевания по соответствующим статьям Расписания болезней. При осложненных симптоматических язвах заключение о категории годности к службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от нарушения функций пищеварения.

Неосложненная форма язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при отсутствии функциональных нарушений и при ремиссии заболевания более 5 лет с момента последнего обострения не является основанием для применения настоящей статьи.

Острая неосложненная язва желудка, завершившаяся эпителизацией, без нарушения функции пищеварения, без последующих рецидивов ремиссии заболевания более 5 лет с момента последнего обострения не является основанием для применения настоящей статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
59 K00-K93, в том числе K70-K77 K80-K87	другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций и частыми обострениями	В	В	поступающие – В Сотрудники – Б-2	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	Б	Б	поступающие – Б сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:
цирроз печени;

хронические прогрессирующие активные гепатиты;
хронические рецидивирующие панкреатиты тяжелого течения (упорные панкреатические или панкреатогенные поносы, прогрессирующее истощение, полигиповитаминозы);

последствия реконструктивных операций по поводу заболеваний поджелудочной железы и желчно-выводящих путей;

осложнения после операций (желчный, панкреатический свищи и другие);

желчекаменная болезнь с частыми (2 раза и более в год) обострениями, осложнившаяся развитием желтухи, реактивного панкреатита и другое.

После резекции доли печени или части поджелудочной железы по поводу заболевания граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения освидетельствуются по пункту «а» настоящей статьи. Сотрудники освидетельствуются по пункту «а» или «б» в зависимости от наличия или отсутствия нарушения функций печени.

К пункту «б» относятся:

гастриты, гастродуодениты с нарушением секреторной, кислотообразующей функций, частыми обострениями и нарушением питания (ИМТ 18,5 – 19,0 и менее), требующими повторной и длительной госпитализации (более 2 месяцев) при безуспешном лечении в стационарных условиях;

хронические гепатиты с нарушением функции печени и (или) умеренной активностью;

хронические холециститы с частыми (2 раза и более в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях;

хронические панкреатиты с частыми (2 раза и более в год) обострениями и нарушением секреторной или инкреторной функции;

последствия хирургического лечения панкреатитов с исходом в псевдокисту (марсупилизация и другие);

желчекаменная болезнь с частыми (2 раза и более в год) обострениями.

После удаления желчного пузыря или хирургического лечения болезней желчных протоков, поджелудочной железы с хорошим исходом граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения освидетельствуются по пункту «б» через год после оперативного лечения при отсутствии осложнений, в зависимости от степени нарушения функции. Сотрудники освидетельствуются по пункту «в».

По истечении 3 лет после удаления желчного пузыря с хорошим исходом граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуются по пункту «в».

При выявлении у граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения, маркеров вирусного гепатита «В» и «С» (поверхностного антигена вирусного гепатита «В» и антител к вирусу гепатита «С») освидетельствование проводится по пункту «б».

Выявление у сотрудников поверхностного антигена вирусного гепатита «В» и антител к вирусу гепатита «С» является основанием для медицинского обследования с целью исключения скрыто протекающего хронического гепатита. Сотрудники при выявлении поверхностного антигена вирусного гепатита «В»

подлежат диспансерному наблюдению в течение 6 месяцев с повторным проведением анализов крови каждые 3 месяца на HBsAg, HBeAg или, при возможности, – полимеразно-цепной реакции (ПЦР). При наличии функциональных нарушений печени, независимо от результатов повторного тестирования, освидетельствование сотрудников проводится по пункту «б».

При выявлении антител к вирусному гепатиту «С» (anti HCV) при отсутствии данных относительно острого течения и при повторном положительном анализе крови на антитела к вирусу гепатита «С» (anti HCV – положит.), если в сыворотке крови имеется РНК HCV независимо от функционального состояния печени (кроме тяжелого) освидетельствование проводится по пункту «б».

Носительство поверхностного антигена вирусного гепатита «В» и антител к вирусу гепатита «С» без признаков хронического заболевания печени не является основанием для применения статьи 59 Расписания болезней в отношении сотрудников.

К пункту «в» относятся:

хронические гастриты, гастродуодениты с незначительным нарушением секреторной функции с редкими обострениями (реже 2 раз в год);

дискинезии желчевыводящих путей (функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей), бессимптомное течение желчекаменной болезни при выявлении конкрементов при ультразвуковом исследовании или при наличии одного обострения за все время наблюдения;

ферментопатические (доброкачественные) гипербилирубинемии; стеатоз (жировая дегенерация печени);

хронические холециститы, холестероз желчного пузыря, панкреатиты с редкими обострениями при хороших результатах лечения.

При хроническом гепатите без нарушения функции печени и (или) с его минимальной активностью граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения освидетельствуются по пункту «б», а сотрудники – по пункту «в».

Наличие хронического гепатита должно быть подтверждено комплексным медицинским обследованием в условиях специализированного отделения: клиническими, лабораторными, инструментальными данными, свидетельствующими о стабильном поражении печени, и результатами диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев.

Пункционная биопсия печени проводится при неоднозначных клинических, лабораторных, инструментальных данных, необходимости уточнения диагноза, этиологического фактора.

Варианты форм, размеров, положения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, выявленные при инструментальных исследованиях, без клинических проявлений и функциональных нарушений не являются основанием для применения настоящей статьи.

Эндоскопические признаки впервые выявленного поверхностного гастрита, дуоденита, УЗИ-признаки холецистита при отсутствии клинических проявлений, хронический гастрит, дуоденит в стадии длительной (5 лет и более) ремиссии не являются основанием для применения данной статьи.

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения после перенесенных острых эрозивных гастритов, острых холециститов, признаются временно не годными к службе в течение 6 месяцев после завершения лечения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
60 K00-K93	грыжи:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – А	А
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А

При наличии медицинских показаний освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. После успешного лечения они годны к службе в органах принудительного исполнения.

Основанием для применения настоящей статьи являются неудовлетворительные результаты лечения (рецидив заболевания), наличие грыжевого выпячивания, отказ от лечения, а также медицинские противопоказания для его проведения.

К пункту «а» относятся:

повторно рецидивные, больших размеров (более 5 см), наружные грыжи, требующие для вправления ручного пособия или горизонтального положения тела либо нарушающие функции внутренних органов;

диафрагмальные грыжи (в том числе приобретенная релаксация диафрагмы), значительно нарушающие функции внутренних органов;

неправимые вентральные и паховые грыжи.

Однократный рецидив грыжи после хирургического лечения не дает оснований для применения пункта «а».

К пункту «б» относятся:

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III степени (вместе с брюшным сегментом пищевода и кардией в грудную полость выпадает часть тела желудка);

умеренных размеров (от 3 см до 5 см), рецидивные наружные грыжи, появляющиеся в вертикальном положении тела при физических нагрузках, кашле;

вентральные и паховые грыжи, требующие ношения бандажа.

К пункту «в» относятся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы II степени (преддверие желудка и кардия расположены над диафрагмой), грыжевое

выпячивание в области послеоперационного рубца, вентральные и паховые грыжи, требующие оперативного вмешательства.

Граждане, освидетельствуемые при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие оперативное лечение по поводу грыженосительства, освидетельствуются на основании статьи 61 Расписания болезней и признаются временно не годными к службе сроком на 12 месяцев с последующим применением пунктов «а», «б», «в» или «г» данной статьи.

К пункту «г» относятся:

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы I степени (над диафрагмой находится брюшной сегмент пищевода, кардия расположена на уровне диафрагмы);

грыжи при наличии грыжевых ворот, положительного симптома кашлевого толчка и отсутствия грыжевого мешка и его содержимого.

Небольшая (в пределах физиологического кольца) пупочная грыжа, предбрюшинная липома, а также расширение паховых колец без грыжевого выпячивания при физической нагрузке, натуживании не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При выявлении у граждан, освидетельствуемых при поступлении на службу в органы принудительного исполнения расширения одного или обоих паховых колец с явно ощущаемым в момент кольцевого обследования выпячиванием содержимого брюшной полости при натуживании освидетельствование проводится по статье 61 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
61 K00-K93	временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Поступающие на службу в органы принудительного исполнения после оперативного вмешательства на органах брюшной полости признаются временно не годными к службе сроком на 12 месяцев с момента выписки из стационара.

12. Болезни кожи и подкожной клетчатки

Часто рецидивирующими формами кожных заболеваний считаются такие формы, при которых обострения возникают 2 раза и более в год.

К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения болезней кожи не менее 1 раза в год в течение последних 3 лет.

Под распространенной формой гнездовой алопеции понимается наличие множественных (3 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 (3 и более) депигментированных пятен на коже различных анатомических областей поперечными размерами не менее 10 см каждое.

Под распространенной формой псориаза или красного плоского лишая понимается наличие множественных (3 и более) бляшек на коже различных анатомических областей.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
62 L00-L99	болезни кожи и подкожной клетчатки: а) трудно поддающиеся лечению распространенные формы хронической экземы, псориаза, атопический дерматит с распространенной лихенификацией кожного покрова, буллезные дерматиты (все виды пузырчатки, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга)	Д	Д	Д	Д
	б) хроническая крапивница, рецидивирующие отеки Квинке, распространенный псориаз, абсцедирующая и хроническая язвенная пиодермия, множественные конглобатные угри, атопический дерматит с очаговой лихенификацией кожного покрова, кожные формы красной волчанки, полиморфный фотодерматоз, распространенный и часто рецидивирующий красный плоский лишай, распространенная	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) ограниченные и редкорецидивирующие формы экземы, ограниченные формы псориаза, склеродермии, ихтиоз, ограниченный и (или) редко рецидивирующий красный плоский лишай, врожденная кератодермия, типичная, ограниченная форма кольцевидной гранулемы	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

	г) распространенные и тотальные формы гнездной алопеции и витилиго	В	В	поступающие – В сотрудники – А-2	А-2
	д) ксеродермия, ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии, гнездной алопеции, витилиго	Б	Б	поступающие – Б	Б

Под распространенной лихенификацией при атопическом дерматите понимаются наличие усиленного рисунка в областях утолщенной сухой кожи лица, шеи, локтевых, подколенных ямок, а также тотальное поражение.

Поражение одной из анатомических областей (стопа, голень, кисть, голова) при экземе расценивается как ограниченное.

Клиническими критериями трудно поддающегося лечению псориаза являются: неоднократное лечение в стационарных условиях в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», не реже 1 раза в 6 месяцев не менее 3 лет подряд, неэффективность общей иммуносупрессивной терапии.

К пункту «б» относятся:

также единичные, но крупные (размером с ладонь больного и более) псориазные бляшки;

приобретенные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви;

холодовая аллергия рецидивирующего течения с клиническими проявлениями крапивницы и (или) отека Квинке, подтвержденная холодовой пробой в стационарных условиях;

рецидивирующие отеки Квинке и (или) хроническая крапивница в случаях безуспешного лечения в стационарных условиях и непрерывного рецидивирования волдырей (уртикарий) на протяжении не менее 2 месяцев.

К пункту «в» относится бляшечная форма склеродермии вне зависимости от локализации, количества и размеров очагов поражения.

К пункту «г» также относятся очаги витилиго на лице (2 и более) в диаметре не менее 3 см каждый.

Освидетельствование лиц с экземой наружного слухового прохода и ушной раковины проводится по статье 37 Расписания болезней.

К пункту «г» также относятся ограниченные формы экземы при отсутствии рецидива в течение последних 3 лет.

Под ограниченными формами витилиго понимаются участки витилиго при площади поражения не более 10% кожного покрова или при локализации высыпаний на открытых участках тела (лицо, шея, кисти рук) суммарно не более 1% кожного покрова (площадью с ладонь пациента).

Наличие атопического дерматита (экссудативного диатеза, детской экземы, нейродермита) в анамнезе при отсутствии рецидива в течение последних 5 лет, а также разновидность ограниченной склеродермии – «болезнь белых пятен» не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы.

Освидетельствуемые с кольцевидной гранулемой подлежат медицинскому обследованию у терапевта.

Наличие поставке, угревой болезни не является основанием для применения данной статьи.

Себорея не препятствует поступлению на службу в органы принудительного исполнения.

Аллергические состояния, препятствующие проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками, являются противопоказанием для поступления на службу в органы принудительного исполнения.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
63 L00-L99	временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания кожи и подкожной клетчатки	Г	Г	Г	Г

13. Болезни костно-мышечной системы, соединительной ткани, системные васкулиты

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
64 M00-M99	артриты и артропатии инфекционного, воспалительного и аутоиммунного происхождения, системные заболевания соединительной ткани:				
	а) со значительным нарушением функций, стойкими и выраженными изменениями	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций и частыми обострениями	Д	Д	поступающие – Д сотрудники – В	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций и редкими обострениями	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2

Статья предусматривает ревматоидный артрит, серонегативные спондилоартриты (анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева),

хроническое течение реактивного артрита, псориатическую артропатию), диффузные заболевания соединительной ткани, системные васкулиты (гигантоклеточный артериит, узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки, гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит, эозинофильный ангиит, криоглобулинемический васкулит, висцеральная форма геморрагического васкулита), хронический подагрический артрит, пирофосфатную артропатию и другие.

К пункту «а» относятся:

системные болезни соединительной ткани, системные васкулиты (за исключением кожной и кожно-суставной формы геморрагического васкулита) вне зависимости от выраженности изменений со стороны органов и систем, частоты обострений и степени функциональных нарушений;

тяжелая форма подагры (приступы артрита более 5 раз в год, множественные поражения суставов, множественные тофусы крупных размеров);

ревматоидный артрит, серонегативные спондилоартриты со значительными нарушениями функций или их системные формы со стойкой утратой способности исполнять должностные обязанности или при сохранении признаков активности заболевания на фоне базисной противоревматической терапии.

К пункту «б» относятся:

ревматоидный артрит, серонегативные спондилоартриты при отсутствии системных проявлений и признаков активности заболевания на фоне базисной противоревматической терапии;

подагра средней степени тяжести (приступы артрита 3 - 5 раз в год, поражение 2 - 4 суставов, умеренно выраженная костно-суставная деструкция, множественные мелкие тофусы).

По этому же пункту освидетельствуются граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, с затяжным (4 месяца и более) течением острых воспалительных артропатий при сохраняющихся экссудативно-пролиферативных изменениях суставов, лабораторных признаках активности процесса и безуспешности лечения.

По пункту «в» освидетельствуются сотрудники с затяжным (4 месяца и более) течением острых воспалительных артропатий при сохраняющихся экссудативно-пролиферативных изменениях суставов, лабораторных признаках активности процесса и безуспешном лечении.

К этому же пункту относится легкое течение подагры (приступы артрита 1 - 2 раза в год, захватывают не более 2 суставов, отсутствуют поражение почек и деструкция суставов, отсутствуют тофусы или они единичные и не превышают 1 см в диаметре).

При подагрической нефропатии кроме настоящей статьи применяется статья 71 Расписания болезней.

При хронических инфекционных и воспалительных артритах, хроническом подагрическом артрите, хроническом течении кожно-суставной формы геморрагического васкулита, псориатического артрита категория годности к службе определяется по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от состояния функции суставов, а также по соответствующим статьям Расписания болезней при поражении

органов и систем.

Хронические формы реактивных артритов при отсутствии обострения заболевания в течение более 5 лет и без нарушения функции суставов не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

После острых воспалительных заболеваний суставов и перенесенной кожной и кожно-суставной формы геморрагического васкулита освидетельствование проводится по статье 85 Расписания болезней.

Подагра - системное заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, характеризующееся повышением содержания мочевой кислоты в крови (гиперурикемией), отложением уратов в суставных и (или) околосуставных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением. Для хронической подагры характерно образование тофусов.

Гиперурикемия - повышенный уровень мочевой кислоты в крови - 387 ммоль/л или 65 мг/л для обоих полов.

Тяжелая гиперурикемия - уровень мочевой кислоты 714 ммоль/л или 120 мг/л.

Диагноз подагры выставляется при наличии клинических проявлений поражений суставов (диагностических критериев ВОЗ, 2000), изменений на рентгенограммах (1 стадия - крупные кисты в субхондральной зоне кости или в более глубоких ее слоях, иногда уплотнение мягких тканей; 2 стадия - крупные кисты вблизи сустава и мелкие эрозии на суставных поверхностях, постоянное уплотнение околосуставных мягких тканей, иногда с кальцификатами; 3 стадия - большие эрозии, но менее чем на суставной поверхности; остеолит эпифиза, значительное уплотнение мягких тканей с отложением извести), повышение уровня мочевой кислоты. В случае наличия только повышения уровня мочевой кислоты в крови при отсутствии клинических симптомов и рентгенологических изменений выставляется диагноз «бессимптомная гиперурикемия» без применения данной статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
65 M00-M99	хирургические болезни и поражения костей, крупных суставов, хрящей:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие - В сотрудники - Б-4	Б-2

	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

Заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения при заболеваниях костей и суставов выносится после медицинского обследования и при необходимости лечения. При этом необходимо учитывать склонность заболевания к рецидивам или прогрессированию, стойкость выздоровления и особенности службы в органах принудительного исполнения.

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;

тотальная нестабильность крупного сустава (неопорный сустав);

стойкая контрактура сустава в функционально невыгодном положении со значительным ограничением движений;

выраженный деформирующий артроз в одном из крупных суставов (наличие краевых костных разрастаний суставных концов не менее 2 мм) с разрушением суставного хряща (ширина суставной щели на функциональной рентгенограмме в положении стоя с опорной нагрузкой менее 2 мм) и деформацией оси конечности более 5 градусов;

асептический некроз суставных концов костей нижних конечностей (головки бедренной, мыщелков бедренной или большеберцовой, таранной, ладьевидной костей);

остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров, длительно незаживающих или часто (2 раза и более в год) открывающихся свищей;

остеосклероз (остеопетроз, мраморная болезнь).

При анкилозах, стойких контрактурах в функционально выгодном положении, наличии искусственного сустава в случаях хорошей функциональной компенсации и сохраненной способности исполнять должностные обязанности сотрудники, не достигшие предельного возраста пребывания на службе в органах принудительного исполнения, могут быть освидетельствованы по пункту «б».

К пункту «б» относятся:

нестабильность плечевого сустава и надколенника с частыми (3 раза и более в год) вывихами, нестабильность коленного сустава II – III степени;

деформирующий артроз в одном из крупных суставов (ширина суставной щели 2 – 4 мм) с частыми обострениями (не менее 2 раз за год), приводящими к потере трудоспособности;

остеомиелит (в том числе и первично хронический) с ежегодными обострениями с наличием секвестральных полостей, секвестров;

стойкая контрактура одного из крупных суставов с умеренным ограничением

амплитуды движений.

К пункту «в» относятся:

нестабильность крупного сустава, ключицы или надколенника с редкими (менее 3 раз в год) вывихами или неустойчивостью, определяемой клинически и с помощью методов лучевой диагностики;

остеомиелит с редкими (раз в 2 – 3 года) обострениями при отсутствии секвестральных полостей и секвестров;

стойкая контрактура одного из крупных суставов с незначительным ограничением амплитуды движений;

последствия повреждений (приобретенное удлинение) ахиллова сухожилия, связки надколенника и сухожилия двуглавой мышцы плеча с ослаблением активных движений в суставе, сопровождающихся уменьшением объема активных движений.

Остеомиелитический процесс считается законченным при отсутствии обострения, секвестральных полостей и секвестров в течение 3 и более лет.

Нестабильность крупного сустава, ключицы или надколенника должна быть подтверждена частыми (3 раза и более в год) вывихами, удостоверенными рентгенограммами до и после вправления и другими медицинскими документами или с помощью методов лучевой диагностики по одному из характерных признаков: костный дефект суставной поверхности лопатки или головки плечевой кости, отрыв суставной губы, дисплазия суставных концов костей, патологическая смещаемость суставных поверхностей.

Нестабильность коленного сустава II – III степени подтверждается функциональными рентгенограммами в боковой проекции, на которых раскрытие суставной щели на стороне повреждения или передне-заднее смещение большеберцовой кости по сравнению с неповрежденным суставом составляет более 5 мм. При определении степени нестабильности коленного сустава вследствие повреждения боковых связок ширина раскрытия суставной щели на стороне повреждения по сравнению с неповрежденным суставом подтверждается рентгенограммами, выполненными в прямой проекции.

По поводу нестабильности крупного сустава или надколенника освидетельствуемым предлагается оперативное лечение. После успешного лечения граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения по статье 85 Расписания болезней признаются временно не годными к службе сроком на 6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием по пунктам «а», «б» или «в» данной статьи.

После успешного хирургического лечения в отношении сотрудников выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни сроком до 60 суток с последующим освобождением от строевой, физической подготовки и управления всеми видами транспортных средств на 6 месяцев, а после лечения нестабильности коленного сустава II – III степени, обусловленной полной несостоятельностью одной из крестообразных, коллатеральных связок или связки надколенника – на 12 месяцев.

При асептическом некрозе костей, кроме указанных в пункте «а», кистозном перерождении костей, отсекающем остеохондрозе предлагается оперативное лечение. При отказе от оперативного лечения, его неудовлетворительных

результатах заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится в зависимости от степени нарушения функций конечности или сустава.

При остеохондропатиях с незаконченным процессом граждане при поступлении на службу в органах принудительного исполнения по статье 85 Расписания болезней признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 12 месяцев. В последующем при незаконченном процессе заключение о категории годности к службе выносится по пункту «в» данной статьи. По окончании процесса заключение о категории годности выносится в зависимости от нарушения функции. Лица, освидетельствуемые по графам I, II Расписания болезней с болезнью Осгуд-Шлаттера без нарушения функции суставов, признаются годными к службе с незначительными ограничениями с показателем предназначения «2». При оценке амплитуды движений в суставах следует руководствоваться таблицей 20.

Таблица 20

Оценка амплитуды движений в суставах (в угловых градусах)

Сустав	Движение (до предельно возможного угла)	Норма	Ограничение движения		
			незначительное	умеренное	значительное
Плечевой с плечевым поясом	сгибание	180 - 121	120 - 101	100 - 81	80 и меньше
	разгибание	больше 30	30 - 21	20 - 16	15 и меньше
	отведение	180 - 116	115 - 101	100 - 81	80 и меньше
Локтевой	сгибание	30 - 79	80 - 89	90 - 99	100 и больше
	разгибание	180 - 149	150 - 141	140 - 121	120 и меньше
	пронация	180 - 136	135 - 91	90 - 61	60 и меньше
	супинация	180 - 136	135 - 91	90 - 61	60 и меньше
Лучезапястный (кистевой)	сгибание	80 - 36	35 - 26	25 - 16	15 и меньше
	разгибание	95 - 31	30 - 26	25 - 16	15 и меньше
	отведение радиальное	30 - 11	10 - 6	5 - 4	3 и меньше
	отведение ульнарное	45 - 26	25 - 16	15 - 11	10 и меньше
Тазобедренный	сгибание	меньше 100	100 - 109	110 - 119	120 и больше
	разгибание	180 - 171	170 - 161	160 - 151	150 и меньше

	отведение	50 - 26	25 - 21	20 - 16	15 и меньше
Коленный	сгибание	30 - 59	60 - 89	90 - 109	110 и больше
	разгибание	180 - 176	175 - 171	170 - 161	160 и меньше
Голеностопный	подошвенное сгибание	150 - 121	120 - 111	110 - 101	100 и меньше
	тыльное разгибание	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 и больше

Поступающие на службу в органы принудительного исполнения после хирургического лечения крупного сустава по статье 85 Расписания болезней признаются временно не годными к службе сроком на 12 месяцев.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
66 M00-M99 в том числе M40-M54	болезни позвоночника и их последствия:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) сколиоз II степени с углом искривления позвоночника 11 - 17 градусов, без нарушения функций	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А (1,2 - ИНД)	А
д) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А	

К данной статье относятся дегенеративно-дистрофические и воспалительные заболевания, врожденные и приобретенные деформации, пороки развития позвоночника, при которых возможны нарушения защитной, статической и двигательной функций.

Оценка нарушений защитной функции позвоночника проводится по соответствующим статьям Расписания болезней в зависимости от выраженности вертеброгенных неврологических расстройств.

Для объективизации состояния позвоночника, оценки его анатомической

структуры и функции (статической и двигательной) необходимо проведение многоосевого, нагрузочного и функционального рентгенологического исследования, а при необходимости и проведение современных диагностических методов исследования (компьютерная, магнито-резонансная томография, доплерография).

Нарушение статики проявляются:

сглаживанием физиологических лордозов (шейного и поясничного);

усилением грудного кифоза;

наличием выраженной сколиотической деформации (не менее II степени).

Смещение смежных позвонков относительно друг друга в пределах 2 – 3 мм, расценивается, как сегментарная нестабильность.

Наличие сегментарной нестабильности позвоночника верифицируется в процессе функциональной рентгенографии:

рентгенограмма в положении максимального сгибания;

рентгенограмма в положении максимального разгибания исследуемого отдела позвоночника.

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 нижне-шейном отделе - смещение позвонков на 2 мм и более.

Косвенным признаком нестабильности позвоночника может считаться наличие на обзорных рентгенограммах небольших (до 2 - 3 мм) подвывихов в пораженных сегментах позвоночника (псевдоспондилолистезы).

Нестабильностью шейного отдела позвоночника следует считать состояние двигательной функции позвоночного сегмента, сопровождающегося избыточным «скольжением» позвонков без выраженного их краевого сближения.

К пункту «а» относятся:

инфекционный спондилит с частыми (3 раза и более в год) обострениями;

спондилолистез III – IV степени (смещение больше половины поперечного диаметра тела позвонка) с постоянным выраженным болевым синдромом и нестабильностью позвоночника;

деформирующий спондилез, остеохондроз шейного отдела позвоночника при наличии нестабильности, деформирующий спондилез, остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника, сопровождающиеся глубокими пара- и тетрапарезами с нарушением функции сфинктеров, с синдромом бокового амиотрофического склероза, а также полиомиелитическим, каудальным, сосудистым, компрессионным, выраженным болевым синдромом и статодинамическими нарушениями после длительного (не менее 3 месяцев в год) лечения в стационарных условиях без стойкого клинического эффекта;

фиксированные, структурные и неструктурные искривления позвоночника, подтвержденные рентгенологически клиновидными деформациями тел позвонков и их ротацией в местах наибольшего изгиба позвоночника (сколиоз IV степени; остеохондропатический кифоз с углом деформации, превышающим 70 градусов);

фиксированные изменения позвоночника, сопровождающиеся значительной деформацией грудной клетки (реберный горб и другое) и дыхательной

недостаточностью III степени по рестриктивному типу;

врожденный и (или) приобретенный критический стеноз спинно-мозгового канала (шейный отдел менее 13 мм, грудной отдел менее 13 мм, поясничный отдел менее 16 мм), сопровождающийся грубыми проводниковыми или корешковыми расстройствами.

Для значительной степени нарушения статической и (или) двигательной функций позвоночника характерны: невозможность поддерживать вертикальное положение туловища даже непродолжительное время, выраженное напряжение и болезненность длинных мышц спины на протяжении всего позвоночника, резкое выпрямление шейного и поясничного лордозов, наличие дегенеративного сколиоза II степени и более, сегментарная нестабильность позвоночника; ограничение амплитуды движений свыше 50 % в шейном и (или) грудном и поясничном отделах позвоночника.

К пункту «б» относятся:

остеохондропатии позвоночника (кифозы, структурные и неструктурные сколиозы III степени) с умеренной деформацией грудной клетки и дыхательной недостаточностью II степени по рестриктивному типу;

инфекционный спондилит с редкими (1 – 2 раза в год) обострениями;

распространенный деформирующий спондилез и межпозвонковый остеохондроз с множественными массивными клювовидными разрастаниями в области межпозвонковых сочленений со стойким болевым синдромом;

спондилолистез II степени (смещение от 1/4 до 1/2 части поперечного диаметра тела позвонка) с болевым синдромом;

состояние после удаления межпозвонковых дисков для освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней;

врожденный и (или) приобретенный критический стеноз спинно-мозгового канала, сопровождающийся клиническими проявлениями (боли, неврологические расстройства).

Для умеренной степени нарушения функций характерны: невозможность поддерживать вертикальное положение туловища более 1 – 2 часов, умеренное локальное напряжение и болезненность длинных мышц спины, сглаженность шейного и поясничного лордозов, наличие дегенеративного сколиоза I – II степени, сегментарная гипермобильность позвоночника; ограничение амплитуды движений от 20 до 50 % в шейном и (или) грудном и поясничном отделах позвоночника; слабость мышц конечностей, быстрая их утомляемость, парезы отдельных групп мышц без компенсации их функций.

К пункту «в» относятся:

фиксированные приобретенные искривления позвоночника, сопровождающиеся ротацией позвонков (сколиоз II степени, остеохондропатический кифоз с клиновидной деформацией 3 и более позвонков со снижением высоты передней поверхности тела позвонка в 2 раза и более и другие);

кифоз III степени;

ограниченный деформирующий спондилез (поражение тела до 3 позвонков) и межпозвонковый остеохондроз (поражение до 3 межпозвонковых дисков) с болевым синдромом при значительных физических нагрузках и четкими

анатомическими признаками деформаций;

неудаленные металлоконструкции после операций по поводу заболеваний позвоночника при отказе или невозможности их удаления;

двусторонний нестабильный спондилолиз с болевым синдромом, спондилолистез I степени (смещение до 1/4 части поперечного диаметра тела позвонка) с болевым синдромом.

Для незначительной степени нарушения функций позвоночника характерны: клинические проявления статических расстройств возникают через 5 – 6 часов вертикального положения; ограничение амплитуды движений в позвоночнике в шейном и (или) грудном и поясничном отделах позвоночника до 20 %; двигательные и чувствительные нарушения, проявляющиеся неполной утратой чувствительности в зоне одного невромера, утратой или снижением сухожильного рефлекса, снижение мышечной силы отдельных мышц конечности при общей компенсации их функций.

При изолированной утрате или снижении сухожильного рефлекса, без чувствительных нарушений и снижения мышечной силы отдельных мышц конечностей освидетельствование проводится по пункту «д» настоящей статьи.

Остеохондроз и спондилез позвоночника могут представлять собой рентгенологические находки, не сопровождаются нарушением функции позвоночника, спинного мозга и его корешков и, соответственно, не нарушают функции организма в целом.

Остеохондроз и спондилез могут быть:

изолированными – поражается 1 межпозвонковый диск или 2 смежных позвонка;

ограниченными – поражаются 2 диска или 3 позвонка;

распространенными – когда поражаются более 2 дисков или более 3 позвонков.

Остеохондроз характеризуется первичным не воспалительным 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.

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.

Рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника

Степень остеохондроза	Рентгенологические признаки
I	незначительные изменения конфигурации позвоночника в одном или нескольких сегментах, нестабильность межпозвонкового диска в условиях выполнения функциональных проб
II	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
III	субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, умеренное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего), дистрофические изменения межпозвонковых суставов с умеренным сужением межпозвонковых отверстий (признаки спондилоартроза)
IV	субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, выраженное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего в 2 и более раз), значительно выраженные дистрофические изменения межпозвонковых суставов со значительным сужением межпозвонковых отверстий и позвоночного канала

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 смещения 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 листеза определяется зоной, на которую проецируется перпендикуляр:

I – смещение свыше 3 мм до 1/4 тела позвонка;

II – смещение от 1/4 до 1/2 тела позвонка;

III – смещение от 1/2 до 3/4 тела позвонка;

IV – смещение свыше 3/4 до ширины тела позвонка.

V (спондилоптоз) – смещение верхнего позвонка кпереди на полный передне-задний размер тела в сочетании с дополнительным каудальным смещением

Спондилез анатомически проявляется клювовидными разрастаниями, захватывающими всю окружность замыкательных пластинок, и деформацией тел позвонков. Признаками клинического проявления хондроза является нарушение статической функции пораженного отдела позвоночника: выпрямление шейного (поясничного) лордоза или образование кифоза, сочетание локальных лордоза

и кифоза вместо равномерного лордоза.

Определение степени деформирующего спондилеза по рентгенограммам:

I – деформирующие изменения по краям тел позвонков (у лимбуса);

II – краевые разрастания, растущие по направлению от позвонка к позвонку и не достигающие степени срастания;

III – срастание остеофитов двух смежных позвонков в виде скобы.

Рентгенологическими симптомами межпозвонкового хондроза являются: нарушение формы позвоночника (нарушение статической функции); снижение высоты межпозвонкового диска; отложение солей извести в переднем участке фиброзного кольца или в пульпозном ядре; смещения тел позвонков (спондилолистезы) передние, задние, боковые, определяемые при стандартной рентгенографии; патология подвижности в сегменте (нарушение динамической функции); сохранение четких контуров всех поверхностей тел позвонков, отсутствие в них деструктивных изменений.

При межпозвонковом остеохондрозе к перечисленным признакам добавляются краевые костные разрастания, образующиеся в плоскости диска и продолжающиеся площадки тел позвонков, а также субхондральный остеосклероз, который выявляется на рентгенограммах с отчетливым изображением структуры.

Болевой синдром при физической нагрузке должен быть подтвержден неоднократными обращениями за медицинской помощью, которые отражаются в медицинских документах освидетельствуемого.

Только совокупность перечисленных клинических и рентгенологических признаков ограниченного деформирующего спондилеза и межпозвонкового остеохондроза дает основание для применения пункта «в».

Различные формы нестабильности позвоночника выявляют при проведении функциональной рентгенографии (наклоны вперед и назад). На функциональных рентгенограммах признаком гипермобильности является значительное увеличение (при разгибании) или уменьшение (при сгибании) угла между смежными замыкательными пластинками в исследуемом сегменте. Суммарно разница величины углов во время сгибания и разгибания, по сравнению с нейтральным положением, при гипермобильности превышает 10 градусов. Нестабильность в исследуемом позвоночном сегменте констатируют при наличии смещения тел смежных позвонков относительно друг друга на 3 мм и более в одном направлении от нейтрального положения.

Деформация позвоночника при сколиозе оценивается по переднезадней рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень первого крестцового позвонка).

Для определения угловой величины сколиотических дуг используется методика Кобба: определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты дуги деформации; параллельно замыкательным пластинкам тел краниального и 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 посредством проведения встречных перпендикуляров.

При выявлении сколиоза II степени в положении стоя проводится рентгенологическое исследование в положении лежа. В зависимости от величины дуги сколиотической деформации позвоночника в положении лежа освидетельствование проводится по пункту «в» или «г» настоящей статьи.

Степень сколиоза определяется рентгенологом по рентгенограммам на основании измерения углов сколиоза: I степень – 1–10 градусов, II степень – 11–25 градусов, III степень – 26–50 градусов, IV степень – более 50 градусов (по В.Д. Чаклину).

Кифоз – искривление позвоночника в передне-задней (сагитальной) плоскости.

Для определения угловой величины дуги кифоза используется методика Кобба (определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты грудного кифоза (верхним позвонком выбирают от первого до третьего грудного включительно, нижним позвонком считают двенадцатый грудной позвонок), 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 посредством проведения встречных перпендикуляров.

Степень тяжести кифотической деформации позвоночника: I степень – угол кифоза от 31 до 40 градусов; II степень – угол кифоза от 41 до 50 градусов; III степень – угол кифоза от 51 до 70 градусов; IV степень – угол кифоза свыше 71 градуса.

К пункту «д» относятся:

одиночные или множественные аномалии развития в одном отделе позвоночника;

искривления позвоночника (структурные и неструктурные сколиозы I степени, остеохондропатический кифоз (конечная стадия заболевания), кифоз II степени, кифоз I степени со структурными изменениями позвонков) без нарушения функций;

изолированные явления деформирующего спондилез и межпозвонкового остеохондроза без нарушения функций;

спондилолистез I степени;

изолированный, ограниченный остеохондроз III (IV) степени одного отдела позвоночника;

изолированный, ограниченный или распространенный остеохондроз I, II степени одного и более отделов позвоночника;

изолированный, ограниченный или распространенный спондилез I, II степени одного и более отделов позвоночника.

Освидетельствование после удаления межпозвонковых дисков по III графе Расписания болезней проводится в зависимости от степени нарушения функции.

К распространенному спондилезу и остеохондрозу относятся поражение двух и более отделов позвоночника; к ограниченному – поражение 2–3 позвоночных сегментов одного отдела позвоночника; к изолированному – одиночные поражения.

Бессимптомное течение изолированного межпозвонкового остеохондроза в виде грыж Шморля 1–2 позвонков, нефиксированный сколиоз позвоночника

I степени с углом искривления 1 – 7 градусов, кифоз I степени без структурного изменения позвонков не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют службе.

Характер патологических изменений позвоночника должен быть подтвержден многоосевыми, нагрузочными и функциональными рентгенологическими, а по медицинским показаниям и другими исследованиями (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования, денситометрия и другие исследования).

При рентгенологическом исследовании пациентов с патологией позвоночника используется методика рентгенографии соответствующего отдела позвоночника в двух взаимно перпендикулярных проекциях:

для диагностики сколиоза – в горизонтальном положении пациента лежа на спине и в вертикальном положении стоя;

для диагностики остеохондроза – в положении стоя в прямой и боковой проекциях;

в случае выраженной кифотической деформации выполняют рентгенограмму в боковой проекции в положении пациента лежа таким образом, чтобы к кассете прилежала выпуклая сторона позвоночника;

при наличии реберного горба под спину с вогнутой стороны грудной клетки подкладывают валик толщиной равной высоте горба.

Фокусное расстояние должно быть одинаковым (120 – 150 см).

Нефиксированный сколиоз (неструктурный) сколиоз представляет собой простое боковое отклонение позвоночника, не имеет структурных, грубых анатомических изменений позвонков и позвоночника в целом, в частности нет фиксированной ротации, характерной для структурного сколиоза.

При нефиксированных сколиозах экспертная оценка проводится по наибольшему показателю угла искривления.

Рентгенологические признаки ротации и торсии позвонка определяются на рентгенограмме в задней проекции: смещение остистого отростка позвонка в сторону вогнутой части сколиотической дуги; неодинаковая длина левого и правого поперечных отростков; асимметрия положения и формы ножек дужки позвонка; асимметричное положение межпозвоночных суставов; клиновидная форма тела позвонка и межпозвоночных промежутков. Нейтральные позвонки не имеют признаков торсии и ротации.

При оценке степени ограничения амплитуды движений позвоночника следует сравнивать сумму движений вперед и назад в исследуемом отделе, боковые движения (наклоны) с приведенными данными в Таблице 22.

Оценка объема движений позвоночника

Расстояние	Движение	Норма	Ограничение движений		
			незначительное	умеренное	значительное
1	2	3	4	5	6
От бугорка затылочной кости до остистого отростка седьмого шейного позвонка	наклон головы вперед (см)	3 и более	5	3	менее 2
	наклон головы назад (см)	8 и более	6 - 7	4 - 5	3 и меньше
	повороты в шейном отделе позвоночника (градусы)	85	70 - 75	60 - 65	30 - 50
От остистого отростка седьмого шейного позвонка до первого крестцового позвонка	сгибание вперед (см)	6 - 7	4 - 5	2 - 3	менее 2
	прогибание назад (см)	5 - 6	3 - 4 см	2 - 2,5	менее 2
	повороты в грудном и поясничном отделах позвоночника (градусы)	25 - 30	19 - 24	15 - 18	10 - 14

Для диагностики болезни Шейермана-Мау (юношеский кифоз, остеохондропатический кифоз) проводится рентгенологическое исследование грудного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях. На рентгенограммах в боковых проекциях выявляется клиновидная деформация тел позвонков со снижением высоты в передних отделах; необходимо измерить высоту передних и задних отделов тел деформированных позвонков, определить степень деформации, в описательной части протокола рентгенологического исследования обязательно должны быть указаны размеры высоты задних и передних отделов тел позвонков отдельно для каждого деформированного позвонка, в заключении указывается степень деформации (1/2 или высоты тела позвонка).

Деформация позвоночника при патологическом грудном кифозе (ювенильный остеохондроз, болезнь Шейермана) оценивается по боковой рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень первого крестцового позвонка).

При определении степени компрессии тела травматически или деструктивно измененного позвонка используется следующая градация степени компрессии:

I – снижение высоты передних (задних) отделов тела позвонка на 1/4;

II – снижение высоты от 1/4 до 1/2 высоты;

III – снижение высоты более 1/2.

При компрессии и передних и задних отделов тела травматически или деструктивно измененного позвонка исходной цифрой для определения степени компрессии рекомендуется использовать среднюю величину суммы высоты (далее – h) выше – и нижележащих интактных позвонков:

Снижение высоты межпозвонкового диска L5-S1 следует считать патологическим только при наличии прочих признаков дегенеративного процесса.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
67 M00-M99 Z89	отсутствие, деформации, дефекты кисти и пальцев:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А

Категория годности определяется по нарушению функции кисти в преобладающей руке.

К пункту «а» относится отсутствие:

двух кистей на уровне кистевых суставов или пястных костей;

по 3 пальца на уровне пястно-фаланговых суставов на каждой кисти;

по 4 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 пястных костей или кистевого сустава;

отсутствие на одной кисти: 3 пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов;
4 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, пальцев и развитием ишемической контрактуры мелких мышц кисти;

застарелые вывихи или дефекты 3 и более пястных костей;

разрушение, дефекты и состояние после артропластики 3 и более пястно-фаланговых суставов;

застарелые повреждения или дефекты сухожилий сгибателей 3 или более пальцев дистальнее уровня пястных костей;

совокупность застарелых повреждений 3 и более пальцев, приводящих к стойкой контрактуре или значительным нарушениям трофики (анестезия, гипестезия и другие расстройства);

ложные суставы, хронические остеомиелиты 3 и более пястных костей;

восстановление 3 и более пальцев после их отчленения и успешной реплантации или реваскуляризации.

Кистевым суставом называется комплекс суставов, соединяющих кисть с предплечьем и включающий лучезапястный, запястный, межпястные, запястно-пястные и межзапястные суставы, а также дистальный лучелоктевой сустав.

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 3 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) кисти или на обеих кистях; 2 пальцев на уровне проксимального конца основной фаланги на одной кисти; дистальных фаланг второго – четвертого пальцев на обеих кистях;

застарелые вывихи, остеохондропатии кистевого сустава;

дефекты, вывихи 2 пястных костей;

разрушения, дефекты и состояние после артропластики 2 пястно-фаланговых суставов;

застарелые повреждения сухожилий сгибателей 2 пальцев на уровне пястных костей и длинного сгибателя первого пальца на любом уровне;

ложный сустав ладьевидной кости;

совокупность повреждений структур кисти, кистевого сустава и пальцев, сопровождающихся умеренным нарушением функции кисти и трофическими расстройствами (анестезии, гипестезии и другие), умеренным нарушением кровообращения не менее 2 пальцев;

восстановление двух пальцев после их отчленения и успешной реплантации или реваскуляризации.

К пункту «г» относятся повреждения структур кисти и пальцев, не указанные в пунктах «а», «б» или «в».

Повреждения или заболевания костей, сухожилий, сосудов или нервов пальцев, приведшие к развитию стойких контрактур в порочном положении, считаются отсутствием пальца. Отсутствием пальца на кисти следует считать: для первого

пальца – отсутствие ногтевой фаланги, для пальцев – отсутствие 2 фаланг. Отсутствие фаланги на уровне проксимальной головки считается отсутствием фаланги

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
68 M00-M99	плоскостопие и другие деформации стопы:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

Важным критерием оценки функциональных нарушений является наличие рентгенологически выявляемых органических изменений костной ткани – деформирующего артроза суставов стопы и определение стадии его выраженности. Причем, если ранее основное внимание уделялось лишь состоянию и оценке таранно-ладьевидного сочленения, то в настоящее время подлежит оценке и наличие артроза в суставах среднего отдела стопы.

Статья предусматривает приобретенные фиксированные деформации стопы. Стопа с повышенными продольными сводами (115 – 125 градусов) при правильной ее установке на поверхности при опорной нагрузке часто является вариантом нормы. Патологически полой считается стопа, имеющая деформацию в виде супинации заднего и пронации переднего отдела при наличии высоких внутреннего и наружного сводов (так называемая резко скрученная стопа), при этом передний отдел стопы распластан, широкий и несколько приведен, имеются натоптыши под головками средних плюсневых костей и когтистая или молоточкообразная деформация пальцев. Наибольшие функциональные нарушения возникают при сопутствующих компонентах деформации в виде наружной или внутренней ротации всей стопы или ее элементов.

К пункту «а» относятся патологические конская, пяточная, варусная, полая, плоско-вальгусная, эквино-варусная стопы, отсутствие стопы проксимальнее уровня головок плюсневых костей и другие, приобретенные в результате травм или заболеваний необратимые резко выраженные деформации стоп, при которых

невозможно пользование обувью установленного образца.

К пункту «б» относятся:

продольное III степени или поперечное III – IV степени плоскостопие с выраженным болевым синдромом, экзостозами, контрактурой пальцев и наличием артроза в суставах среднего отдела стопы;

отсутствие всех пальцев или части стопы, кроме случаев, указанных в пункте «а»;

стойкая комбинированная контрактура всех пальцев на обеих стопах при их коггистой или молоточкообразной деформации;

посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера выше 10 градусов, болевым синдромом и артрозом подтаранного сустава II стадии.

При декомпенсированном или субкомпенсированном продольном плоскостопии боли в области стоп возникают в положении стоя и усиливаются обычно к вечеру, когда появляется их пастозность. Внешне стопа пронирована, удлинена и расширена в средней части, продольный свод опущен, ладьевидная кость обрисовывается сквозь кожу на медиальном крае стопы, пятка вальгирована.

К пункту «в» относятся:

умеренно выраженные деформации стопы с незначительным болевым синдромом и нарушением статики, при которых можно приспособить для ношения обувь установленного образца;

продольное плоскостопие III степени без вальгусной установки пяточной кости и явлений деформирующего артроза в суставах среднего отдела стопы;

деформирующий артроз первого плюснефалангового сустава III стадии;

посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера до 10 градусов и наличием артроза подтаранного сустава.

К пункту «г» относится продольное или поперечное плоскостопие I или II степени с деформирующим артрозом I стадии суставов среднего отдела стопы при отсутствии контрактуры ее пальцев и экзостозов;

деформирующий остеоартроз суставов стопы II стадии без нарушения функции, отсутствие одного (кроме первого) пальца стопы и другие незначительные деформации стопы, в том числе врожденные без нарушения функции.

Отсутствием пальца на стопе считается отсутствие его на уровне плюснефалангового сустава, а также полное сведение или неподвижность пальца.

Продольное плоскостопие и молоточкообразная деформация пальцев стопы оцениваются по рентгенограммам, выполненным в боковой проекции в положении стоя с полной статической нагрузкой на исследуемую стопу. На рентгенограммах путем построения треугольника определяют угол продольного свода стопы. Вершинами треугольника являются: нижняя точка головки первой плюсневой кости; нижняя точка соприкосновения костных поверхностей ладьевидной и клиновидных костей стопы; нижняя точка бугра пяточной кости.

В норме угол свода равен 125 – 130 градусам, высота свода – 39 мм.

Высота свода стопы измеряется с точностью до миллиметра.

Степень продольного плоскостопия

Степень продольного плоскостопия	Угол продольного внутреннего подошвенного свода (в градусах)	Высота свода (в мм)
I	131 – 140	от 35 до 25
II	141 – 155	24 - 17
III	Больше 156	Менее 17

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 фasetки, а другая проходит вдоль верхней поверхности бугра пяточной кости. В норме этот угол составляет 20 – 40 градусов, а его уменьшение характеризует посттравматическое плоскостопие. Наиболее информативным для оценки состояния подтаранного сустава является его компьютерная томография, выполненная в коронарной плоскости, перпендикулярной задней суставной фasetке пяточной кости.

Поперечное плоскостопие оценивается по рентгенограммам переднего и среднего отделов стопы в прямой проекции, выполненным под нагрузкой. При данной укладке пациент ложится на рентгенографический стол на спину, сгибая обе ноги в коленных и тазобедренных суставах. На выполненных рентгенограммах должны быть хорошо видны кости предплюсны, плюсневые кости, фаланги, плюснефаланговые и межфаланговые суставные щели.

Достоверными критериями степени поперечного плоскостопия являются параметры угловых отклонений первой плюсневой кости и большого пальца стопы. На рентгенограммах проводятся три прямые линии, соответствующие продольным осям первой, второй плюсневых костей и оси основной фаланги первого пальца.

Таблица 24

Степень поперечного плоскостопия

Степень поперечного плоскостопия	Угол между первой и второй плюсневыми костями (в градусах)	Угол отклонения первого пальца от оси первой плюсневой кости (в градусах)
I	10 - 14	15 - 20
II	до 15	21 - 30
III	16 - 20	31 - 40

IV	более 20	более 40
----	----------	----------

Продольное плоскостопие I или II степени, а также поперечное плоскостопие I степени без артроза в суставах среднего отдела стопы, контрактуры пальцев и экзостозы не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При наличии у освидетельствуемого на ногах различной степени плоскостопия заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится на основании наиболее выраженной ее степени.

В случае выявления пограничных табличных показателей степени плоскостопия решающим следует считать показатель высоты свода стопы.

Деформирующий артроз I стадии суставов стопы рентгенологически характеризуется сужением суставной щели менее чем на 50 % и краевыми костными разрастаниями, не превышающими 1 мм от края суставной щели. Артроз II стадии характеризуется сужением суставной щели более чем на 50 %, краевыми костными разрастаниями, превышающими 1 мм от края суставной щели, деформацией и субхондральным остеосклерозом суставных концов сочленяющихся костей. При артрозе III стадии суставная щель рентгенологически не определяется, имеются выраженные краевые костные разрастания, грубая деформация и субхондральный остеосклероз суставных концов сочленяющихся костей.

В норме ширина рентгеновской суставной щели предплюсно-плюсневого и межплюсневого суставов составляет 2,0 – 2,5 мм, межфаланговых суставов стопы – 1,5 – 2,0 мм.

Таблица 25

Клинико-рентгенологическая оценка органических изменений при плоскостопии

Стадия артроза	Состояние и размеры суставной щели	Наличие краевых костных разрастаний у суставных щелей и их размер от края суставной щели	Состояние суставных поверхностей и суставных концов сочленяющихся костей
I	сужение не более 50 %	отмечается, их размер не превышает 1 мм	изменения отсутствуют
II	сужение равно или более 50 %	отмечаются, их размер превышает 1 мм	деформация суставных щелей с субхондральным остеосклерозом
III	не определяется	выраженные грубые краевые костные разрастания	грубая деформация с субхондральным остеосклерозом

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
69 M00-M99 Q00-Q99	приобретенные и врожденные деформации конечностей, вызывающие нарушение функции и (или) затрудняющие ношение форменной одежды, обуви или снаряжения:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – А-3	А-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А-2

Статья предусматривает приобретенные и врожденные укорочения и деформации конечностей, в том числе вследствие угловой деформации костей после переломов.

К пункту «а» относятся:

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 (в отношении освидетельствуемых по III графе Расписания болезней заключение выносится по пункту «б»);

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц со значительным нарушением функций;

осевое укорочение руки или ноги более 8 см, а также его ротационная деформация более 30 градусов.

К пункту «б» относятся:

осевое укорочение руки или ноги от 5 до 8 см включительно, а также его ротационная деформация от 15 до 30 градусов;

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.

К пункту «в» относятся:

осевое укорочение ноги от 2 до 5 см включительно, ротационная деформация

периферического сегмента (голени, стопы) от 5 до 15 градусов;

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с незначительным нарушением функций.

К пункту «г» относятся:

осевое укорочение руки до 5 см или ноги до 2 см;

ротационная деформация периферического сегмента (голени, стопы) менее 5 градусов;

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц без нарушения функций.

При укорочении ноги для ликвидации угловых и ротационных деформаций руки или ноги освидетельствуемым по III графе Расписания болезней при наличии медицинских показаний предлагается лечение с использованием остеосинтеза. При отказе от лечения или его неудовлетворительных результатах заключение о годности к службе в органах принудительного исполнения выносится по соответствующим пунктам настоящей статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
70 Z89	отсутствие конечности:				
	а) двухсторонние ампутационные культы верхних и нижних конечностей на любом уровне; отсутствие всей верхней или нижней конечности после экзартикуляции или на уровне верхней трети плеча, бедра	Д	Д	Д	Д
	б) отсутствие конечности до уровня верхней трети плеча или бедра	Д	Д	В	В

При наличии ампутационных культей конечностей на любом уровне по поводу злокачественных новообразований или болезней сосудов заключение выносится также по статьям Расписания болезней, предусматривающим основное заболевание.

В случае неудовлетворительных результатов лечения при порочной культе, препятствующей протезированию, освидетельствование проводится по пункту «а».

При отсутствии конечности до уровня верхней трети плеча или бедра сотрудникам, освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением со службы по достижении предельного возраста и по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а».

14. Болезни мочеполовой системы

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
71 N00-N99, в том числе N17-N19	хронические заболевания почек:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – А (1, 2 – ИНД)	А

Освидетельствование граждан при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, сотрудников органов принудительного исполнения по поводу заболеваний почек проводится после медицинского обследования и лечения в стационарных условиях.

Граждане при приеме на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие острое воспалительное заболевание мочевыделительной системы с сохраняющимся непосредственно перед освидетельствованием стойким патологическим мочевым и (или) нефротическим синдромом, освидетельствуются по статье 78 Расписания болезней.

Диагноз «хронический пиелонефрит» устанавливается при наличии лейкоцитурии и бактериурии, выявляемых количественными методами, при условии исключения воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и половых органов после медицинского обследования с участием дерматовенеролога, уролога (для женщин, кроме того, акушера-гинеколога) и обязательного рентгеноурологического исследования. При необходимости проводится ультразвуковое и радиоизотопное исследования почек.

К пункту «а» относятся:

хронические заболевания почек, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью (с уровнем креатинина в крови более 176 мкмоль/л и клиренсом креатинина менее 60 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта);

хронические заболевания почек с нефротическим синдромом при сохранении его в течение 3 и более месяцев или непрерывно-рецидивирующем его течении вне зависимости от наличия нарушения выделительной функции и концентрационной способности почек;

амилоидоз почек, подтвержденный гистологическим исследованием, при клинических проявлениях нарушения функции почек.

К пункту «б» относятся:

хронические заболевания почек, сопровождающиеся нарушениями выделительной функции (с уровнем креатинина в крови, превышающим нормальные показатели, но не больше 176 мкмоль/л, клиренс креатинина – 89 – 59 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта);

наличие стойкой артериальной гипертензии, связанной с хроническим заболеванием почек и требующей медикаментозной коррекции.

К пункту «в» относятся:

хронические заболевания почек при наличии патологических изменений в моче (протеин, форменные элементы крови), определяемых в течение 4 месяцев и более после перенесенного острого воспалительного заболевания почек при сохраненной выделительной функции и концентрационной способности почек (с нормальным уровнем креатинина в крови и клиренсом креатинина 90 мл/мин. и более (формула Кокрофта-Гаулта);

другие необструктивные хронические заболевания почек при сохраненной выделительной функции и концентрационной способности почек (с нормальным уровнем креатинина в крови и клиренсом креатинина 90 мл/мин. и более).

По этому же пункту освидетельствуются граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, если в течение 6 месяцев и более после перенесенного острого воспалительного заболевания почек у них сохраняется стойкий патологический мочевого синдром.

Заключение о необходимости предоставления сотрудникам отпуска по болезни или освобождения после острых воспалительных заболеваний почек выносится по статье 78 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
72 N00-N99, в том числе N17-N19	нарушение уродинамики верхних мочевых путей (гидронефроз), пиелонефрит (вторичный), мочекаменная болезнь, другие болезни почек и мочеточников, цистит, другие заболевания мочевого пузыря, невенерический уретрит, стриктуры уретры, другие болезни уретры:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А

Нарушение выделительной функции почек должно быть подтверждено данными хромоцистоскопии, выделительной урографии или радиоизотопными исследованиями.

К пункту «а» относятся:

заболевания, сопровождающиеся значительно выраженными нарушениями выделительной функции почек или хронической почечной недостаточностью с уровнем креатинина в крови больше 176 мкмоль/л и клиренсом креатинина меньше 60 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта);

мочевые свищи в органы брюшной полости, влагалище; функционирующие нефростома, эпицистостома, уретеростома (за исключением головчатой и стволовой);

мочекаменная болезнь с поражением обеих почек при неудовлетворительных результатах лечения (камни, гидронефроз, пионефроз, хронический вторичный пиелонефрит, не поддающийся лечению, и другие);

двухсторонний нефроптоз III стадии;

тазовая дистопия почек;

отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, при наличии любой степени нарушения функции оставшейся почки;

врожденное 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 хронической почечной недостаточностью;

аномалии почечных сосудов (подтвержденные данными ангиографии) с вазоренальной артериальной гипертензией и (или) почечными кровотечениями;

склероз шейки мочевого пузыря, сопровождающийся пузырно-мочеточниковым рефлюксом и вторичным двухсторонним хроническим пиелонефритом или гидронефрозом;

стриктура уретры, требующая систематического бужирования.

К пункту «б» относятся:

заболевания, сопровождающиеся умеренно выраженными нарушениями выделительной функции, концентрационной способности почек, а также с уровнем креатинина в крови, превышающим нормальные показатели, но не больше 176 мкмоль/л, клиренс креатинина – 89 – 59 мл/мин. (формула Кокрофта-Гаулта), выделение индигокармина больной почкой на 4 – 6 минут позднее здоровой. На экскреторных урограммах выделение и накопление контрастного вещества замедлены;

мочекаменная болезнь с частыми (3 раза и более 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;

двухсторонний нефроптоз II стадии с постоянным болевым синдромом, вторичным пиелонефритом или вазоренальной гипертензией;

односторонний нефроптоз III стадии;

односторонняя тазовая дистопия почки;

врожденное 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;

склероз шейки мочевого пузыря при вторичных односторонних изменениях мочевыделительной системы (односторонний гидроуретер, гидронефроз, вторичный пиелонефрит и другие);

стриктура уретры, требующая бужирования не более 2 раз в год при удовлетворительных результатах лечения.

При наличии стойкой симптоматической (ренальной) артериальной гипертензии, требующей медикаментозной коррекции, заключение выносится по пункту «б» независимо от степени нарушения функции почек.

К пункту «в» относятся:

одинокые (до 0,5 см) камни почек, мочеточников с редкими (менее 3 раз в год) приступами почечной колики, подтвержденные данными ультразвукового исследования, при наличии патологических изменений в моче;

одинокые (0,5 см и более) камни почек, мочеточников без нарушения выделительной функции почек;

двухсторонний нефроптоз II стадии с незначительными клиническими проявлениями и незначительным нарушением выделительной функции почек;

односторонний нефроптоз II стадии с вторичным пиелонефритом;

хронические болезни мочевыделительной системы (цистит, уретрит) с частыми (3 раза и более в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях;

поясничная дистопия почек с незначительным нарушением выделительной функции;

одинокые солитарные кисты почек с незначительным нарушением функции.

К пункту «г» относятся:

последствия после инструментального удаления или самостоятельного отхождения одиночного камня из мочевыводящих путей (лоханка, мочеточник, мочевой пузырь) без повторного камнеобразования без нарушения функций;

последствия дробления камней мочевыделительной системы (для освидетельствуемых по III графе Расписания болезней) без нарушения функций;

мелкие (до 0,5 см) одиночные конкременты почек, мочеточников, подтвержденные только ультразвуковым исследованием, без патологических

изменений в моче;

односторонний или двухсторонний нефроптоз I стадии;

односторонний нефроптоз II стадии без нарушения выделительной функции почки и при отсутствии патологических изменений в моче;

хронический пиелонефрит в стадии стойкой ремиссии (документально и лабораторно подтвержденной) без нарушения выделительной функции почки и при отсутствии патологических изменений в моче, рентгенологических нарушений;

врожденные аномалии почек без нарушения функций;

ремиссия мочекаменной болезни, а именно: отсутствие приступов почечной колики, признаков образования конкрементов в почках, подтвержденных регулярным ультразвуковым исследованием, по истечении 3 лет с момента последнего обострения.

Нарушение суммарной выделительной функции почек должно быть подтверждено данными лабораторных исследований крови и мочи, рентгеновских (экскреторная урография, компьютерная томография, ангиография), ультразвуковых или радионуклидных методов (ренография, динамическая нефросцинтиграфия, непрямоая ангиография).

Стадия нефроптоза определяется рентгенологом по рентгенограммам, выполненным при вертикальном положении обследуемого: I стадия – опущение нижнего полюса почки на 2 позвонка, II стадия – на 3 позвонка, III стадия – более чем на 3 позвонка.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
73 N00-N99	болезни мужских половых органов (в том числе врожденные):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных с незначительными клиническими проявлениями	Б-2	Б-2	поступающие – Б-2 сотрудники – А	А

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 медицинским показаниям освидетельствуемым предлагается хирургическое лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него освидетельствование проводится в зависимости от степени функциональных нарушений.

К пункту «а» относятся:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы III стадии со значительным нарушением мочеиспускания при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него;

отсутствие полового члена проксимальнее уровня венечной борозды.

К пункту «б» относятся:

доброкачественная гиперплазия II стадии с умеренным нарушением мочеиспускания (наличие остаточной мочи более 50 мл) и осложнениями заболевания (острая задержка мочи, камни мочевого пузыря, воспаление верхних и нижних мочевых путей);

хронический простатит, требующий лечения больного в стационарных условиях 3 раза и более в год;

рецидивная (после повторного хирургического лечения) односторонняя или двухсторонняя водянка оболочек яичка или семенного канатика с объемом жидкости более 100 мл;

мошоночная или промежностная гипоспадия;

отсутствие полового члена до уровня венечной борозды.

Однократный рецидив водянки оболочек яичка или семенного канатика не является основанием для применения пункта «б».

К пункту «в» относятся:

доброкачественная гиперплазия предстательной железы I стадии;

свищ мочеиспускательного канала от корня до середины полового члена;

задержка яичек в брюшной полости, паховых каналах или у их наружных отверстий;

задержка одного яичка в брюшной полости;

хронический простатит с камнями (кальцинатами) предстательной железы.

Стадия доброкачественной гиперплазии предстательной железы определяется следующими критериями: I стадия – расстройства мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря, II стадия – наличие остаточной мочи более 50 мл, повторяющиеся острые задержки мочи, камни мочевого пузыря, воспаление верхних и нижних мочевых путей, III стадия – значительные нарушения мочевыделения при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него (полная декомпенсация функции мочевого пузыря).

К пункту «г» относятся:

водянка оболочек семенного канатика с объемом жидкости менее 100 мл, фимоз, другие болезни мужских половых органов с незначительными клиническими проявлениями;

задержка одного яичка в паховом канале или у его наружного отверстия;

хронический простатит с редкими обострениями.

Водянка оболочек яичка (гидроцеле) требует оперативного лечения.

Отсутствие одного яичка после его удаления по поводу заболеваний (неспецифического и доброкачественного характера), ранения или других повреждений при сохраненной эндокринной функции, а также гипоспадия у коронарной борозды не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При отсутствии одного яичка и снижении эндокринной функции единственного яичка заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения, выносится на основании статьи 13 Расписания болезней по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функции.

Впервые выявленные по результатам ультразвукового исследования предстательной железы признаки хронического бескаменного простатита, при отсутствии клинических проявлений, не является основанием для применения данной статьи.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
74 N00-N99	хронические воспалительные болезни женских половых органов:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	Б	Б	поступающие – Б сотрудники – А	А

Статья предусматривает хронические воспалительные болезни матки, яичников, маточных труб, тазовой клетчатки, брюшины, влагалища, вульвы.

К пункту «а» относятся воспалительные болезни женских половых органов с выраженными клиническими проявлениями и обострениями (3 раза и более в год), требующими лечения в стационарных условиях.

К пункту «б» относятся воспалительные болезни женских половых органов с умеренными клиническими проявлениями, обострениями 1–2 раза в год, требующими лечения в стационарных условиях.

К пункту «в» относятся воспалительные болезни женских половых органов с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями, не требующими лечения в стационарных условиях.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
75 N00-N99	эндометриоз: а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие - В сотрудники - А	А
	в) с незначительным нарушением функций	Б	Б	поступающие - Б сотрудники - А	А

Выделяют генитальный и экстрагенитальный эндометриоз (очаги воспаления наблюдаются в других органах).

Генитальный эндометриоз бывает двух видов: внутренний – разрастание эндометрия в мышечном слое матки (другое название – аденомиоз), в канале и шейке, в маточных трубах; наружный – локализуется в яичниках, во влагалище, наружных половых органах, то есть вне матки.

Экстрагенитальный эндометриоз: перитонеальный – в органах брюшной полости, в кишечнике, мочевом пузыре, послеоперационных рубцах и другое; экстраперитонеальный – вне брюшной полости, на конечностях, в легких.

По распространению и глубине поражения тканей эндометриозом различают четыре степени заболевания:

I – единичные поверхностные очаги.

II – один или несколько более глубоких очагов.

III – множество глубоких очагов эндометриоза, небольшие эндометриоидные кисты одного или обоих яичников, тонкие спайки брюшины.

IV – множество глубоких очагов, большие двусторонние эндометриоидные кисты яичников, плотные сращения органов, прорастание влагалища или прямой кишки.

Формы генитального эндометриоза (аденомиоза) тела матки: диффузный, очаговый, узловатый.

К пункту «а» относится эндометриоз с выраженными клиническими проявлениями, требующий хирургического лечения, при неудовлетворительных результатах радикального лечения или отказе от него.

При удовлетворительных результатах хирургического лечения освидетельствование проводится по пункту «б».

К пункту «б» относится эндометриоз с умеренными клиническими проявлениями при удовлетворительных результатах консервативного лечения.

К пункту «в» относится эндометриоз с незначительными клиническими проявлениями.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
76 N00-N99	генитальный пролапс, недержание мочи, свищи, другие невоспалительные болезни женских половых органов (в том числе врожденные):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

Пролапс тазовых органов (опущение органов малого таза, генитальный пролапс): опущение мочевого пузыря (цистоцеле), опущение прямой кишки (ректоцеле), опущение матки, опущение влагалища, опущение передней или задней стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа или выпадением их за его пределы.

Таблица 26

Классификация пролапса тазовых органов (ICS-1996, POP-Q)

Стадия ¹¹	Характеристика
0	Нет пролапса. Точки Аа, Ар, Ва, Вр - все 3 см; точки С и D имеют значение со знаком минус.
1	Наиболее пролабирующая точка влагалища более чем на 1 см выше уровня гименального кольца (входа во влагалище)
2	При натуживании наиболее дистальная точка находится на уровне +/- 1 см от плоскости гименального кольца
3	Влагалище выпадает, но не полностью (не менее чем 2 см его длины остается внутри)
4	Влагалище выпадает полностью

¹¹ Стадию устанавливают по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ва), апикальной части (точка С) и задней стенки (точка Вр).

Классификация генитального пролапса тазовых органов (Baden-Walker) – наиболее часто применяемая в клинической практике:

I степень – шейка матки опускается не больше чем до половины длины влагалища;

II степень – шейка матки и (или) стенки влагалища опускаются до входа во влагалище;

III степень – шейка матки и (или) стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него;

IV степень – вся матка и (или) стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище.

К пункту «а» относятся:

генитальный пролапс III – IV стадии, подтвержденный уродинамическим исследованием, ургентная (императивная) или смешанная форма недержания мочи, свищи с вовлечением половых органов при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него;

атрезия влагалища.

К пункту «б» относятся:

генитальный пролапс II стадии;

удовлетворительные результаты после лечения генитального пролапса III – IV стадии и недержания мочи;

стрессовый тип недержания мочи.

К пункту «в» относятся:

генитальный пролапс I стадии;

рубцовые и спаечные процессы в области малого таза без болевого синдрома.

Неправильное положение матки без нарушения функций не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению службы в органах принудительного исполнения.

При неправильном положении матки, сопровождающемся запорами, болями в области крестца и внизу живота, освидетельствование проводится по пункту «в».

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
77 N00-N99	расстройства овариально-менструальной функции:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	поступающие – Д сотрудники – Б-3	Б-2
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2

	в) с незначительным нарушением функций	А	А	А	А
--	--	---	---	---	---

К пункту «а» относятся только органически не обусловленные маточные кровотечения, приводящие к анемии.

К пункту «б» относятся маточные кровотечения, не приводящие к анемии и поддающиеся консервативному лечению, а также нарушения овариально-менструальной функции, проявляющиеся олигоменореей, аменореей (не послеоперационной), в том числе при синдроме Штейна-Левенталя.

К пункту «в» относятся половой инфантилизм при удовлетворительном общем развитии, бесплодие.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
78 N00-N99	временные функциональные расстройства мочеполовой системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения	Г	Г	Г	Г

Граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, перенесшие острое воспалительное заболевание мочевыделительной системы, с сохраняющимся непосредственно перед освидетельствованием стойким патологическим мочевым синдромом, признаются временно не годными сроком на 12 месяцев.

Заключение о необходимости предоставления сотрудникам отпуска по болезни выносится только после острых диффузных гломерулонефритов, при затяжном осложненном течении острых пиелонефритов, а также после острых воспалительных заболеваний женских половых органов (бартолинит, вульвит, кольпит, эндометрит, аднексит) со сроком лечения не более 2 месяцев.

При отсутствии данных о нарушении функции почек и патологических изменений в моче после острого воспалительного заболевания почек освидетельствуемые признаются годными к службе в органах принудительного исполнения. Заключение о категории годности к службе после перенесенного острого гломерулонефрита или пиелонефрита выносится после повторного медицинского обследования в стационарных условиях.

В случаях отсутствия в анамнезе сведений о перенесенном остром пиелонефрите, при выставлении впервые диагноза «хронический пиелонефрит» по представленным медицинским документам граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, признаются временно не годными сроком на 12 месяцев, для подтверждения стойкости патологического процесса.

15. Беременность, роды и послеродовой период

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
79 O00-O99	беременность, послеродовой период и их осложнения	Г	Г	Г	Г

При токсикозе беременных легкой и средней степени тяжести выносится заключение о необходимости предоставления освобождения, а при тяжелом течении - о необходимости предоставления отпуска по болезни.

При угрозе прерывания беременности заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни выносится после лечения в стационарных условиях.

16. Последствия травм, отравлений и воздействий внешних факторов

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
80 S00-T98	посттравматические и послеоперационные дефекты костей черепа:				
	а) с наличием инородного тела в полости черепа, с дефектом костей черепа более 40 см ² , замещенным пластическим материалом, или более 10 см ² , не замещенным пластическим материалом	Д	Д	Д	Д
	б) с дефектом костей черепа менее 10 см ² , не замещенным пластическим материалом, с дефектом менее 40 см ² , замещенным пластическим материалом	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-3
	в) линейные переломы костей свода и (или) основания черепа без нарушения функций центральной нервной системы	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А-2	А

К пункту «а» относятся также:

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.

Площадь дефекта черепа оценивается по данным компьютерной томографии (в том числе по данным трехмерных реконструкций) или краниографии. Учитывается площадь дефекта костей только свода черепа и чешуи затылочной кости. При дефекте костей черепа более 10 см², не замещенном пластическим материалом, или дефекте более 40 см², замещенном пластическим материалом, инородных телах в веществе мозга без клинических проявлений, когда сохранена способность исполнять должностные обязанности, сотрудники, освидетельствуемые по III графе Расписания болезней, могут быть освидетельствованы по пункту «б».

Дефект костей черепа после костно-пластической трепанации черепа определяется как дефект, замещенный пластическим материалом (аутокостью, титановой сеткой, костным цементом и другими). Фрезевые отверстия, созданные с диагностической или лечебной целью, суммируются в дефект костей черепа, не замещенный пластическим материалом (замещенный соединительнотканым рубцом).

Лица с линейными переломами костей свода и (или) основания черепа при наличии отдаленных последствий черепно-мозговой травмы с нарушением функций центральной нервной системы освидетельствуются по соответствующим статьям Расписания болезней.

Лица с последствиями повреждений костных стенок глазницы, не указанными в настоящей статье, освидетельствуются по статье 29 Расписания болезней.

Лица с последствиями повреждений челюстно-лицевой области, не указанными в настоящей статье, освидетельствуются по статье 56 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
81 S00-T98	последствия переломов позвоночника, костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломов костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, надколенника и других костей):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функции	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:

последствия проникающих нестабильных переломов тел двух и более позвонков с клиновидной деформацией II – III степени независимо от результатов лечения;

последствия переломов, в том числе травматическая спондилопатия (болезнь Кюммеля), вывихов и переломовывихов тел позвонков после хирургического лечения с применением спондило- и корпородеза (категория годности сотрудников к службе в органах принудительного исполнения определяется после консолидации перелома или формирования переднего костного блока в зависимости от восстановления функций позвоночника по пунктам «а», «б» или «в»);

отдаленные последствия множественных переломов позвонков с выраженной деформацией позвоночника;

неправильно сросшиеся вертикальные и (или) другие множественные 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 костей со значительным нарушением

функции конечности.

К пункту «б» относятся:

последствия нестабильного проникающего перелома с клиновидной деформацией тела II - III степени или вывиха позвонка;

отдаленные последствия стабильных компрессионных переломов тел двух и более позвонков II - III степени без выраженной деформации позвоночника;

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;

последствия переломов шейки бедра при неудовлетворительных результатах лечения;

осложненные переломы длинных костей с умеренным нарушением функции конечности.

При наличии ложных суставов освидетельствуемым предлагается оперативное лечение. Заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится после окончания лечения в зависимости от его результатов. При отказе от операции освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функции конечности.

К пункту «в» относятся:

последствия стабильных переломов тел одного или нескольких позвонков с клиновидной деформацией I степени, незначительным болевым синдромом и кифотической деформацией позвоночника I степени;

последствия переломов шейки бедра с использованием остеосинтеза при незначительном нарушении функции тазобедренного сустава;

последствия перелома дужек, отростков позвонков при наличии незначительного нарушения функций позвоночника после лечения;

осложненные переломы длинных костей с незначительным нарушением функции конечности;

неудаленные металлические конструкции (после остеосинтеза диафизарных переломов длинных костей, ключицы, надколенника) при отказе от их удаления.

После переломов тел позвонков, дужек, отростков, удаления грыж межпозвоночных дисков с благоприятным исходом в отношении сотрудников выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни по статье 85 Расписания болезней.

К пункту «г» относятся:

последствия компрессионных переломов тел позвонков без деформации и нарушения функций позвоночника;

переломы остистых и (или) одного - двух поперечных отростков позвонков, отдаленные последствия удаления грыж межпозвоночных дисков на одном уровне;

неудаленные металлические конструкции после остеосинтеза переломов костей, не указанных в пункте «в».

Сросшиеся изолированные переломы отдельных костей таза без деформации тазового кольца не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению службы в органах принудительного исполнения.

Освидетельствуемые для определения категории годности к службе по графам I, II Расписания болезней после удаления грыжи межпозвонкового диска на одном уровне по статье 85 Расписания болезней признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 12 месяцев с последующим освидетельствованием.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
82 S00-T98	травмы внутренних органов грудной полости, брюшной полости и таза (травматические пневмо- и гемоторакс, травма сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, почек, тазовых органов, других органов брюшной полости, множественная тяжелая травма), последствия операций по поводу заболеваний указанных органов:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-2	Б-2
	г) при наличии объективных данных без нарушения функции	Б-3	Б-3	поступающие – Б-3 сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся последствия ранений, травм и операций:

бронхолегочного аппарата с дыхательной (легочной) недостаточностью III степени;

аневризма сердца или аорты;

резекции пищевода, желудка или наложения желудочно-кишечного соустья, резекции тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки при значительном нарушении функций пищеварения (не поддающийся лечению демпинг-синдром, упорные поносы и другие) или выраженном упадке питания (ИМТ 18,5 – 19,0 и менее);

наложения билиодигестивных анастомозов;

желчные или панкреатические свищи при неудовлетворительных результатах лечения;

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);

отсутствие полового члена проксимальнее уровня венечной борозды.

После резекции доли печени или части поджелудочной железы по поводу ранения, травмы граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения освидетельствуются по пункту «а» настоящей статьи. Сотрудники освидетельствуются по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от наличия или отсутствия нарушения функций печени.

После удаления легкого, а также при наличии инородного тела, расположенного в корне легкого, в сердце или вблизи крупных сосудов независимо от наличия осложнений или функциональных нарушений граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, сотрудники освидетельствуются по пункту «а». Сотрудники при сохраненной способности исполнять должностные обязанности и отсутствии значительного нарушения функций могут быть освидетельствованы по пункту «б».

При последствиях ранений сердца, перикарда, оперативного удаления инородных тел из средостения в области крупных сосудов заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения сотрудникам определяется по статье 42 Расписания болезней в зависимости от функционального класса сердечной недостаточности, при наличии дыхательной (легочной) недостаточности - по пунктам «а», «б» или «в» статьи 51 Расписания болезней. При этом одновременно применяется статья 82 Расписания болезней.

При последствиях политравмы органов двух или более полостей с умеренным нарушением их функций освидетельствование проводится по пункту «а».

По пункту «а» освидетельствуются лица, перенесшие операции по трансплантации органов, независимо от стадии и исхода основного заболевания, потребовавшего проведения операции по пересадке органов.

К пункту «б» относятся последствия ранений, травм и операций:

бронхолегочного аппарата с дыхательной (легочной) недостаточностью II степени;

отсутствие после резекции желудка, тонкой (не менее 1 м) или толстой (не менее 20 см) кишки, наложения желудочно-кишечного соустья с редкими проявлениями демпинг-синдрома (неустойчивый стул, нарушение питания);

отсутствие почки при нормальной функции оставшейся почки;

отсутствие полового члена до уровня венечной борозды.

К пункту «в» относятся последствия ранений, травм с незначительными клиническими проявлениями: удаления доли легкого, резекции желудка, почки и органов, отсутствие селезенки.

К пункту «г» относятся состояния (для граждан при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуемых по III графе Расписания болезней, наступившие не ранее 6 месяцев с момента получения ранения или травмы) после перенесенных атипичных резекций легких без дыхательной (легочной) недостаточности, торакотомий или лапаротомий

в целях остановки кровотечения, ликвидации пневмо- или гемоторакса, ушивания ран кишечника, желудка, печени с исходом в выздоровление.

В отношении сотрудников после атипичной резекции легкого без дыхательной (легочной) недостаточности по завершении лечения в стационарных условиях выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни по статье 53 Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
83 S00-T98	последствия травм кожи и подкожной клетчатки:				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	Б	Б	поступающие – Б сотрудники – А	А

К пункту «а» относятся:

значительно ограничивающие движения в суставах или препятствующие ношению форменной 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;

состояния после глубоких ожогов площадью 20% и более поверхности кожи или осложненных амилоидозом почек.

К пункту «б» относятся:

умеренно ограничивающие движения в суставах или значительно затрудняющие ношение форменной одежды, обуви или снаряжения неизъязвляющиеся келоидные, 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 форменной одежды, обуви или снаряжения эластичные рубцы, неизъязвляющиеся при длительной ходьбе и физических нагрузках;

последствия глубоких ожогов с пластикой более 70% поверхности кожи

верхней конечности.

При оценке амплитуды движений в суставах следует руководствоваться Таблицей 6.

При наличии рубцов с явлениями каузалгии после безуспешного хирургического лечения заключение о категории годности выносится по статье 26 Расписания болезней.

Лица с последствиями ожогов и отморожений с повреждением глаз, кистей или стоп освидетельствуются по соответствующим статьям Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
84 S00-T98	отравления лекарственными препаратами, медикаментами и биологическими веществами, токсическое действие веществ преимущественно немедицинского назначения; воздействие внешних причин (радиации, низких, высоких температур и света, повышенного давления воздуха или воды и других внешних причин):				
	а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	Д
	б) с умеренным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2
	в) с незначительным нарушением функций	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2

Статья предусматривает последствия отравлений лекарственными препаратами, компонентами ракетного топлива, иными высокотоксичными веществами, токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и другими токсическими веществами, острого или хронического воздействия электромагнитного поля в диапазоне частот от 30 кГц до 300 ГГц, оптических квантовых генераторов, лазерного излучения, ионизирующего излучения, внешних причин, аллергических реакций.

При освидетельствовании сотрудников, перенесших лучевую болезнь, учитываются не только изменения в составе периферической крови, но и другие клинические проявления болезни. При незначительных остаточных явлениях после перенесенной сотрудниками лучевой болезни II степени освидетельствование проводится по статье 85 Расписания болезней.

Лица, перенесшие острую лучевую болезнь без каких-либо последствий, освидетельствуются по пункту «в».

При аллергических заболеваниях (крапивница, поллиноз, аллергические риниты, дерматиты и другие) освидетельствование проводится по соответствующим статьям Расписания болезней в зависимости от состояния функций пораженного органа или системы.

После острых отравлений, токсико-аллергических воздействий, острых аллергических заболеваний (анафилактический шок, сывороточная болезнь, синдром Лайела, Стивенса-Джонсона), воздействий внешних причин категория годности к службе в органах принудительного исполнения определяется в зависимости от исхода заболеваний и функций пораженных органов или систем по соответствующим статьям Расписания болезней.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
85 M00-M99 L00-L99 S00-T98	временные функциональные расстройства костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки после лечения болезней, ранений, травм, отравлений и других воздействий внешних факторов	Г	Г	Г	Г

Заключение о необходимости предоставления сотрудникам отпуска по болезни выносится в случаях, когда после завершения лечения в стационарных условиях сохраняются умеренные, преходящие болевые ощущения в суставах после физической нагрузки при отсутствии клинических и лабораторных признаков воспаления и для восстановления способности исполнять должностные обязанности требуется 30 суток и более.

Заключение о необходимости предоставления сотрудникам 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 исполнять должностные обязанности требуется 30 суток и более. При стойких неудовлетворительных результатах лечения последствий переломов длинных костей заключение о необходимости предоставления сотрудникам отпуска по болезни не выносится, а выносится заключение о категории годности к службе по пунктам «а», «б» или «в» статьи 81 Расписания болезней.

В отношении граждан при поступлении на службу в органы принудительного исполнения, освидетельствуемых по III графе Расписания болезней для проведения операции по удалению штифта (пластины), оставшегося в длинной кости после

консолидации перелома, выносится заключение о временной негодности к службе в органах принудительного исполнения на 6 месяцев. При отказе от операции освидетельствование проводится по статье 81 Расписания болезней.

При оценке амплитуды движений в суставах следует руководствоваться таблицей 19.

При остаточных явлениях после острых экзогенных воздействий и интоксикаций граждане при поступлении на службу в органы принудительного исполнения признаются временно не годными к службе в органах принудительного исполнения на 6 месяцев.

В дальнейшем категория годности их к службе в органах принудительного исполнения определяется по статье 84 Расписания болезней в зависимости от степени восстановления функций органов и систем.

17. Прочие болезни

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
86 E00-E99	недостаточное физическое развитие: масса тела менее 45 кг и (или) рост менее 150 см	Б-3	Б-3	Б-3	Б-2

Освидетельствуемые с массой тела менее 45 кг и (или) ростом менее 150 см подлежат медицинскому обследованию у врача-эндокринолога.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
87	энурез	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-3	Б-2

Граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, имеющие в анамнезе энурез, независимо от срока давности установленного диагноза, подлежат дополнительному медицинскому обследованию.

Медицинское лечение граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения и сотрудников, страдающих ночным недержанием мочи, проводится в стационарных условиях с участием врача-уролога, врача-невролога, врача-дерматовенеролога и в случае необходимости - врача-психиатра.

Освидетельствование проводится в случаях, когда наблюдение и результаты

медицинского обследования подтверждают наличие ночного недержания мочи и эффект от лечения отсутствует.

Если ночное недержание мочи является одним из симптомов другого заболевания, заключение выносится по статье Расписания болезней, предусматривающей основное заболевание.

Статья расписания болезней/ Код заболеваний по МКБ-10	Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к службе в органах принудительного исполнения			
		I графа	II графа	III графа	IV графа
88 F00-F99 R47-R49	нарушения речи: а) высокая степень заикания, охватывающая весь речевой аппарат, с нарушением дыхания и невротическими проявлениями, другие нарушения речи, делающие ее малопонятной	В	В	поступающие – В сотрудники – Б-4	Б-2
	б) умеренное заикание и другие нарушения речи, делающие ее недостаточно внятной	Б-4	Б-4	Б-3	Б-2

При наличии нарушений речи освидетельствуемый подвергается углубленному медицинскому обследованию врачом-оториноларингологом, врачом-психиатром, врачом-неврологом, а при возможности – логопедом (или логоневрологом). Заключение о категории годности к службе в органах принудительного исполнения выносится на основании данных медицинского обследования и изучения документов, полученных из военного комиссариата, с места учебы или работы до поступления на службу в органы принудительного исполнения и характеризующих его состояние здоровья.

Степень выраженности заикания определяется путем динамического наблюдения за состоянием речевой функции в различных условиях и оценивается по ее состоянию в моменты наиболее выраженного проявления заболевания. Заключение о категории годности выносится с учетом способности освидетельствуемого исполнять должностные обязанности.

Задержка произношения, «спотыкание» в начале фразы, когда остальные слова небольшой фразы (на одном дыхании) произносятся свободно или слегка замедленно, но без повторения слов, не являются основанием для применения данной статьи и не препятствуют прохождению службы.

Нечеткое произношение отдельных звуков, не искажающее речь в целом, не является основанием для применения статьи.

Лица, поступающие на службу в органы принудительного исполнения, при наличии умеренного заикания и других нарушений речи, делающих

ее недостаточно внятной, признаются не годными к службе в органах принудительного исполнения, это относится к сотрудникам кадровых подразделений, сотрудников пресс-службы.

III. Дополнительные требования к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения на должности начальствующего состава, освидетельствуемых по графам I, II Расписания болезней и впервые 3 года службы граждан

Показатели физического развития. Перечень болезней и статей Расписания болезней			Группы предназначения			
			1	2	3	4
Орган зрения	острота зрения для дали не ниже	без коррекции	0.6/0.6	0.3/0.3		
		с коррекцией	1.0/1.0	1.0/1.0	0.6/0.6	0.5/0.1 или 0.4/0.4
Орган зрения	рефракция (дптр) не более	близорукость	1.0/1.0	3.0/3.0	до 6.0	до 6.0
		дальнозоркость	2.0/2.0	6.0/6.0	до 8.0	до 8.0
		астигматизм	1.0/1.0	2.0/2.0	до 4.0	до 4.0
	цветоощущение	дихромазия	НГ	НГ		
		цветослабость II - III степени	НГ	НГ		
		цветослабость I степени				
Рост (см)	для поступающих на службу не ниже		170	160	155	150
Слух	шепотная речь (м) не менее		6/6	6/6	5/5	
Состояния после перенесенных вирусного гепатита (за исключением вирусного гепатита А), тифо-паратифозных заболеваний с исходом в полное выздоровление и стойкостью ремиссии в течение 12 месяцев			НГ	НГ		
Отсутствие зубов, мешающее захватыванию загубника; наличие съемных зубных протезов			НГ			
Хронические заболевания бронхолегочного аппарата с частыми обострениями						

Наличие ортодонтических конструкций (брекет-система, пластина и другое)	НГ			
Неосложненная форма язвенной болезни при отсутствии функциональных нарушений и при ремиссии заболевания более 5 лет с момента последнего обострения	НГ	НГ	НГ	
Статья 59-в	НГ			
Статья 60-г	НГ			
Болезнь Осгуд-Шлаттера без нарушения функции суставов	НГ			
Статья 72-г	НГ			
Гипертоническая болезнь I стадии с пограничными показателями давления	НГ	ИНД		
Наличие имплантатов молочных желез у сотрудниц женского пола	НГ			
Ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов хотя бы на одном глазу	НГ	НГ	НГ	НГ
Ограничение поля зрения более чем на 10 градусов в любом из меридианов хотя бы на одном глазу	НГ			
Нарушение аккомодации и темновой адаптации	НГ			
Катаракта				
Искусственный хрусталик хотя бы на одном глазу				
Паралитическое косоглазие и другие нарушения содружественного движения глаз при отсутствии бинокулярного зрения				
Хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения; органические недостатки век, в том числе и их слизистых оболочек, препятствующие их полному смыканию; парезы мышц век или ограничивающие движения глазного яблока; заболевания слезовыводящих путей				
Периферическая хориоретинальная дистрофия	НГ	НГ		
Центральная скатома абсолютная или относительная (при скатоме и наличии				

изменений зрительной функции не ниже значений, указанных выше)				
Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии				
Выраженный нистагм, качательный спазм мышц глазного блока				
Дегенеративно-дистрофические заболевания зрительного нерва и сетчатки глаза				
Спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от среднего положения	НГ			

Графы 1, 2, 3, 4 таблицы дополнительных требований к состоянию здоровья граждан соответствуют группам предназначения и степеням ограничения.

При заинтересованности руководства в кандидате на службу требования к росту рассматриваются индивидуально.

Если требования к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы принудительного исполнения с учетом отдельных специальностей (должностей), не определены настоящим разделом, их годность к службе в органах принудительного исполнения определяется по графам I, II Расписания болезней.

УТВЕРЖДЕНЫ:
приказом ФССП России
от 17.06.2020 № 469

Перечни дополнительных обязательных диагностических исследований

1. До начала освидетельствования граждане, поступающие на службу в органы принудительного исполнения Российской Федерации, проходят в медицинских организациях государственной или муниципальной систем здравоохранения следующие обязательные диагностические исследования:

1.1. Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях (если она не проводилась или если в медицинских документах отсутствуют сведения о данном исследовании в течение последних 6 месяцев) с обязательным представлением при освидетельствовании флюорограмм (рентгенограмм), выполненных на рентгенологических пленках, или результатов флюорографического (рентгенологического) обследования на цифровых носителях.

1.2. Электрокардиография в покое и с физическими нагрузками (25 приседаний) (срок действия – 3 месяца).

1.3. Электроэнцефалография с нагрузочными пробами (с предоставлением описания и пленки) (срок действия – 1 месяц).

1.4. Общий (клинический) анализ крови развернутый (лабораторные исследования проводятся строго натощак, срок действия – 1 месяц).

1.5. Общий (клинический) анализ мочи (срок действия – 1 месяц).

1.6. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1), определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis (Hepatitis B virus), определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (срок действия – 3 месяца).

1.7. Серологические реакции на сифилис (срок действия – 1 месяц).

1.8. Мазок на флору для кандидатов женского пола (срок действия – 1 месяц).

1.9. Кандидатам старше 40 лет проводятся:

1.9.1. Исследование уровня глюкозы в крови (срок действия – 1 месяц).

1.9.2. Анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП, общий белок, креатинин, мочевины, триглицериды, холестерин) (срок действия – 1 месяц).

1.9.3. Нагрузочно-разгрузочные пробы для исследования регуляции внутриглазного давления (результаты на отдельном бланке).

1.10. Кандидатам женского пола старше 40 лет проводятся:

1.10.1. Ультразвуковое исследование матки и придатков (трансвагинальное, трансабдоминальное) (срок действия – 1 месяц), с приложением протоколов всех ультразвуковых исследований и графических изображений данных исследований.

1.10.2. Маммография (с предоставлением рентгенологического снимка и описания) (срок действия – 3 месяца).

1.11. Мазок на онкоцитологию (срок действия – 3 месяца).

1.12. Кандидатам мужского пола старше 40 лет проводятся:

1.12.1. Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное (срок действия – 3 месяца).

1.12.2. Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови (срок действия – 3 месяца).

1.13. Лабораторные, инструментальные, морфологические и иные исследования по медицинским показаниям.

1.14. Сведения о диспансерном наблюдении (с каждого места регистрации за последние 5 лет) за лицом по поводу:

1.14.1. Психических расстройств, расстройств поведения, связанным с употреблением психоактивных веществ из психоневрологического и наркологического диспансеров.

1.14.2. Туберкулеза из противотуберкулезного диспансера.

1.14.3. Кожно-венерических заболеваний из кожновенерологического диспансера.

1.14.4. О наблюдении и обращениях, о диспансерном наблюдении (с каждого места регистрации за последние 5 лет).

1.14.5. О перенесенных инфекционных и паразитарных заболеваниях (за последние 12 месяцев).

1.14.6. О непереносимости лекарственных и других веществ.

1.14.7. О проведенных прививках.

1.15. По направлению ВВК – исследование биологических жидкостей организма человека на основные группы наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов (опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, метадон, фенциклидин) (далее – исследование на наркотические средства) (срок сдачи анализа с момента выдачи направления в ВВК – 2 дня, включая день выдачи направления).

2. До начала освидетельствования сотрудники проходят следующие обязательные диагностические исследования (все результаты обследования представляются на отдельных бланках, заверяются личной печатью врача, печатью и штампом медицинской организации):

2.1. Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях (если она не проводилась или если в медицинских документах отсутствуют сведения о данном исследовании в течение последних 6 месяцев) с обязательным представлением при освидетельствовании флюорограмм (рентгенограмм) или результатов флюорографического (рентгенологического) обследования на цифровых носителях.

2.2. Электрокардиография в покое и с физическими нагрузками (25 приседаний) (срок действия – 3 месяца).

2.3. Общий (клинический) анализ крови развернутый (срок действия – 1 месяц).

2.4. Общий (клинический) анализ мочи (срок действия – 1 месяц).

2.5. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (срок действия – 3 месяца).

2.6. Серологические реакции на сифилис (срок действия – 1 месяц).

2.7. Мазок на флору для кандидатов женского пола (срок действия – 1 месяц).

2.8.1. Лицам старше 40 лет проводятся:

2.8.2. Исследование уровня глюкозы крови (срок действия – 1 месяц).

2.8.3. Анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП, общий белок, креатинин, мочевины, триглицериды, холестерин) (срок действия – 1 месяц).

2.8.4. Нагрузочно-разгрузочные пробы для исследования регуляции внутриглазного давления (результаты на отдельном бланке).

2.9. Кандидатам женского пола старше 40 лет:

2.9.1. Ультразвуковое исследование матки и придатков (трансвагинальное, трансабдоминальное) (срок действия – 1 месяц).

2.9.2. Маммография (с предоставлением рентгенологического снимка и описания) (срок действия – 3 месяца).

2.9.3. Мазок на онкоцитологию (срок действия – 3 месяца).

2.10. Кандидатам мужского пола старше 40 лет:

2.10.1. Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное (срок действия – 3 месяца).

2.10.2. Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови (срок действия – 3 месяца).

2.11. Лабораторные, инструментальные, морфологические и иные исследования по медицинским показаниям.

3. До начала освидетельствования в целях определения возможности проживания по состоянию здоровья в отдельных местностях членам семей сотрудников в соответствующих военно-медицинских организациях проводятся следующие обязательные диагностические исследования:

3.1. Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях (если она не проводилась или если в медицинских документах отсутствуют сведения о данном исследовании в течение последних 6 месяцев) с обязательным представлением при освидетельствовании флюорограмм (рентгенограмм) или результатов флюорографического (рентгенологического) обследования на цифровых носителях.

3.2. Общий (клинический) анализ крови.

3.3. Общий (клинический) анализ мочи.

3.4. Электрокардиография в покое.

3.5. Членам семей сотрудников старше 40 лет проводятся:

3.5.1. Исследование уровня глюкозы в крови.

3.5.2. Нагрузочно-разгрузочные пробы для исследования регуляции внутриглазного давления.

3.5.3. Электрокардиография с физическими нагрузками.

По медицинским показаниям членам семей сотрудников могут проводиться и другие диагностические исследования.