

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
4 июля 2012 г. № 33/85

**О внесении изменений в постановление Министерства
обороны Республики Беларусь и Министерства
здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря
2010 г. № 51/170**

На основании подпункта 7.4 пункта 7 Положения о Министерстве обороны Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 7 декабря 2006 г. № 719 «Вопросы центральных органов военного управления Вооруженных Сил Республики Беларусь», подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», и части первой пункта 6 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 июня 1998 г. № 868, Министерство обороны Республики Беларусь и Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЮТ:

1. Внести в приложение к Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2011 г., № 22, 8/23247), следующие изменения:

в расписании болезней требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь:

статью 12, статью 13 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
12	Зоб без нарушения функций щитовидной железы:			
	а) вызывающий нарушение функций близлежащих органов	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД
	б) затрудняющий ношение военной формы одежды	НГМ	НГМ	ГО
	в) не затрудняющий ношение военной формы одежды	Г	Г	Г

Пояснения к статье 12 расписания болезней.

Освидетельствуемым по пунктам «а», «б» (при наличии медицинских показаний) предлагается оперативное лечение. После оперативного лечения медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» статьи 13 расписания болезней.

Гражданам при призыве на срочную военную службу, службу в резерве при отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению проводится курс медикаментозной терапии. В данном случае они признаются по пункту «г» статьи 13 расписания болезней временно негодными к военной 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 негодными к военной 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 показаний) от оперативного лечения по поводу зоба, вызывающего расстройство функций близлежащих органов или затрудняющего ношение военной формы одежды, медицинское 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.

Статья расписания болезней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
13	Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций; ожирение II, III степени	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО СС – ИНД
	г) состояние после острого заболевания, обострения хронического заболевания или после оперативного лечения при наличии временных функциональных расстройств	ВН	ВН	ВН
д) недостаточная масса тела; ожирение I степени	ГО	ГО	Г ССО, СС – ИНД	

Пояснения к статье 13 расписания болезней.

Медицинское освидетельствование граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве при впервые выявленных заболеваниях, относящихся к пункту «а» или «б», проводится только после обследования и лечения в стационарных условиях, а при заболеваниях, относящихся к пунктам «в», «г», «д», а также военнослужащих, проходящих срочную военную службу, службу в резерве, проводится в амбулаторных условиях в специализированных эндокринологических диспансерах (центрах). При необходимости обследование и лечение проводятся в стационарных условиях.

Граждане, поступающие на военную службу по контракту, и военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, могут быть освидетельствованы после обследования в амбулаторных условиях.

К пункту «а» относятся:

заболевания гипопаратиреоза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, со значительным нарушением функций в состоянии клиничко-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии;

состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) в состоянии клинико-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне заместительной терапии;

генетические синдромы со значительным нарушением функций эндокринных органов в состоянии клинико-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии;

сахарный диабет 1-го типа;

сахарный диабет 2-го типа, требующий постоянного назначения инсулинотерапии, в том числе в комбинации с таблетированными сахароснижающими препаратами;

сахарный диабет 2-го типа, не требующий постоянного назначения инсулинотерапии (независимо от уровня гипергликемии и характера лечения), при наличии хотя бы одного из следующих осложнений: препролиферативная и пролиферативная ретинопатия (с поражением глаз), диабетическая нефропатия с развитием хронической почечной недостаточности (с поражением почек), автономная (вегетативная) нейропатия (с неврологическими осложнениями), диабетическая ангиопатия нижних конечностей (с нарушением периферического кровообращения), проявляющаяся трофическими язвами, гангреной стопы, невропатическими отеками, остеоартропатиями (синдром диабетической стопы), а также при рецидивирующих гипогликемических и кетоацидотических состояниях, гипогликемических и диабетических комах.

К пункту «б» относятся:

заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, с умеренным нарушением функций в состоянии клинико-гормональной компенсации на фоне медикаментозной терапии;

состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) в состоянии клинико-гормональной компенсации на фоне заместительной терапии;

генетические синдромы с умеренным нарушением функций эндокринных органов в состоянии клинико-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии;

сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается только постоянным приемом таблетированных сахароснижающих препаратов на фоне диетотерапии;

сахарный диабет 2-го типа, при котором гликемия в течение суток превышает 8,9 ммоль/литр (160 миллиграмм-процентов) и (или) гликозилированный гемоглобин составляет более 7,5 %;

сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается назначением постоянной диетотерапии, при наличии непролиферативной ретинопатии, нефропатии 3-й (микроальбуминурическая) или 4-й (протеинурическая) стадии, умеренно выраженной периферической невропатии и ангиопатии;

экзогенно-конституциональное ожирение III степени;

экзогенно-конституциональное ожирение II степени (для освидетельствуемых по графе III при безуспешном лечении в течение года, а также достигающих предельного возраста состояния на военной службе). При впервые выявленном экзогенно-конституциональном ожирении II степени освидетельствование проводится по пункту «в»;

нарушения обмена веществ, требующие постоянного лечения, специального питания, соблюдения специального режима труда и отдыха (фенилкетонурия, галактоземия, гликогеноз, болезнь Вильсона-Коновалова, болезнь Гоше и другие).

Граждане, у которых при призыве на срочную военную службу, службу в резерве впервые выявлено экзогенно-конституциональное ожирение II степени, признаются по пункту «г» временно негодными к военной службе на 12 месяцев. При необходимости

такое же заключение может быть вынесено повторно (до трех раз), а при безуспешном лечении ожирения медицинское освидетельствование проводится по пункту «б».

К пункту «в» относятся:

диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова), стадия ремиссии в состоянии клинико-гормональной компенсации без назначения медикаментозной терапии;

состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) при клинико-гормональной компенсации, не требующее назначения терапии;

сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается назначением постоянной диетотерапии, а гликемия в течение суток не превышает 8,9 ммоль/литр (160 миллиграмм-процентов) и (или) гликозилированный гемоглобин равен или менее 7,5 %;

почечный диабет;

подострый тиреоидит с рецидивирующим течением.

При хроническом фиброзном и аутоиммунном тиреоидите медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функций щитовидной железы, без нарушения функций – по пункту «д» настоящей статьи.

К пункту «г» относятся состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие), состояние после лечения острого и подострого тиреоидита. Граждане при призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются по пункту «г» временно негодными к военной службе на 6 месяцев.

При наличии недостаточной массы тела (ИМТ менее 18,5) призывники после консультации врача-терапевта и врача-гастроэнтеролога подлежат консультированию в специализированных эндокринологических диспансерах (центрах). При выявлении эндокринной патологии медицинское обследование и лечение призывников осуществляются в стационарных условиях только по направлению врачей-эндокринологов эндокринологических диспансеров (центров). Граждане при призыве на срочную военную службу, службу в резерве признаются по пункту «г» временно негодными к военной службе на 6 месяцев. Если через 6 месяцев у граждан не выявлены заболевания, вызывающие снижение массы тела, нет отрицательной динамики ИМТ (по данным ежемесячных осмотров), сохранена физическая работоспособность (по данным функциональных нагрузочных проб), они подлежат медицинскому освидетельствованию по пункту «д». При отрицательной динамике ИМТ, сниженной физической работоспособности граждане подлежат медицинскому освидетельствованию по пункту «в».

Для оценки состояния питания (недостаточность питания, стадия ожирения) граждан, достигших 18-летнего возраста, используется ИМТ, который определяется следующим образом:

$$\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса тела (кг)} / \text{квадрат величины роста (м}^2\text{)}$$

Оценка состояния питания	ИМТ (кг/м ²)	Стадия ожирения
Недостаточная масса тела	< 18,5	
Норма	18,5–24,9	
Избыточная масса тела	25,0–29,9	
Ожирение	30,0–34,9	I
	35,0–39,9	II
	≥ 40	III

Соотношение роста и массы тела призывников и военнослужащих в норме и при нарушениях питания определяется в соответствии с таблицей 1 «Расчет индекса массы тела» настоящего приложения.»;

статью 23 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
23	Органические, наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы и нервно-мышечные заболевания:			
	а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций или медленно прогрессирующим течением	НГМ	НГМ	НГМ
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД	

Пояснения к статье 23 расписания болезней.

В настоящей статье предусматриваются дегенеративные заболевания центральной нервной системы, включая болезнь Паркинсона, другие экстрапирамидные болезни, спиноцеребеллярные дегенерации, опухоли головного, 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 пункту «а» относятся тяжелые врожденные аномалии (пороки развития) и болезни нервной системы, а также болезни с быстро прогрессирующим течением или сопровождающиеся резким нарушением функций (опухоль головного, спинного мозга, сирингомиелия с резко выраженными нарушениями трофики, боковой амиотрофический склероз, миастения, спинальная амиотрофия, наследственные сенсомоторные невропатии, спинальная атаксия, детский церебральный паралич, миотония, миопатия и другие).

К пункту «б» относятся болезни, течение которых характеризуется медленным, на протяжении длительного времени (не менее года) нарастанием симптомов (сирингомиелия с незначительной атрофией мышц и легким расстройством чувствительности, краниостеноз с синдромом внутричерепной гипертензии и другие).

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

После радикального удаления доброкачественных опухолей головного, спинного мозга медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи.»;

статью 29 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
29	Болезни век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы:			
	а) выраженные анатомические изменения или	НГИ	НГИ	НГИ

	недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы со значительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах			
	б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах; резко выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) незначительно выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы; умеренно или незначительно выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 29 расписания болезней.

В настоящей статье предусматриваются врожденные и приобретенные анатомические изменения или недостатки положения век, заболевания век, слезных путей, глазницы и конъюнктивы. Заключение о категории годности к военной службе, службе в виде Вооруженных Сил, роде войск, службе по ВУС выносится в зависимости от степени выраженности анатомических изменений, тяжести течения заболевания, результатов лечения и функций глаза.

К пункту «а» относятся:

сращение век между собой или с глазным яблоком, если оно значительно ограничивает движения глаза или препятствует зрению;

заворот век или рост ресниц по направлению к главному яблоку, вызывающий раздражение глаза;

выворот, рубцовая деформация или недостатки положения век, 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 двух раз в год) обострениями при безуспешном лечении в стационарных условиях;

хроническое трахоматозное поражение конъюнктивы;

заболевания слезных путей и рецидивы крыловидной пленки с прогрессирующим нарушением функций глаза, не поддающиеся излечению после неоднократного оперативного лечения в стационарных условиях;

птоз врожденного или приобретенного характера, при котором верхнее веко при отсутствии напряжения лобной мышцы прикрывает больше половины зрачка на одном глазу или более одной трети зрачка на обоих глазах;

состояния после реконструктивных операций на слезных путях с введением лакопротеза.

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

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 других 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 военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Военнослужащим после лечения по поводу острой трахомы заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни не выносится. При необходимости по статье 36 расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления освобождения от исполнения служебных обязанностей.»;

статью 42, статью 43 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
42	Хронические воспалительные ревматические, неревматические болезни сердца, кардиомиопатии, дегенеративные и дистрофические поражения сердца:			
	а) с хронической сердечной недостаточностью III стадии	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с хронической сердечной недостаточностью II стадии	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с хронической сердечной недостаточностью I стадии	НГМ	НГМ	ГО
	г) без хронической сердечной недостаточности	ГО	ГО	Г

Пояснения к статье 42 расписания болезней.

Медицинское освидетельствование граждан при первичном пролапсе митрального и (или) других клапанов сердца (как проявлений дисплазии соединительной ткани) проводится по статье 80 расписания болезней, а при вторичном пролапсе митрального и (или) других клапанов сердца (формирующемся при ишемической болезни сердца, миокардите, кардиомиопатии, травме и других заболеваниях) – по настоящей статье.

Стадии хронической сердечной недостаточности оцениваются в соответствии с классификацией Стражеско–Василенко. Функциональные классы хронической сердечной недостаточности оцениваются в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA).

К пункту «а» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью III стадии относятся:

комбинированные (поражение нескольких клапанов сердца) или сочетанные (поражение одного клапана сердца: стеноз и недостаточность) приобретенные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;

изолированные аортальные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности II стадии;

изолированный стеноз левого атриовентрикулярного отверстия при наличии хронической сердечной недостаточности II стадии;

обширная облитерация перикарда;

дилатационная и рестриктивная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка;

состояния после оперативных вмешательств на клапанном аппарате сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;

имплантация искусственного водителя ритма при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;

отдельные жизнеопасные формы нарушения ритма и проводимости независимо от выраженности заболеваний, к ним приведших (фибрилляция желудочков, асистолия, пароксизмальная желудочковая тахикардия, полная АВ-блокада);

стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма сердца (постоянная форма фибрилляции предсердий, повторные пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий, если для восстановления ритма необходимо прибегать к электрической кардиоверсии);

стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ или по данным суточного мониторирования ЭКГ пауз более 3 с, если они не индуцированы медикаментозно;

синдром Бругада.

К пункту «б» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью II стадии относятся:

комбинированные или сочетанные приобретенные пороки сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

состояния после оперативных вмешательств на клапанном аппарате сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

имплантация искусственного водителя ритма при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

пролапс митрального или других клапанов сердца III степени (9 мм и более), пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (6–8,9 мм) с нарушением внутрисердечной гемодинамики;

изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а») при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии. Хроническая сердечная недостаточность I стадии должна быть подтверждена показателем ЭхоКГ (диастолическая дисфункция левого желудочка, фракция выброса левого желудочка 54 % и менее, увеличение систолического и диастолического размеров левого желудочка и (или) левого предсердия) и сниженной толерантностью к физической нагрузке;

гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;

повторные эпизоды острой ревматической лихорадки;

синдром слабости синусового узла;

синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром WPW) с пароксизмальными нарушениями ритма (без пароксизмальных нарушений ритма, а также после проведения абляции дополнительных путей освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи);

врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала Q-T стойкого характера с пароксизмальными нарушениями ритма. При отсутствии пароксизмальных нарушений ритма заключение о категории годности к военной службе выносится по пункту «в» настоящей статьи. ЭКГ критерием синдрома удлиненного интервала Q-T является скорректированная величина интервала Q-T более 0,44 с на ЭКГ покоя у пациентов, не принимающих лекарственных препараты, прием которых способствует удлинению интервала Q-T;

отдельные стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма (частые пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий – 3 раза в год и чаще, частые пароксизмы суправентрикулярной тахикардии – 3 раза в год и чаще; частая политопная желудочковая экстрасистолия, парная желудочковая экстрасистолия, в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ при безуспешности повторного лечения в стационарных условиях);

отдельные стойкие нарушения проводимости (АВ-блокада II степени, если она не индуцирована медикаментозно, полная блокада левой ножки пучка Гиса). Лица с транзиторной АВ-блокадой II степени, выявленной по данным суточного мониторирования ЭКГ, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи;

стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ (в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ) пауз от 2 с до 3 с и

сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другие), если они не индуцированы медикаментозно.

К пункту «в» кроме заболеваний сердца с хронической сердечной недостаточностью I стадии относятся:

пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (6–8,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики;

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией II степени и более;

изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а») при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

отдельные нарушения ритма и проводимости:

частая монотопная желудочковая экстрасистолия (30 и более эктопических комплексов в час, не менее 12 ч в течение суток – по данным суточного мониторирования ЭКГ);

частая суправентрикулярная экстрасистолия (30 и более эктопических комплексов в час, не менее 12 ч в течение суток, в том числе и с эпизодами парной и (или) групповой суправентрикулярной экстрасистолии – по данным суточного мониторирования ЭКГ);

СА-блокада III степени с частотой замещающего ритма менее 40 сокращений в минуту;

стойкая полная блокада правой ножки пучка Гиса;

стойкая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

стойкая АВ-блокада I степени.

Функциональная вагусная АВ-блокада I степени (нормализация атриовентрикулярной проводимости при физической нагрузке или после введения 0,5 – 1,0 мл атропина сульфата) не является основанием для применения настоящей статьи.

Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие острую ревматическую лихорадку, по статье 48 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев после выписки из государственной организации здравоохранения с последующим медицинским освидетельствованием.

Перенесшие острую ревматическую атаку с сохраняющимися признаками поражения сердца освидетельствуются по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи в зависимости от наличия и выраженности хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма и (или) проводимости.

Освидетельствуемые по графе II расписания болезней, перенесшие острую ревматическую лихорадку, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи.

Перенесшие миокардиты неревматической этиологии признаются временно негодными к военной службе с последующим медицинским освидетельствованием по статье 48 расписания болезней.

К пункту «г» кроме стойко компенсированных исходов заболеваний мышцы сердца относятся:

редкие желудочковые экстрасистолы (до 30 эктопических комплексов в час, не менее 12 ч в течение суток – по данным суточного мониторирования ЭКГ);

СА-блокада II степени (тип II);

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики;

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией I степени без семейных случаев внезапной смерти при пролапсе митрального клапана, предшествующих случаев эмболии, нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней.

Гражданам, освидетельствуемым по графе I при впервые выявленном пролапсе митрального или других клапанов сердца I степени с регургитацией I степени, выполняется комплекс стандартных исследований (ЭхоКГ, нагрузочная проба и суточное

мониторирование ЭКГ) и по статье 48 расписания болезней они признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев. В последующем данным гражданам проводятся повторные исследования (ЭхоКГ, 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 военной службе с незначительными ограничениями.

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.

Синусовая аритмия, миокардиосклероз, СА-блокада II степени (тип I), функциональная (вагусная) АВ-блокада I степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, локальное нарушение внутрижелудочковой проводимости, редкие суправентрикулярные экстрасистолы, редкие желудочковые экстрасистолы (до 30 эктопических комплексов в час, менее 12 ч в течение суток – по данным суточного мониторирования ЭКГ), миграция водителя ритма по предсердиям не являются основанием для применения настоящей статьи.

Синдром Клерка–Леви–Кристеско (синдром CLC), не сопровождающийся пароксизмальными нарушениями ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ, не является основанием для применения настоящей статьи.

Требования по оформлению результатов ЭхоКГ, их интерпретации также отражены в пояснениях к статье 80 расписания болезней.

Статья расписания болезней	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
43	Артериальная гипертензия:			
	а) III степени	НГИ	НГИ	НГИ, НГМ – ИНД
	б) II степени, риск 4	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) II степени, риск 2–3; I степени, риск 3 (с ПОМ) – 4	НГМ	НГМ	ГО СС – ИНД
г) I степени, риск 1–3 (без ПОМ)	ГО	ГО	Г ССО – ИНД	

Пояснения к статье 43 расписания болезней.

Артериальная гипертензия – хроническое стабильное повышение АД, при котором систолическое АД равно 140 мм рт.ст. или выше и (или) диастолическое АД равно 90 мм рт.ст. или выше. Если значения систолического АД и диастолического АД попадают в различные категории, выставляется степень артериальной гипертензии по более высоким показателям АД. Артериальная гипертензия, при которой повышение АД обусловлено известными или устраняемыми причинами, рассматривается как симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия.

К пункту «а» относятся артериальная гипертензия III степени и быстро прогрессирующая (злокачественная) форма артериальной гипертензии.

Под быстро прогрессирующей (злокачественной) формой артериальной гипертензии подразумевается АД не ниже 220/130 мм рт.ст. с развитием ретинопатии IV степени, отеком дисков зрительных нервов в сочетании с ишемическими или геморрагическими очагами в сетчатке.

Артериальная гипертензия III степени характеризуется стабильно высокими показателями АД (в покое систолическое – 180 мм рт.ст. и выше, диастолическое – 110 мм рт.ст. и выше). В клинической картине заболевания обязательно наличие сосудистых изменений на глазном дне и ПОМ. К ПОМ относятся:

гипертрофия левого желудочка по результатам ЭхоКГ;

утолщения стенки сонных артерий или наличие атеросклеротических бляшек по данным УЗИ сосудов;

незначительное повышение креатинина в сыворотке крови (115–133 мкмоль/л у мужчин и 107–124 мкмоль/л у женщин).

При осложнении артериальной гипертензии тяжелыми сосудистыми расстройствами, тесно и непосредственно связанными с гипертензивным синдромом (хроническая сердечная недостаточность II или III стадии, инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, геморрагический инсульт, генерализованное сужение артерий сетчатки с кровоизлияниями или экссудатами на глазном дне и отеком диска зрительного нерва, хроническая почечная недостаточность), освидетельствуемые по графе III расписания болезней признаются негодными к военной службе с исключением с воинского учета; при артериальной гипертензии III степени неосложненного течения – негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время. При АКС, наличие которых не связано с артериальной гипертензией, применяются другие статьи расписания болезней в зависимости от выраженности АКС и степени нарушения функции пораженного органа.

Под АКС следует считать:

поражения головного мозга (ишемический инсульт, кровоизлияния в мозг, транзиторная ишемическая атака);

поражения сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация коронарных артерий, хроническая сердечная недостаточность);

поражения почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность);

поражения сосудов (поражение периферических артерий, расслаивающая аневризма аорты);

тяжелую ретинопатию (кровоизлияния или экссудаты, отек диска зрительного нерва);

сахарный диабет.

К пункту «б» относится артериальная гипертензия II степени, риск 4, рефрактерная к комбинированной гипотензивной терапии при наличии поражения двух и более органов мишеней.

Критериями ПОМ, являющимися основанием для применения пункта «б» настоящей статьи, являются: диастолическая дисфункция левого желудочка в сочетании с его гипертрофией (выявляемой при ЭхоКГ), протеинурия и (или) повышение креатинина в сыворотке крови (115–133 мкмоль/л у мужчин и 107–124 мкмоль/л у женщин), наличие атеросклеротических изменений в магистральных артериях в виде атеросклеротических бляшек (по данным УЗИ сосудов). Кроме того, возможны церебральные расстройства, динамические нарушения мозгового кровообращения с преходящими двигательными, чувствительными, речевыми, мозжечковыми, вестибулярными и другими расстройствами, генерализованные сужения сосудов сетчатки.

Функции органов и систем нарушены умеренно, работоспособность снижена.

К пункту «в» относятся:

артериальная гипертензия II степени, риск 2–3;

артериальная гипертензия I степени с повышенными показателями АД (в покое систолическое 140–159 мм рт.ст., диастолическое 90–99 мм рт.ст.), риск 3–4 (при наличии одного–трех факторов риска и ПОМ – риск 3; при наличии АКС – риск 4).

К пункту «г» относится артериальная гипертензия I степени, риск 1–3 (без ПОМ).

К факторам риска относятся:

возраст (мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет);

курение;

дислипидемия (общий холестерин более 5,0 ммоль/л или холестерин (липопротеиды низкой плотности) более 4,0 ммоль/л, или холестерин (липопротеиды высокой плотности) менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,2 ммоль/л у женщин);

семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин до 55 лет, у женщин до 65 лет);

абдоминальное ожирение (окружность талии 102 см и более у мужчин, 88 см и более у женщин).

При артериальной гипертензии I степени АД лабильно, заметно меняется в течение суток. Спонтанная нормализация артериального давления возможна (во время отдыха, пребывания больного в отпуске), но она непродолжительна, наступает медленно. Изменения на глазном дне носят непостоянный преходящий характер.

Наличие артериальной гипертензии у освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней должно быть подтверждено обследованием в стационарных условиях и результатами предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев. В случае впервые выявленной артериальной гипертензии при призыве на срочную военную службу, службу в резерве и недостаточном сроке наблюдения наличие заболевания должно быть подтверждено в специализированном отделении организации здравоохранения.

В каждом случае артериальной гипертензии проводится дифференциальная диагностика с симптоматической артериальной гипертензией. При медицинском освидетельствовании лиц с симптоматической артериальной гипертензией кроме статьи расписания болезней, соответствующей заболеванию, являющемуся этиологической причиной симптоматической артериальной гипертензии, применяется настоящая статья: при симптоматической артериальной гипертензии, соответствующей по уровню АД III степени, освидетельствование проводится по пункту «а», при симптоматической артериальной гипертензии, соответствующей по уровню АД II степени, – по пункту «б», при симптоматической артериальной гипертензии, соответствующей по уровню АД I степени, – по пункту «в».

Транзиторное повышение АД в первые 3 месяца прохождения военной службы при отсутствии в анамнезе артериальной гипертензии следует расценивать как проявление адаптационного синдрома. Данная категория военнослужащих срочной военной службы, службы в резерве подлежит динамическому диспансерному наблюдению у врача воинской части с разработкой индивидуального режима физических нагрузок, а при необходимости – медицинскому обследованию в стационарных условиях.»;

статью 46, статью 47 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
46	Геморрой:			
	а) с частыми обострениями и вторичной анемией	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	б) с выпадением узлов II – III стадии	НГМ	НГМ	ГО
	в) с редкими обострениями при успешном лечении	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 46 расписания болезней.

При наличии показаний освидетельствуемым по графам I, II, III расписания болезней предлагается оперативное 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 обострений.

К частым обострениям геморроя относятся случаи, когда освидетельствуемый 3 и более раз в год находится на лечении в стационарных условиях с длительными (месяц и более) сроками госпитализации по поводу кровотечения, тромбоза и воспаления II–III степени или выпадения геморроидальных узлов, а также когда заболевание осложняется повторными кровотечениями, требующими лечения в стационарных условиях.

Статья расписания болезней	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
47	Нейроциркуляторная астеня:			
	а) при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах и стойком нарушении ритма и (или) проводимости	НГМ	НГМ	ГО
	б) при стойких умеренно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах, преходящем нарушении ритма и (или) проводимости	ГО	ГО	Г

Пояснения к статье 47 расписания болезней.

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 обязанности военной службы при показателях АД 90/50–100/60 мм рт.ст. Во всех случаях следует исключить симптоматическую гипотонию, обусловленную болезнями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, легких или другими болезнями.

При выявлении повышения АД медицинское освидетельствование проводится по статье 43 расписания болезней.

У граждан, освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней, диагноз нейроциркуляторной астении должен быть подтвержден результатами медицинского обследования в стационарных условиях с участием врача-невролога, врача-офтальмолога, а при необходимости и других врачей-специалистов.

Граждане при приписке к призывным участкам, у которых диагностирована нейроциркуляторная астеня, признаются по статье 48 расписания болезней временно негодными к военной службе на 6 месяцев, подлежат медицинскому обследованию и лечению в стационарных условиях.

К пункту «а» относится нейроциркуляторная астеня, значительно снижающая трудоспособность и исполнение служебных обязанностей:

с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией АД ниже 100/60 мм рт.ст. при наличии постоянных жалоб, стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, стойкого нарушения ритма и (или) проводимости, безуспешности повторного лечения в стационарных условиях;

с наличием стойких кардиалгий, сопровождающихся значительно выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, стойким нарушением ритма и (или) проводимости, безуспешности повторного лечения в стационарных условиях.

К пункту «б» относится нейроциркуляторная астеня со стойкими умеренно выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, в том числе с преходящим нарушением ритма и (или) проводимости, не снижающими трудоспособность и исполнение служебных обязанностей.

Нейроциркуляторная астеня с незначительно выраженными проявлениями не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению

срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Характеристика нарушений ритма и (или) проводимости приведена в статье 42 расписания болезней.

При нарушении ритма и (или) проводимости, обусловленном органическими изменениями миокарда, медицинское освидетельствование проводится по статье 42 расписания болезней.»;

статью 49 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
49	Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки, аллергические риниты:			
	а) значительно выраженный зловонный насморк (озена), склерома верхних дыхательных путей	НГМ	НГМ	НГМ
	б) полипозные синуситы, сопровождающиеся стойким затруднением носового дыхания, гнойные синуситы с частыми обострениями, длительно текущие атрофические процессы в полости носа, осложненные перфорацией перегородки носа, сопровождающиеся частыми носовыми кровотечениями, подтвержденные анемией любой степени тяжести и нарушением дыхания	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) болезни носовой полости, носоглотки со стойким затруднением носового дыхания и (или) стойким расстройством барофункции околоносовых пазух	ГО	ГО	Г ССО – НГ
	г) хронический декомпенсированный тонзиллит, хронический атрофический, гипертрофический, гранулезный фарингит (назофарингит)	ГО	ГО	Г
д) аллергические риниты, поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким нарушением носового дыхания, без утраты трудоспособности	ГО	ГО	Г ССО – ИНД	

Пояснения к статье 49 расписания болезней.

Диагноз озены ставится 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 озены при бактериологическом исследовании. На начальных стадиях заболевания указанные клинические проявления могут отсутствовать. В таких случаях диагноз подтверждается только реакцией связывания комплемента с озонозным антигеном и выделением возбудителя озены при бактериологическом исследовании.

В клиническом течении склеромы различаются следующие формы заболевания: скрытая, инфильтративная, рубцовая, смешанная. Диагноз устанавливается на основании жалоб пациента, по эндоскопическим признакам по форме заболевания, данным серологических исследований (реакция связывания комплемента со склеромным антигеном) и в результате выделения клебсиелы склеромы при бактериологическом исследовании. Инфильтративная форма может быть подтверждена и гистологическим исследованием.

Диагноз хронического гнойного заболевания околоносовых пазух должен быть подтвержден риноскопическими данными (гнойные выделения), рентгеномографией и (или) рентгенографией околоносовых пазух с контрастированием в двух проекциях, а при верхнечелюстном синусите – лечебно-диагностической пункцией. При необходимости проводится КТ, МРТ или видеоскопическое исследование.

К пункту «б» относятся:

гнойные и (или) полипозные синуситы, сопровождающиеся атрофическими или гипертрофическими процессами слизистой верхних дыхательных путей с нарушением носового дыхания;

хронические гнойные и (или) полипозные синуситы без осложнений, протекающие с частыми (не менее двух раз в год) обострениями;

поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким, выраженным нарушением носового дыхания в течение всего теплого времени года (весна – осень) при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения;

аллергические риниты с сенсibilизацией к бытовым аллергенам с частыми обострениями (3 и более раза в год), протекающие с выраженными клиническими проявлениями и нарушением трудоспособности при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения.

Военнослужащие срочной военной службы, службы в резерве после оперативного лечения освидетельствуются по статье 53 расписания болезней. При неудовлетворительных результатах лечения заключение о категории годности к военной службе принимается по пункту «б» настоящей статьи.

К пункту «в» относятся хронические негнойные заболевания околоносовых пазух (катаральные, серозные, вазомоторные и другие негнойные формы синуситов) без признаков дистрофии тканей верхних дыхательных путей, без частых обострений.

Искривление носовой перегородки с затруднением носового дыхания с обеих сторон, дистрофическими процессами верхних дыхательных путей с обеих сторон является противопоказанием для поступления в военные учебные заведения и МСВУ.

Искривление носовой перегородки с затруднением носового дыхания с одной стороны, нестойкие субатрофические явления слизистой верхних дыхательных путей при свободном носовом дыхании, пристеночное утолщение слизистой верхнечелюстных пазух, если при диагностической пункции не получено гноя или трансудата и сохранена проходимость 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) не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Стойкий характер нарушения барофункции околоносовых пазух устанавливается на основании жалоб освидетельзуемого, состояния носовой полости, испытания в барокамере на переносимость перепадов давления с рентгенологическим исследованием придаточных пазух носа до и после испытания (по показаниям), данных медицинских и служебных характеристик.

Под хроническим декомпенсированным тонзиллитом следует понимать форму хронического тонзиллита, характеризующуюся частыми (не менее двух раз в год) обострениями, наличием тонзиллогенной интоксикации (субфебрилитет, быстрая утомляемость, вялость, недомогание), вовлечением в воспалительный процесс околоминдаликовой ткани, регионарных лимфоузлов (паратонзиллярный абсцесс, регионарный лимфаденит). К объективным признакам относятся: выделение гноя из лакун при надавливании шпателью или их зондировании, грубые рубцы на небных миндалинах, гиперемия и отечность небных дужек и сращение их с миндалинами, наличие в подэпителиальном слое нагноившихся фолликулов, увеличение лимфатических узлов шеи. Только такая форма хронического тонзиллита является противопоказанием для поступления в военные учебные заведения и МСВУ. При наличии других форм кандидаты

в военные учебные заведения и МСВУ признаются годными к поступлению. Призывники при приписке к призывным участкам направляются на лечение.

Поллинозы и аллергические риниты без нарушения или с незначительным нарушением носового дыхания не являются основанием для применения настоящей статьи.

Обследование призывников с поллинозами и аллергическими ринитами должно проводиться с обязательным привлечением врача-аллерголога.»;

статью 54 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
54	Нарушение развития и прорезывания зубов: а) отсутствие десяти и более зубов на одной челюсти или замещение их съемным протезом; отсутствие восьми коренных зубов на одной челюсти; отсутствие четырех коренных зубов на верхней челюсти с одной стороны и четырех коренных зубов на нижней челюсти с другой стороны или замещение их съемными протезами	НГМ	НГМ	Г ССО, СС – ИНД
	б) отсутствие четырех и более фронтальных зубов на одной челюсти или отсутствие второго резца, клыка и первого малого коренного зуба подряд при невозможности замещения их несъемными протезами	ГО	ГО	Г ССО – ИНД
	в) множественный осложненный кариес	Г	Г	Г

Пояснения к статье 54 расписания болезней.

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.»;

статью 56, статью 57 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
56	Челюстно-лицевые аномалии (кроме врожденных пороков развития), другие болезни и изменения зубов и их опорного аппарата, болезни челюстей:			
	а) со значительным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	ГО	ГО	Г ССО, СС – ИНД
г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Г	Г	Г	

Пояснения к статье 56 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

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

хронические часто обостряющиеся (более двух раз в год для освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней и более четырех раз в год для освидетельствуемых по графе III 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 оперативного) 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 служебные обязанности, военнослужащий, проходящий военную службу по контракту, может быть освидетельствован по пункту «б».

К пункту «б» относятся:

аномалии прикуса II–III степени с разобщением прикуса более 5 мм с жевательной эффективностью менее 60 % по Н.И.Агапову;

хронические сиалоадениты 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 оперативного лечения, у освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней.

Граждане при приписке к призывным участкам с указанными в пункте «б» заболеваниями направляются на лечение. Военнослужащие после лечения освидетельствуются по статье 61 расписания болезней. При отказе от оперативного лечения или неудовлетворительном результате операции медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» настоящей статьи.

Граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе после оперативного лечения по поводу аномалий прикуса до 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 степени с разобщением прикуса более 10 мм (без учета жевательной эффективности) заключение о категории годности к военной службе 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 «г».

Наличие аномалии прикуса I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно), наличие неудаленных металлических штифтов (пластин) при сросшихся переломах верхней и (или) нижней челюстей не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Статья расписания болезней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
57	Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД

	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г

Пояснения к статье 57 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

приобретенные пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи;
рубцовые сужения пищевода, ахалазия кардии со значительными клиническими проявлениями, требующие систематического бужирования, дилатации или оперативного лечения;

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом V степени (эзофагит Барретта);

язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией, стенозом (суб- и декомпенсированным) привратника, луковицы и залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (задержка контрастного вещества в желудке более 6 ч), сопровождающиеся нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5), при наличии противопоказаний к оперативному лечению или отказе от него;

субтотальная резекция или экстирпация желудка;

последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии при развитии значительного нарушения пищеварения (демпинг-синдром средней и тяжелой степени при нарушении статуса питания – ИМТ менее 18,5), язва анастомоза.

К пункту «б» относятся:

дивертикулы пищевода с клиническими проявлениями;

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с тяжелым эзофагитом (III–IV степени), часто рецидивирующая (3 и более раза в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более);

рубцовые сужения пищевода, ахалазия кардии, не требующие систематического бужирования, дилатации или оперативного лечения;

язва желудка с частыми рецидивами (2 и более раза в год);

язва желудка с особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 3 см и более, каллезная язва, длительно не рубцующаяся язва – 3 месяца и более);

язва двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами (3 и более раза в год), особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 2 см и более, каллезная язва, множественные язвы залуковичной локализации, длительно не рубцующаяся язва – 2 месяца и более);

язва двенадцатиперстной кишки с выраженной (IV степени) рубцовой деформацией луковицы;

язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки в течение первого года после массивного кровотечения (снижение объема циркулирующей крови до 30 % и более) при сохранении анемии средней степени тяжести;

последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии при умеренном нарушении пищеварения (демпинг-синдром средней степени, диарея, нарушение статуса питания при ИМТ менее 18,5).

К пункту «в» относятся:

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с легким эзофагитом (I–II степени), часто рецидивирующая (3 и более раза в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более);

последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии при развитии незначительного нарушения пищеварения (демпинг-синдром легкой степени, неустойчивый стул без нарушения состояния питания);

особые формы хронического гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный);
хронический гастрит с дисплазией эпителия;
язва двенадцатиперстной кишки с рецидивами 2 раза в год, множественные язвы
луковицы двенадцатиперстной кишки.

К пункту «г» относятся:

язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки с редкими рецидивами (раз в год и реже) без осложнений (кровотечение, перфорация);

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с легким эзофагитом (I–II степени);

хронические гастриты, за исключением упомянутых в пункте «в».

Призывники, перенесшие острую язву (рецидив язвы) желудка и (или) острую язву (рецидив язвы) двенадцатиперстной кишки в течение трех месяцев до медицинского освидетельствования при призыве на срочную военную службу, службу в резерве, признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев.

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.

Диагноз язвы желудка или двенадцатиперстной кишки должен быть подтвержден эндоскопическим исследованием и (или) рентгенологическим полипозиционным, прицельным с использованием двойного контрастирования исследованием в условиях искусственной гипотонии пилорoduоденальной зоны. Для подтверждения диагноза язвы только эндоскопическим исследованием кроме врача-эндоскописта принимают участие в проведении исследования заведующий (начальник) отделением, лечащий врач, которые обязательно подписывают протокол эндоскопического исследования.

При наличии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе у граждан, освидетельствуемых по графе I расписания болезней, диагноз должен подтверждаться выписками из медицинской карты стационарного пациента (медицинской карты амбулаторного больного) с подробным описанием эндоскопического (рентгенологического) исследования, при этом выписку подписывают врач-рентгенолог (врач-эндоскопист) и начальник (заведующий) структурным подразделением государственной (военной) организации здравоохранения и она заверяется печатью государственной (военной) организации здравоохранения. В случае отсутствия документов для подтверждения диагноза освидетельствуемому проводится эндоскопическое (рентгенологическое) исследование.

Достоверным признаком перенесенной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является наличие послеязвенной рубцовой деформации желудка или двенадцатиперстной кишки, выявленной при эндоскопическом исследовании и (или) рентгенологическом исследовании в условиях искусственной гипотонии. Для подтверждения диагноза рубцовой деформации желудка или двенадцатиперстной кишки только эндоскопическим исследованием кроме врача-эндоскописта принимают участие в проведении исследования заведующий (начальник) отделением, лечащий врач, которые обязательно подписывают протокол эндоскопического исследования.

Рецидив (обострение) язвы желудка или двенадцатиперстной кишки – состояние, когда у пациента с установленным ранее диагнозом язвы желудка или двенадцатиперстной кишки на фоне клинических проявлений или без них диагностируется язвенный дефект той же или другой локализации.

Диагноз хронического гастрита устанавливается только посредством морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка.

При неосложненных симптоматических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки категория годности к военной службе определяется в зависимости от тяжести и течения

основного заболевания по соответствующим статьям расписания болезней. При осложненных симптоматических язвах в отношении освидетельствуемых по графам I, II, III расписания болезней заключение о категории годности к военной службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от нарушения функции пищеварения.

Определяют следующие степени выраженности рубцово-язвенной деформации двенадцатиперстной кишки:

I степень – деформация отсутствует рентгенологически, луковица доступна для рентгенологического и эндоскопического исследований во всех отделах, размеры ее неизменены, на одной из стенок луковицы эндоскопически может определяться белесый рубчик, эвакуаторная функция не нарушена;

II степень – 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 степень – 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 степень – выраженная деформация. Выраженной послеязвенной 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 ч). 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 удастся, эндоскопическая ревизия луковицы практически невозможна из-за ее резкой деформации и уменьшения размеров.»;

статью 59, статью 60 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
59	Болезни печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО

	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД
--	---	----	----	----------------

Пояснения к статье 59 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

цирроз печени;

хронический гепатит с высокой степенью активности (по данным биопсии и (или) 10-кратного и более стойкого повышения активности трансаминаз) и (или) III–IV степенью фиброза;

осложнения после операций на желчевыводящих путях (желчные свищи и другие) спустя год после операции;

хронический панкреатит с выраженными морфологическими изменениями (атрофия, кальцинаты, деформация протоков, кисты) и нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы с нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5) и (или) с нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом;

осложнения после операций на поджелудочной железе (свищи и другие) спустя год после операции;

состояние после резекции поджелудочной железы.

К пункту «б» относятся:

хронический гепатит с умеренной степенью активности (по данным биопсии и (или) 3 – 10-кратного стойкого повышения активности трансаминаз) и (или) II степенью фиброза;

хронический панкреатит с выраженными морфологическими изменениями (атрофия, кальцинаты, деформация протоков, кисты) с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы без нарушения статуса питания;

состояние после наложения билиодигестивных или панкреатодигестивных анастомозов;

хронический холецистит с частыми (более трех раз в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях.

К пункту «в» относятся:

хронический гепатит с минимальной степенью активности;

хронический калькулезный холецистит с редкими обострениями;

состояние после удаления желчного пузыря или оперативного лечения болезней желчных протоков, поджелудочной железы с благоприятным исходом;

хронический панкреатит без нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и статуса питания с хорошими результатами лечения.

Диагноз хронического гепатита должен быть подтвержден при медицинском обследовании в стационарных условиях клиническими, лабораторными, инструментальными данными, свидетельствующими о стабильном поражении печени. Биопсия печени проводится при неоднозначных клинических, лабораторных, инструментальных данных, необходимости уточнения диагноза, этиологического фактора.

К пункту «г» относятся:

хронический бескаменный холецистит с редкими обострениями (реже двух раз в год);

функциональная гипербилирубинемия;

стеатоз (жировая дегенерация печени);

функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей.

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.

Для лиц, освидетельствуемых по графе I через год после удаления желчного пузыря при отсутствии нарушений функции печени и поджелудочной железы, освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи.

Статья расписания болезней	Наименование болезни, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
60	Грыжи:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГМ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО
	в) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 60 расписания болезней.

При наличии грыжи у граждан, освидетельствуемых по графам I–III расписания болезней, предлагается оперативное лечение. После успешного лечения они годны к военной службе.

Основанием для применения настоящей статьи являются неудовлетворительные результаты лечения (рецидив заболевания) или отказ от лечения, а также медицинские противопоказания для его проведения.

К пункту «а» относятся:

повторно рецидивные наружные грыжи больших размеров, требующие для вправления ручного пособия или горизонтального положения тела, либо грыжи, нарушающие функцию внутренних органов;

диафрагмальные грыжи (в том числе приобретенная релаксация диафрагмы), нарушающие функцию органов грудной клетки или с частыми (2 и более раза в год) ущемлениями;

невправимые вентральные грыжи.

К пункту «б» относятся:

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, не сопровождающиеся указанными в пункте «а» нарушениями, при удовлетворительных результатах лечения;

умеренных размеров наружные грыжи, появляющиеся в вертикальном положении тела при физических нагрузках, кашле;

рецидивные грыжи;

вентральные грыжи, требующие ношения бандажа.

К пункту «в» относятся грыжи незначительных размеров, легкоправимые, исчезающие самостоятельно при горизонтальном положении тела.

Небольшая (в пределах физиологического кольца) пупочная грыжа, предбрюшинный жировик белой линии живота, а также расширение паховых колец без грыжевого выпячивания при физической нагрузке, натуживании не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.»;

статью 62 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
62	Болезни кожи и подкожной клетчатки:			
	а) трудно поддающиеся лечению распространенные формы хронической экземы, тяжелые и осложненные формы псориаза, атопический дерматит с распространенной лихенификацией кожного покрова, пузырчатка, герпетиформный дерматит, другие	НГИ	НГИ	НГИ

	генодерматозы б) распространенная абсцедирующая и хроническая язвенная пиодермия; распространенный псориаз, ограниченные и часто рецидивирующие формы экземы, псориаза, атопический дерматит с очаговой лихенификацией кожного покрова; дискоидная красная волчанка; фотодерматит, красный плоский лишай; хроническая, упорная к проводимому лечению крапивница, рецидивирующие отеки Квинке в) приобретенный ихтиоз, редко рецидивирующие формы ограниченной экземы, псориаза, распространенные и тотальные формы гнездовой плешивости и витилиго; ограниченная склеродермия г) ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии, гнездовой плешивости, ксеродермии, витилиго, фолликулярного ихтиоза	НГМ НГМ ГО	НГМ НГМ ГО	НГМ, ГНС – ИНД ГО Г ССО – ИНД
--	---	--------------------------	--------------------------	---

Пояснения к статье 62 расписания болезней.

Под распространенной формой гнездовой плешивости (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 псориаза понимается наличие множественных бляшек на коже различных анатомических областей.

Под распространенной лихенификацией при атопическом дерматите понимается наличие усиленного рисунка в областях утолщенной сухой кожи лица, шеи, локтевых, подколенных ямок, а также тотальное поражение.

К пункту «б» относятся:

множественные конглобатные акне;

приобретенные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви;

ограниченные и часто рецидивирующие (2 и более раза в год) формы экземы;

единичные, но крупные (размером с ладонь больного и более) псориазные бляшки;

рецидивирующие отеки Квинке и (или) хроническая крапивница в случаях безуспешного лечения в стационарных условиях и непрерывного рецидивирования волдырей (уртикарий) на протяжении не менее двух месяцев;

холодовая аллергия рецидивирующего течения с клиническими проявлениями крапивницы и (или) отека Квинке, подтвержденная холодной пробой в стационарных условиях.

Возникающие в период прохождения срочной военной службы, службы в резерве единичные мелкие бляшки псориаза не являются противопоказанием к военной службе, кроме военной службы в химических воинских частях и работы в условиях профессиональной вредности. Призывники после успешного лечения в стационарных условиях при наличии мелких единичных бляшек признаются негодными к военной службе. Себорея не препятствует призыву на срочную военную службу, службу в резерве и поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Медицинское освидетельствование лиц с ограниченной склеродермией проводится лишь при бляшечной форме данного заболевания по пункту «в» вне зависимости от локализации, количества и размеров очагов поражения.

Наличие атопического дерматита (экссудативного диатеза, детской экземы, нейродермита) в анамнезе при отсутствии рецидива в течение последних трех лет, а также разновидность ограниченной склеродермии – «болезни белых пятен» не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной

службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Легкие формы ихтиоза и единичные очаги псориаза в области локтевых и коленных суставов не являются противопоказанием к военной службе для лиц, освидетельствуемых по графе III.

Степень распространенности экземы, чешуйчатого лишая и других хронических заболеваний не имеет значения при определении годности кандидатов к поступлению в МСВУ. Медицинское освидетельствование граждан, обучающихся в МСВУ, проводится только после лечения.

Часто рецидивирующими формами кожных заболеваний считаются такие формы, при которых обострения возникают 2 и более раза в год. К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения болезней кожи не более одного раза в год в течение последних трех лет.

Под ограниченными формами псориаза, указанными в пункте «в», понимаются единичные очаги поражения различной локализации, в том числе и в различных анатомических областях, площадью до ладони пациента. При экземе поражение одной из анатомических областей (стопа, голень, кисть, голова) расценивается как ограниченное.

Под ограниченными формами витилиго, указанными в пункте «г», 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).

К пункту «г» также относятся ограниченные формы экземы при отсутствии рецидива в течение последних трех лет, за исключением экземы наружного слухового прохода и ушной раковины, которые освидетельствуются по статье 37 расписания болезней.»;

статью 65, статью 66 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
65	Хирургические болезни и поражения крупных суставов, хрящей, остеопатии, хондропатии:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 65 расписания болезней.

Заключение о категории годности к военной службе при заболеваниях костей и суставов выносится, как правило, после медицинского обследования и лечения в стационарных условиях. При этом необходимо учитывать склонность заболевания к рецидивам или прогрессированию, стойкость выздоровления и особенности военной службы. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него заключение о категории годности к военной службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от нарушения функции конечности или сустава.

К пункту «а» относятся:

анкилоз крупного сустава в порочном положении, фиброзный анкилоз с выраженным болевым синдромом, искусственный сустав;

патологическая подвижность (неопорный сустав) или стойкая контрактура сустава со значительным ограничением движений;

выраженный деформирующий (наличие грубых костных разрастаний суставных концов не менее 2 мм) артроз крупных суставов с частыми (2 и более раза в год)

рецидивами обострений болевого синдрома, разрушениями суставного хряща (ширина суставной щели на рентгенограмме менее 2 мм) и деформацией оси конечностей;

дефект костей более 1 см с нестабильностью конечности;

асептический некроз головки бедренной кости;

остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров, длительно незаживающих или часто (2 и более раза в год) открывающихся свищей.

При анкилозах крупных суставов в функционально выгодном положении, при хорошей функциональной компенсации искусственного сустава категория годности к военной службе освидетельствуемых по графе III расписания болезней определяется по пункту «б».

К пункту «б» относятся:

частые (3 и более раза в год) вывихи крупных суставов, возникающие вследствие незначительных физических нагрузок, с выраженной неустойчивостью (разболтанностью) или рецидивирующим синовитом сустава, сопровождающиеся умеренно выраженной атрофией мышц конечностей;

деформирующий артроз в одном из крупных суставов (ширина суставной щели на рентгенограмме 2–4 мм) с болевым синдромом;

остеомиелит (в том числе и первично хронический) с ежегодными обострениями;

гиперостозы, препятствующие движению конечности или ношению военной формы одежды, обуви или снаряжения;

остеомиелит с редкими (раз в 2–3 года) обострениями с наличием секвестральных полостей, секвестров;

стойкие контрактуры одного из крупных суставов с умеренным ограничением объема движений.

К пункту «в» относятся:

редкие (менее трех раз в год) вывихи плечевого сустава, неустойчивость и синовит суставов вследствие умеренных физических нагрузок;

остеомиелит с редкими (раз в 2–3 года) обострениями при отсутствии секвестральных полостей, секвестров;

стойкие контрактуры одного из крупных суставов с незначительным ограничением объема движений;

нагрузочные остеодистрофии трубчатых костей нижних конечностей в случаях длительного (более трех месяцев) лечения.

При хондропатиях с незаконченным процессом граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве и поступлении на военную службу по контракту по статье 86 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе до 12 месяцев. В последующем при хондропатиях с незаконченным процессом заключение о категории годности к военной службе выносится по пункту «в» настоящей статьи.

Остеомиелитический процесс считается законченным при отсутствии обострения, секвестральных полостей, секвестров в течение трех и более лет.

Повторение вывиха крупного сустава должно быть подтверждено медицинскими документами и рентгенограммами сустава до и после вправления вывиха. нестабильность вследствие повреждения связок и капсулы сустава подтверждается клинически и рентгенологически.

По поводу нестабильности суставов освидетельствуемым предлагается оперативное лечение. После успешного лечения граждане при призыве на срочную военную службу, службу в резерве и поступлении на военную службу по контракту по статье 86 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием.

После оперативного лечения нестабильности коленного сустава освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи.

Освидетельствуемым по графе III расписания болезней после успешного оперативного лечения выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни до 45 суток с последующим освобождением от строевой, физической подготовки и управления всеми видами транспортных средств на 6 месяцев, а после лечения нестабильности коленного сустава, обусловленной повреждением связок и капсулы, – на 12 месяцев.

При кистозном перерождении костей и отсекающем остеохондрозе крупного сустава предлагается оперативное лечение. При отказе от оперативного лечения или его неудовлетворительных результатах заключение о категории годности к военной службе выносится в зависимости от степени нарушения функций конечности или сустава.

Освидетельствуемые по графе I расписания болезней с болезнью Осгуда-Шлаттера без нарушения функций суставов признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

При оценке объема движений в суставах следует руководствоваться таблицей 3 «Оценка объема движений в суставах» настоящего приложения.

Статья расписания болезней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
66	Деформации, болезни позвоночника и их последствия:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО СС – ИНД
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 66 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника, подтвержденные рентгенологически клиновидными деформациями тел позвонков, их ротацией в местах наибольшего изгиба позвоночника (кифозы, сколиозы IV степени и другие) и сопровождающиеся резкой деформацией грудной клетки (реберный горб и другие), а также нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу;

анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) с частыми обострениями (3 и более раза в год);

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;

спондилолистез IV, V степени;

распространенный остеохондроз IV степени всех отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный данными медицинских документов, корешковыми и (или) проводниковыми расстройствами;

фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье);

распространенный деформирующий спондилез III степени всех отделов позвоночника;

инфекционный спондилит с частыми (3 и более раза в год) обострениями.

К пункту «б» относятся:

врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы, сколиозы III степени) с умеренной деформацией грудной клетки и нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу;

врожденный и (или) приобретенный критический стеноз спинно-мозгового канала, сопровождающийся клиническими проявлениями (боли, неврологические расстройства); анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) с редкими обострениями; спондилолистез III степени; распространенный остеохондроз III и (или) IV степени не менее двух отделов позвоночника с болевым синдромом; распространенный деформирующий спондилез III степени не менее двух отделов позвоночника; инфекционный спондилит с редкими обострениями.

К пункту «в» относятся:

множественные аномалии развития хотя бы в одном отделе позвоночника в различных сочетаниях, приведшие к развитию остеохондроза III, IV степени, сколиозу I и выше степени, спондилезу II, III степени, синдрому нестабильности;

кифоз III степени;

сколиозы II степени, при которых дуга сколиотической деформации позвоночника в положении лежа 11 и более градусов;

анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) в начальной стадии; спондилолистез II степени;

распространенный остеохондроз III степени одного или более отделов позвоночника;

ограниченный остеохондроз III и (или) IV степени не менее двух отделов позвоночника; ограниченный спондилез III степени не менее двух отделов позвоночника.

К пункту «г» относятся:

одиночные или множественные аномалии развития в одном отделе позвоночника;

врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы II степени, кифозы I степени со структурными изменениями позвонков, сколиозы I степени);

сколиозы II степени, при которых дуга сколиотической деформации позвоночника в положении лежа 10 и менее градусов;

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.

Бессимптомное течение межпозвоночного остеохондроза в виде грыж Шморля одного-двух позвонков, кифоз I степени без структурного изменения позвонков не являются основанием для применения данной статьи, не препятствуют прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

Во всех случаях основанием для установления диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики при строгом соблюдении методик исследований.

Основным методом диагностики дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника является рентгенологический метод. Он также является основным при вынесении экспертных решений. Характер патологических изменений позвоночника должен быть подтвержден многоосевыми, нагрузочными и функциональными исследованиями. КТ, МРТ, МРТ с функциональными пробами, спиральная КТ и другие лучевые методы исследований являются дополнительными и интерпретируются соответственно данным рентгенологического исследования.

При исследовании снижение высоты межпозвоночного диска L5 – S1 следует считать патологическим только при наличии прочих признаков дегенеративного процесса.

Признаками синдрома нестабильности являются:

для поясничного отдела позвоночника – смещение позвонка более чем на 4 мм вперед или назад при функциональной рентгенографии;

для шейного отдела позвоночника – смещение I шейного позвонка по отношению ко II шейному позвонку более чем на 3,5 мм, в нижнешейном отделе – смещение позвонков на 2 мм и более.

Движения позвоночника в сагиттальной плоскости очень вариабельны: в норме расстояние между остистым отростком VII шейного позвонка и бугорком затылочной кости при наклоне головы увеличивается на 3–4 см, а при запрокидывании головы (разгибании) уменьшается на 8–10 см.

Расстояние между остистым отростком VII шейного и I крестцового позвонков при нагибании увеличивается на 5–7 см по сравнению с обычной осанкой и уменьшается на 5–6 см при прогибании назад. Боковые движения (наклоны) в поясничном и грудном отделах возможны в пределах 25–30 градусов.

Остеохондроз и спондилез позвоночника могут представлять собой рентгенологические находки, не сопровождаются нарушением функции позвоночника, спинного мозга и его корешков и, соответственно, не нарушают функции организма в целом. Остеохондроз характеризуется первичным невоспалительным дегенеративным поражением хряща вплоть до его некроза с последующим вовлечением в процесс замыкательных пластинок смежных позвонков (склероз) и образованием краевых остеофитов. Остеофиты при остеохондрозе образуются из краевых пластинок перпендикулярно продольной оси позвоночника. Спондилез – изменения позвоночника, возникающие в процессе естественного старения при сохранности тургора пульпозного ядра и сохранении высоты межпозвонкового пространства, отсутствии склероза замыкательных пластинок, наличии остеофитов, образующихся на местах прикрепления продольных связок в виде скоб по передним и боковым поверхностям позвоночника вследствие обызвествления передней продольной связки.

Рентгенологическими признаками остеохондроза являются:

при I степени – незначительные изменения конфигурации позвоночника в одном или нескольких сегментах, нестабильность межпозвонкового диска в условиях выполнения функциональных проб;

при II степени – уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков, выпрямление физиологического лордоза, незначительное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск равен по высоте вышележащему), вентральные и дорзальные экзостозы тел позвонков;

при III степени – 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);

при IV степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, выраженное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего в 2 и более раза), значительно выраженные дистрофические изменения межпозвонковых суставов со значительным сужением межпозвонковых отверстий и позвоночного канала.

Определение степени деформирующего спондилеза по рентгенограммам:

I степень – деформирующие изменения по краям тел позвонков (у лимбуса);

II степень – краевые разрастания, растущие по направлению от позвонка к позвонку и не достигающие степени срастания;

III степень – срастание остеофитов двух смежных позвонков в виде скобы.

Остеохондроз и спондилез могут быть:

изолированными – когда поражается один межпозвонковый диск или два смежных позвонка;

ограниченными – когда поражаются два диска или три позвонка;
распространенными – когда поражаются более двух дисков или более трех позвонков.

Спондилолиз – это дефект в межсуставной части дужки позвонка. Спондилолиз может быть результатом порочного развития – дисплазии или усталостного перелома вследствие механических перегрузок. Спондилолиз встречается без спондилолистеза и может сопровождаться выраженной нестабильностью пораженного сегмента и, соответственно, болевым синдромом.

Спондилолистез – смещение тела вышележащего позвонка относительно нижележащего в горизонтальной плоскости. В норме за счет эластичности диска и связочного аппарата смещения позвонков в горизонтальной плоскости возможны при максимальном сгибании или разгибании в пределах 3 мм.

Степень 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 степень – смещение свыше 3 мм до 1/4 тела позвонка;

II степень – смещение от 1/4 до 1/2 тела позвонка;

III степень – смещение от 1/2 до 3/4 тела позвонка;

IV степень – смещение свыше 3/4 до ширины тела позвонка;

V степень (спондилоптоз) – смещение верхнего позвонка кпереди на полный переднезадний размер тела в сочетании с дополнительным каудальным смещением.

Деформация позвоночника при сколиозе оценивается по передне-задней рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень I 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.

Степени тяжести сколиотической деформации позвоночника:

I степень – дуга деформации от 5 до 10 градусов;

II степень – дуга деформации от 11 до 25 градусов;

III степень – дуга деформации от 26 до 40 градусов;

IV степень – дуга деформации от 41 градуса и более.

Деформация позвоночника при патологическом грудном кифозе (ювенильный остеохондроз, болезнь Шойермана) оценивается по боковой рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень I крестцового позвонка).

Для определения угловой величины дуги кифоза используется методика Кобба:

определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты грудного кифоза (III и XII грудные позвонки);

параллельно замыкательным пластинкам тел краниального и каудального позвонков на снимке проводятся прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться с применением геометрического приема 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 70 градусов.»;

статью 68 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
68	Плоскостопие и другие деформации стопы:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО СС – ИНД
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г

Пояснения к статье 68 расписания болезней.

В статье предусматриваются приобретенные фиксированные деформации стопы. Стопа с повышенными продольными сводами при правильной ее установке на поверхности при опорной нагрузке часто является вариантом нормы. Патологически полый считается стопа, имеющая деформацию в виде супинации заднего и пронации переднего отдела при наличии высоких внутреннего и наружного сводов (так называемая резко скрученная стопа), распластаный передний отдел стопы (широкий и несколько приведен), имеющая натоптыши под головками средних плюсневых костей и когтистую или молоточкообразную деформацию пальцев. Наибольшие функциональные нарушения возникают при сопутствующих эверсионно-инверсионных компонентах деформации в виде наружной или внутренней ротации всей стопы или ее элементов.

К пункту «а» относятся патологические конская, пяточная, варусная, полая, плоско-вальгусная, эквино-варусная стопы и другие, приобретенные в результате травм или заболеваний, необратимые резко выраженные искривления стоп, при которых невозможно пользование обувью установленного военного 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;

стойкая комбинированная контрактура всех пальцев на обеих стопах при их когтистой или молоточкообразной деформации;

отсутствие части стопы на любом ее уровне;

отсутствие, сведение или неподвижность всех пальцев на стопе (стопах);

отсутствие, сведение или неподвижность всех пальцев на уровне основных фаланг на обеих стопах (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней в данном случае применяется пункт «в»);

посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера от 0 градусов и менее, 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 военного образца;

продольное или поперечное плоскостопие III степени без вальгусной установки пяточной кости и явлений деформирующего артроза в суставах среднего отдела стопы;

деформирующий артроз первого плюсневого сустава III стадии с ограничением движений в пределах подошвенного сгибания менее 10 градусов и тыльного сгибания менее 20 градусов;

посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера от 0 до 10 градусов и наличием артроза подтаранного сустава;

отсутствие, сведение или неподвижность первого или двух пальцев на одной стопе, второго–пятого пальцев на уровне средних фаланг на обеих стопах.

К пункту «г» относится продольное или поперечное плоскостопие I или II степени с деформирующим артрозом I или II стадии суставов среднего отдела стопы.

Отсутствием пальца на стопе считается отсутствие его на уровне плюснефалангового сустава, а также полное сведение или неподвижность пальца.

Продольное плоскостопие и молотчкообразная деформация пальцев стоп оцениваются по профильным рентгенограммам в положении стоя под нагрузкой. На рентгенограммах посредством построения треугольника (соединение точек с подошвенной поверхности головки первой плюсневой кости, бугристости пяточной кости и нижнего края ладьевидно-клиновидного сочленения) определяются угол продольного свода и высота свода. Показатели степени плоскостопия представлены в таблице 4 «Таблица определения степени плоскостопия» настоящего приложения.

Для определения степени посттравматической деформации пяточной кости вычисляется угол Белера (угол суставной части бугра пяточной кости), образуемый пересечением двух линий, одна из которых соединяет наиболее высокую точку переднего угла подтаранного сустава и вершину задней суставной фасетки, а другая проходит вдоль верхней поверхности бугра пяточной кости. В норме данный угол составляет 20–40 градусов. Его уменьшение обычно сопровождается посттравматическим плоскостопием. Наиболее информативным исследованием для оценки состояния подтаранного сустава является КТ, выполненная в коронарной плоскости, перпендикулярной задней суставной фасетке пяточной кости. Поперечное плоскостопие оценивается по рентгенограммам переднего и среднего отделов стопы в прямой проекции, выполненным под нагрузкой. Достоверными критериями степени поперечного плоскостопия являются параметры угловых отклонений первой плюсневой кости и первого пальца. На рентгенограммах проводятся три прямые линии, соответствующие продольным осям I и II плюсневых костей и основной фаланге первого пальца. При I степени деформации угол между I и II плюсневыми костями составляет 10–12 градусов, а угол отклонения первого пальца – 15–20 градусов; при II степени данные углы соответственно увеличиваются до 15 и 30 градусов; при III степени – до 20 и 40 градусов, а при IV степени – превышают 20 и 40 градусов.

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.

Продольное и поперечное плоскостопие I или II степени без артроза в суставах среднего отдела стопы, контрактуры пальцев и экзостозов не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.»;

статью 72 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
72	Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия (гидронефроз, пионефроз), пиелонефрит (вторичный), мочекаменная болезнь, другие болезни почек и мочеточников, цистит, другие заболевания мочевого пузыря, невенерический уретрит, стриктура уретры, другие болезни уретры:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 72 расписания болезней.

К пункту «а» относятся заболевания, сопровождающиеся значительно выраженными нарушениями выделительной функции почек или хронической почечной недостаточностью:

мочекаменная болезнь с поражением обеих почек при неудовлетворительных результатах лечения (камни, гидронефроз, пионефроз, вторичный пиелонефрит, не поддающийся лечению);

двусторонний нефроптоз III стадии;

тазовая дистопия почек;

отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, при наличии любой степени нарушения функции оставшейся почки;

состояние после резекции или пластики мочевого пузыря;

склероз шейки мочевого пузыря, сопровождающийся пузырно-мочеточниковым рефлюксом и вторичным двусторонним хроническим пиелонефритом или гидронефрозом; стриктура уретры, требующая систематического бужирования.

При посттравматическом отсутствии почки медицинское освидетельствование проводится по статье 83 расписания болезней.

К пункту «б» относятся:

мочекаменная болезнь с частыми (3 и более раза в год) приступами почечной колики, отхождением камней, умеренным нарушением выделительной функции почек;

нефункционирующая почка или отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, без нарушения функции другой почки;

двусторонний нефроптоз II стадии с постоянным болевым синдромом, вторичным пиелонефритом;

односторонний нефроптоз III стадии;

односторонняя тазовая дистопия почки;

склероз шейки мочевого пузыря при вторичных односторонних изменениях мочевыделительной системы (односторонний гидроуретер, гидронефроз, вторичный пиелонефрит и другие);

структура уретры, требующая бужирования не более двух раз в год при удовлетворительных результатах лечения.

К пункту «в» относятся:

одиночные (до 0,5 см) камни почек, мочеточников с редкими (менее трех раз в год) приступами почечной колики, подтвержденные данными УЗИ, при наличии патологических изменений в моче;

одиночные (0,5 см и более) камни почек, мочеточников без нарушения выделительной функции почек;

двусторонний 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 и более раз в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях;

поясничная дистопия почек с незначительным нарушением выделительной функции.

К пункту «г» относятся:

состояние после инструментального удаления или самостоятельного отхождения одиночного камня из мочевыводящих путей (лоханка, мочеточник, мочевой пузырь) без повторного камнеобразования;

состояние после дробления камней, находящихся в мочевыделительной системе (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней);

мелкие (до 0,5 см) одиночные конкременты почек, мочеточников, подтвержденные только УЗИ, без патологических изменений в моче;

односторонний или двусторонний нефроптоз I стадии;

односторонний нефроптоз II стадии без нарушения выделительной функции почки и при отсутствии патологических изменений в моче.

Нарушение выделительной функции почек должно быть подтверждено данными хромоцистоскопии, выделительной урографии или радиоизотопными исследованиями.

Стадию нефроптоза определяет врач-рентгенолог по рентгенограммам, выполненным при вертикальном положении обследуемого: I стадия – опущение нижнего полюса почки более полутора позвонков, II стадия – более двух позвонков, III стадия – на три позвонка и более.

При наличии симптоматической артериальной гипертензии, обусловленной заболеванием почек, указанным в настоящей статье, заключение о категории годности к военной службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функции почек и по пунктам «а», «б» или «в» статьи 43 расписания болезней в зависимости от уровня АД.»;

статью 80 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
80	Врожденные аномалии развития органов и систем:			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО
	г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г

Пояснения к статье 80 расписания болезней.

Медицинское освидетельствование граждан при первичном пролапсе митрального и (или) других клапанов сердца (как проявление дисплазии соединительной ткани) проводится по настоящей статье, а при вторичном пролапсе митрального и (или) других клапанов сердца (формирующемся при ишемической болезни сердца, миокардите, кардиомиопатии, при травме и других заболеваниях) – по статье 42 расписания болезней.

Настоящая статья применяется в случаях невозможности лечения врожденных пороков и аномалий развития, отказа от лечения или его неудовлетворительных результатов.

К пункту «а» относятся:

комбинированные или сочетанные врожденные пороки сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии) при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии; изолированные врожденные пороки сердца (стеноз аорты, стеноз легочной артерии, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального (митрального) клапана, пролабирование створок аортального клапана, бicuspidальный аортальный клапан, миксоматоз, аневризма межпредсердной перегородки, межжелудочковой перегородки или синуса Вальсальвы, фенестрация створок клапанов с регургитацией крови, незаращение боталлова протока, дефект межжелудочковой или межпредсердной перегородки и другие) при наличии хронической сердечной недостаточности II или III стадии;

наследственные нарушения соединительной ткани (в том числе дисплазии соединительной ткани) с нарушением анатомии органа и (или) их функции (синдром Марфана, синдром Элерса–Данло и другие);

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью III степени;

изолированные деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания III степени;

пороки и аномалии развития черепа с выраженными стойкими изменениями со значительным нарушением функции;

врожденное отсутствие ушной раковины, расщелины губы и неба, другие врожденные аномалии органов пищеварения с выраженными клиническими проявлениями и резким нарушением функций;

остеосклероз (остеопетроз, мраморная болезнь);

отсутствие одной почки или ее функции при нарушении функции оставшейся почки независимо от степени ее выраженности;

поликистоз почек со значительным нарушением функции по данным радиоизотопной ренографии или с хронической почечной недостаточностью II–IV стадии;

аномалии почек и (или) почечных сосудов с симптоматической артериальной гипертензией, соответствующей по уровню АД III степени;

аномалии половых органов (отсутствие полового члена, атрезия влагалища);

деформация костей с укорочением конечности более 8 см;

отсутствие сегмента конечности;

O-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей более 20 см) или X-образное искривление ног (при расстоянии между внутренними лодыжками голени более 15 см) (в отношении освидетельствуемых по графе III расписания болезней заключение выносится по пункту «б»);

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц со значительным нарушением функций;

ихтиоз врожденный, ихтиозиформная эритродермия.

К пункту «б» относятся:

комбинированные или сочетанные врожденные пороки сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии) при отсутствии хронической сердечной недостаточности I стадии;

изолированные врожденные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;

пролапс митрального или других клапанов сердца III степени (более 9 мм), пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (6–8,9 мм) с нарушением внутрисердечной гемодинамики, а также пролапс клапанов, осложненный миксоматозной дегенерацией створок;

малые аномалии сердца (избыточная трабекулярность желудочков, аномальное крепление створочных хорд, аномальное положение хорд, аномалии папиллярных мышц и другие) или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся нарушением диастолической функции желудочка (по результатам ЭхоКГ) и (или) нарушениями ритма и проводимости сердца, указанными в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней;

пороки и аномалии развития черепа (краниостеноз, платибазия, базилярные импрессии, макро- или микроцефалия и другие) при стойких или медленно прогрессирующих изменениях с умеренным нарушением функции;

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью II степени;

деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания II степени;

отсутствие одной почки или ее функции при нормальной функции оставшейся почки;

поликистоз, дисплазия, удвоение почек и их элементов, подковообразная почка с умеренным нарушением выделительной функции или с хронической почечной недостаточностью I стадии;

аномалии почек и (или) почечных сосудов с симптоматической артериальной гипертензией, соответствующей по уровню АД II степени;

аномалии мочеточников или мочевого пузыря с умеренным нарушением выделительной функции;

мошоночная или промежностная гипоспадия;

деформация костей с укорочением конечности от 5 до 8 см;

O-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей более 12 и до 20 см) или X-образное искривление (при расстоянии между внутренними лодыжками голени более 12 и до 15 см);

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с умеренным нарушением функций;

врожденный ихтиоз рецессивный (черный и чернеющий).

К пункту «в» относятся:

изолированные врожденные пороки сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (6–8,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики;

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией II степени и более;

малые аномалии сердца или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам ВЭМ;

двусторонняя микротия;

деформация костей с укорочением ноги от 2 до 5 см;

O-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей от 9 до 12 см) или X-образное искривление ног (при расстоянии между внутренними лодыжками голени от 9 до 12 см);

другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с незначительным нарушением функций;

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью I степени; деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания I степени; аплазия, агенезия, гипоплазия легкого;

пороки и аномалии развития черепа при стойких изменениях с незначительным нарушением функции;

аномалии почек и (или) почечных сосудов с симптоматической артериальной гипертензией, соответствующей по уровню АД I степени;

солитарные кисты с незначительным нарушением выделительной функции;

поликистоз, полное удвоение почки, подковообразная почка с незначительным нарушением или без нарушения выделительной функции;

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;

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

врожденный доминантный (простой) ихтиоз;

врожденные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви.

К пункту «г» относятся:

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики;

малые аномалии сердца или их сочетание, не изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка, но сопровождающиеся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам ВЭМ;

пороки и аномалии развития черепа без нарушения функции;

односторонняя микроотия;

врожденные аномалии почек – неполное удвоение почек и их элементов, дисплазии почек и другие;

солитарные единичные мелкие (до 20 мм в диаметре) кисты без нарушения функции почек. Степень нарушения выделительной функции почек оценивается по результатам радиоизотопной ренографии;

задержка одного яичка в паховом канале или у его наружного отверстия;

деформация костей с укорочением руки до 5 см и ноги до 2 см;

пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией I степени без семейных случаев внезапной смерти при пролапсе митрального клапана, предшествующих случаев эмболии, нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней.

Гражданам, освидетельствуемым по графе I при впервые выявленном пролапсе митрального или других клапанов сердца I степени с регургитацией I степени, выполняется комплекс стандартных исследований (ЭхоКГ, нагрузочная проба и суточное мониторирование ЭКГ), и по статье 48 расписания болезней они признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев. В последующем данным гражданам проводятся повторные исследования (ЭхоКГ, 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» статьи 42 расписания болезней, они признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями по пункту «г» настоящей статьи.

Если степень пролабирования и (или) регургитации увеличивается, медицинское освидетельствование проводится по пункту «б» или «в» настоящей статьи в зависимости

от выявленной степени пролабирования и регургитации. 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.

Пролапс митрального клапана необходимо оценивать в трех сечениях – парастернальном, 2- и 4-камерном. 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).

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-я степень – регургитация на 1/4 глубины полости предсердия, 2-я степень – регургитация на 1/2 глубины полости предсердия, 3-я степень – регургитация на 3/4 глубины полости предсердия, 4-я степень – регургитация на всю глубину полости предсердия).

К протоколу ЭхоКГ обследования обязательно прилагается графическое изображение, подтверждающее выявленную степень пролабирования и (или) регургитации. Протокол ЭхоКГ обследования должен быть подтвержден подписями врача ультразвуковой (функциональной) диагностики и начальника (заведующего) отделения, в котором проводилось ЭхоКГ обследование.

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

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 обнаружении 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.

Дефекты костей черепа вследствие незаращения родничков освидетельствуются по статье 81 расписания болезней.

Сакрализация V поясничного или люмбализация I крестцового позвонка, незаращение дужек указанных позвонков, гипоспадия у коронарной борозды не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

При диагностировании малых аномалий сердца или их сочетаний, сопровождающихся нарушениями ритма и (или) проводимости сердца по данным ЭКГ покоя, нагрузочных проб либо по данным суточного мониторинга ЭКГ и (или)

чреспищеводной электрокардиостимуляции левого предсердия, медицинское освидетельствование также проводится по статье 42 расписания болезней.

Лица с врожденными пороками нервной системы освидетельствуются по статье 23 расписания болезней, а с психическими расстройствами – по статье 14 или 20 расписания болезней соответственно характеру дефекта.

Лица с врожденными пороками кисти или стопы освидетельствуются по статье 67 или 68 расписания болезней.»;

статью 82, статью 83 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
82	Переломы позвоночника, последствия оперативных вмешательств на позвоночнике; переломы костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломы костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, других трубчатых костей):			
	а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
	б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
	в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО СС – ИНД
	г) при наличии объективных данных без нарушения функции	ГО	ГО	Г ССО – ИНД

Пояснения к статье 82 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

оскольчатые (взрывные) переломы или последствия оскольчатых (взрывных) переломов тел двух и более позвонков с резко выраженной деформацией;

состояние после (последствия) оперативных вмешательств по поводу переломов, вывихов, переломовывихов тел позвонков с применением спондило- и (или) корпородеза;

состояние после (последствия) удаления дужек двух и более позвонков с клиническим синдромом нестабильности в данном сегменте;

неправильно сросшиеся множественные вертикальные переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца;

последствия центрального вывиха головки бедренной кости (анкилоз или деформирующий артроз тазобедренного сустава с деформацией суставных концов и оси конечности, с величиной суставной щели менее 2 мм);

осложненные переломы длинных трубчатых костей со значительным нарушением функции конечности;

ложные суставы длинных трубчатых костей.

К пункту «б» относятся:

оскольчатый (взрывной) перелом или последствия оскольчатого (взрывного) перелома тела одного позвонка;

компрессионные переломы тел одного и (или) более позвонков II–III степени и (или) переломы дужек двух и более позвонков;

последствия компрессионных переломов одного и более позвонков II–III степени с выраженной деформацией;

переломовывихи позвонков;

переломы I и (или) II шейных позвонков;

перелом зуба II шейного позвонка;
 последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном и более уровнях с прогрессирующим дегенеративных изменений;

последствия удаления дужек двух и более позвонков без клинического синдрома нестабильности в данном сегменте;

последствия односторонних переломов костей таза с нарушением целостности тазового кольца при неудовлетворительных результатах лечения;

последствия центрального вывиха головки бедренной кости с умеренным нарушением функции конечности;

переломы шейки бедра при неудовлетворительных результатах лечения;

осложненные переломы длинных трубчатых костей с умеренным нарушением функции конечности.

К пункту «в» относятся:

компрессионные переломы тела одного и более позвонка I степени компрессии;

переломы верхних и (или) нижних «рентгеновских углов» тел позвонков;

одно- и (или) двусторонние переломы суставных отростков одного или более поясничных либо шейных позвонков, или трех и более грудных позвонков;

перелом дужки одного позвонка независимо от нарушения функции;

последствия компрессионного перелома тела одного и более позвонка I степени;

последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном и более уровнях без прогрессирующего дегенеративных изменений. У освидетельствуемых по графе III освидетельствование проводится по пункту «г»;

переломы копчика с болевым синдромом и деформацией;

множественные (3 и более) одно- и (или) двусторонние переломы поперечных отростков с болевым синдромом;

неосложненные вывихи шейных позвонков;

переломы шейки бедра с использованием остеосинтеза при незначительном нарушении функции тазобедренного сустава;

неудаленные пластины, интрамедуллярные штифты, болты-стяжки и другие металлические конструкции (кроме единичных шурупов, проволоки, спиц, микровинтов и микропластин) после переломов или корригирующих остеотомий длинных трубчатых костей при отказе от их удаления;

осложненные переломы длинных трубчатых костей с незначительным нарушением функции конечности.

Сросшиеся изолированные переломы отдельных костей таза без деформации тазового кольца не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

К пункту «г» относятся:

переломы остистых и (или) одного-двух поперечных отростков позвонков, отдаленные последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном уровне. Освидетельствуемые по графе I после удаления грыжи межпозвонкового диска на одном уровне по статье 86 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием.

После переломов тел позвонков, дужек, суставных отростков, удаления грыж межпозвонковых дисков с благоприятным исходом для освидетельствуемых по графе III применяется статья 86 расписания болезней.

«Статья расписания болезней»	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе		
		графа I	графа II	графа III
83	Травмы внутренних органов грудной, 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):				
а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г ССО – ИНД	

Пояснения к статье 83 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью III степени, обширная облитерация перикарда;

аневризма сердца или аорты вследствие ранения или травмы;

резекция пищевода, желудка или наложение желудочно-кишечного соустья, резекция тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки вследствие ранения или травмы при значительном нарушении функций пищеварения (не поддающийся лечению демпинг-синдром, упорные поносы) или выраженном упадке питания (ИМТ 18,5 и менее);

наложение билиодигестивных или панкреатодигестивных анастомозов вследствие ранения или травмы;

желчные или панкреатические свищи, возникшие вследствие ранения или травмы, при неудовлетворительных результатах лечения;

резекция доли печени или части поджелудочной железы вследствие ранения или травмы;

посттравматическое отсутствие почки при нарушении функции оставшейся почки независимо от степени его выраженности;

полный разрыв промежности (разрыв, при котором целостность мышц промежности нарушена полностью и они замещены рубцовой тканью, переходящей на стенку прямой кишки, задний проход зияет и не имеет правильных очертаний);

посттравматическое отсутствие полового члена.

При дыхательной недостаточности II или III степени после удаления легкого, при наличии инородного тела, расположенного в корне легкого, в сердце или вблизи от крупных сосудов, независимо от наличия осложнений или функциональных нарушений граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве освидетельствуются по пункту «а». Категория годности к военной службе освидетельствуемых по графе III может определяться по пункту «б».

При последствиях ранений сердца, перикарда, оперативного удаления инородных тел из средостения в области крупных сосудов заключение о категории годности к военной службе освидетельствуемых по графе III определяется по статье 42 расписания болезней в зависимости от стадии нарушения общего кровообращения, при наличии дыхательной недостаточности – по пунктам «а», «б» или «в» статьи 51 расписания болезней, а освидетельствуемых по графам I, II – по пунктам «а», «б» или «в» статьи 42 расписания болезней либо по пункту «а» или «б» статьи 51 расписания болезней. При этом одновременно применяется настоящая статья.

При последствиях политравмы органов двух или более полостей с умеренным нарушением их функций освидетельствование проводится по пункту «а» настоящей статьи.

К пункту «б» относятся:

последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью II степени; отсутствие легкого независимо от степени дыхательной недостаточности;

резекция желудка, тонкой (не менее 1 м) или толстой (не менее 20 см) кишки, наложение желудочно-кишечного соустья вследствие ранения или травмы с редкими проявлениями демпинг-синдрома (неустойчивый стул, нарушение питания);

посттравматическое отсутствие почки при нормальной функции оставшейся почки.

К пункту «в» относятся состояния после хирургических заболеваний, последствий оперативных вмешательств, ранений и травм органов грудной и брюшной полости с незначительным нарушением функции;

отсутствие селезенки.

К пункту «г» относятся состояния (для освидетельствуемых по графе I расписания болезней – наступившие не ранее 6 месяцев с момента получения ранения или травмы) после перенесенных атипичных резекций легких без дыхательной недостаточности, торакотомий или лапаротомий в целях остановки кровотечения, ликвидации пневмо- или гемоторакса, ушивания ран кишечника, желудка, печени с исходом в выздоровление.

В отношении военнослужащих после атипичной резекции легкого без дыхательной недостаточности по завершении лечения в стационарных условиях выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни по статье 53 расписания болезней.

По настоящей статье освидетельствуются также лица с последствиями оперативного лечения воспалительных заболеваний и аномалий.»;

таблицу дополнительных требований к состоянию здоровья граждан изложить в следующей редакции:

«Таблица дополнительных требований к состоянию здоровья граждан

а) при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту на должности, замещаемые солдатами, сержантами, старшинами, военнослужащих, проходящих срочную военную службу, службу в резерве:

Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней		Наименования соединений, воинских частей и подразделений Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований, воинских должностей. Графы предназначения											
		основные подразделения соединений, воинских частей специального назначения (в том числе специальных операций Вооруженных Сил, воинские формирования Комитета государственной безопасности Республики Беларусь)	мобильные воинские части соединений сил специальных операций Вооруженных Сил, воинские формирования Комитета государственной безопасности Республики Беларусь	органы пограничной службы	специальные милицейские части	механики-водители и члены экипажей танков, самоходно-артиллерийских установок, инженерных машин на базе танков и тягачей	спецсооружения	механики-водители (водители) и члены экипажей боевых машин пехоты, бронетранспортеров и пусковых установок ракетных воинских частей	воинские части по охране объектов Вооруженных Сил Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь	соединения, воинские части и подразделения радиационной, химической и биологической защиты, специалисты горючих и смазочных материалов	соединения, воинские части и подразделения ракетных, зенитных ракетных войск	соединения, воинские части и подразделения радиоэлектронной борьбы, радиотехнических войск, войск связи, подразделения обеспечения соединений и воинских частей сил специальных операций Вооруженных Сил, соединений, воинских частей специального назначения и специальных милицейских частей внутренних войск	остальные воинские части Вооруженных Сил, других войск, воинских формирований, органов и организаций
		Графы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Рост	не выше	185, РПК-195				175	180	180					

Статья 30-в	НГ	НГ		НГ	НГ	НГ						
Статья 33-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	водители НГ	НГ				
Статья 34-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		водители НГ					
Статья 37	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ					
Статья 38-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ					
Статья 39-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ					
Статья 42-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 43-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 45-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 46-в	НГ	НГ										
Статья 47-б	НГ	НГ		НГ								
Статьи 49-в, 49-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ				НГ			
Статья 49-д	НГ	НГ	НГ	НГ					НГ			
Статья 51-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ			НГ			
Статья 54-б	НГ	НГ	НГ	НГ		НГ						
Статья 55-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ						
Статья 55-в	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 56-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ						
Статья 57-г	НГ	НГ										
К статье 57 Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки с редкими рецидивами без осложнений	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ			НГ
Статья 58-г	НГ	НГ										
Статья 59-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
К статье 59 Функциональная гипербилирубинемия	НГ	НГ	НГ	НГ					НГ			
Статья 60-в	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 62-г	НГ	НГ	НГ	НГ					НГ			
Статья 65-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 66-г	НГ	НГ										
Статья 67-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ						
Статья 68-г	НГ	НГ										
К статье 68 Продольное или поперечное плоскостопие II степени с деформирующим артрозом II стадии	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 69-г	НГ	НГ	НГ	НГ								
Статья 72-г	НГ	НГ		НГ								
Статья 73-г	НГ	НГ										
Статья 74-в	НГ	НГ	НГ		НГ		НГ					
Статья 75-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		НГ					

Статья 80-г	НГ	НГ	НГ	НГ							
Статья 82-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		НГ				
Статья 83-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		НГ	НГ			
Статья 89-в	НГ	НГ	НГ	НГ							

Примечания:

1. Граждане с массой тела более 90 кг негодны к военной службе в силах специальных операций Вооруженных Сил.
2. Предназначение в учебные воинские части проводится соответственно предназначению гражданина в соединения, воинские части и подразделения Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований, предназначению на воинские должности.
3. Годность к подводному вождению танков (других машин) определяется на основании графы 5 настоящей таблицы.
4. При поступлении на военную службу по контракту в органы пограничной службы Республики Беларусь, за исключением лиц, призываемых на военную службу по контракту в отделы пограничной службы (отдел береговой охраны), на пограничные заставы (посты), мобильные пограничные заставы, в отделения пограничного контроля территориальных органов пограничной службы, не применяются ограничения при наличии болезней, соответствующих пункту «г» статей 23, 34, 59, 62, пункту «в» статьи 89 расписания болезней, а также при наличии пролапса митрального или других клапанов сердца I степени без нарушения внутрисердечной гемодинамики или с регургитацией I степени, указанных в пункте «г» статьей 42 и 80 расписания болезней.
5. При поступлении на военную службу по контракту во внутренние войска Министерства внутренних дел Республики Беларусь не применяются ограничения при наличии болезней, соответствующих пункту «г» статей 34, 59 и 72 расписания болезней, а также при наличии пролапса митрального или других клапанов сердца I степени без нарушения внутрисердечной гемодинамики или с регургитацией I степени, указанных в пункте «г» статей 42 и 80 расписания болезней.

б) отбираемых для военной службы (работы) и проходящих военную службу (работающих) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения:

Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней		РВ, ИИИ	КРТ	Источники ЭМП	Источники лазерного излучения
		Графы			
		13	14	15	16
Орган зрения	острота зрения с коррекцией для дали	0,5/0,2	0,5/0,2	0,5/0,2	0,6/0,5
	рефракция (в дптр) не более	близорукость	10,0/10,0		10,0/10,0
		дальнозоркость	8,0/8,0		8,0/8,0
		астигматизм	3,0/3,0		3,0/3,0
	цветоощущение	дихромазия	НГ	НГ	НГ
цветослабость любой степени			НГ		
Слух	шепотная речь (м) не менее	5/5	5/5	5/5	5/5
Состояния после перенесенных вирусного гепатита, тифопаратифозных заболеваний с исходом в полное выздоровление и стойкостью ремиссии в течение 12 месяцев		НГ	НГ		
Статья 2-в		ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 3-в		ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Хронические рецидивирующие и грибковые болезни кожи		НГ	НГ		
Статья 10-в		НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 10-г		НГ	НГ	НГ	НГ
Предопухольевые заболевания, склонные к перерождению и рецидивированию		НГ	НГ	НГ	НГ

Доброкачественная дисплазия молочной железы	НГ	ИНД	НГ	НГ
Заболевания, последствия травм, препятствующие пользованию индивидуальными средствами защиты и туалету кожных покровов	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 12-б	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 13-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Недостаточная масса тела	НГ	НГ	НГ	
Ожирение I степени	НГ	НГ	НГ	
Статья 14-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 16-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 18-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 19-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 22-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 23-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 24-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 25-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 26-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Катаракта	НГ	НГ	НГ	НГ
Дегенеративно-дистрофические заболевания сетчатки глаза	ИНД	ИНД	НГ	НГ
Хронические конъюнктивиты, блефариты	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 31-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 32-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 33-б	НГ	НГ	НГ	НГ
Экзема наружного слухового прохода, ушной раковины, околоушной области	НГ	НГ	ИНД	
Статья 38-б	НГ	НГ		
Статья 40-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 42-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 43-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 44-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 45-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 46-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 47-а	ИНД	ИНД	НГ	ИНД
Статья 47-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 49-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит	НГ	НГ		
Статья 51-в	НГ	НГ	ИНД	ИНД
Статья 52-в	НГ	НГ	НГ	
Лейкоплакия и облигатные преканцерозы (абразивный хейлит Манганати, болезнь Брауна и другие)	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 57-в	НГ	НГ	НГ	НГ

К статье 57 Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки с редкими рецидивами без осложнений	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 58-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 59-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 60-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 62-б	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 62-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 64-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 67-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Обменные полиартриты с незначительным нарушением функций	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 71-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 72-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 73-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 76-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 79	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 80-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 81-г	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 82-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 83-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 85-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 88	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 89-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Состояние после лучевой болезни	НГ	НГ	НГ	НГ
Стойкие изменения состава периферической крови (содержание гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин, количество лейкоцитов менее $4,5 \times 10^9/л$, количество тромбоцитов менее $180 \times 10^9/л$)	НГ	НГ	НГ	НГ

Примечания:

1. В случае заболеваний, при наличии которых по графе III расписания болезней предусматриваются негодность к военной службе, индивидуальная оценка категории годности к военной службе, военнослужащие, гражданский персонал Вооруженных Сил, других воинских формирований, отбираемые для работы и работающие с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, признаются негодными к работе по специальности.

2. Военнослужащие, граждане, отбираемые для работы с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, признаются негодными к работе, если в настоящей таблице предусмотрена индивидуальная оценка годности.

3. В отношении военнослужащих (гражданского персонала Вооруженных Сил), проходящих военную службу (работающих) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, в случаях, когда в настоящей таблице предусматривается индивидуальная оценка годности, ВВК принимает заключение о годности (негодности) с учетом степени компенсации патологического процесса, профессионального стажа, ВУС, мнения командира воинской части.

в) отбираемых для обучения (службы), военнослужащих, отбираемых для обучения и проходящих военную службу, по отдельным ВУС:

Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней	Водолаз-глубоко-	Водолаз-водолаз-	Специалист оптических	Специ-алист	Специ-алист	Авиаци-онный	Механик воинской	Оператор радиока-	Оператор противо-	Верхолаз, крановщик	Водитель-железно-	Электро-монтер,	Пожар-ный	Опера-тор
---	------------------	------------------	-----------------------	-------------	-------------	--------------	------------------	-------------------	-------------------	---------------------	-------------------	-----------------	-----------	-----------

				водник, акванавт	ный специалист, другие специалисты, работающие в условиях повышенного давления газовой среды	средств измерения (дальномерщик, визирщик), специалист средств управления ракетным оружием (штурманский электрик ракетного оружия, специалист приборного управления стрельбой), оператор центрального поста управления	радиотехнических средств наблюдения (радиометрист)	управления средствами радиосвязи (радиотелеграфист)	механик	части и подразделения обеспечения ВВС и войск ПВО (специалист тепловых машин, кислородчик, компрессорщик и другие)	ционной станции, а также лица, работающие с дисплеями и другими блоками отображения информации	танкового управляемого реактивного снаряда	башенного, мостового, гусеничного, автомобильного и железнодорожного кранов	дорожного транспорта	электрослесарь, персонал, обслуживающий действующие электроустановки		котельной (кочегар)	
				Графы														
				17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Рост (см)				170–180	170–180													
Орган зрения	острота зрения не ниже	без коррекции	для дали	0,6/0,6	0,6/0,6, по графе III от 0,3/0,3 до 0,5/0,5 – ИНД	1,0/1,0						0,6/0,6	верхолазы 0,5/0,2, крановщики 0,8/0,4	1,0/1,0		0,8/0,5		
			для близи			1,0/1,0	0,8/0,8					1,0/1,0		1,0/1,0				
		для дали с коррекцией				0,8/0,8	0,5/0,2	0,5/0,5	0,5/0,5	0,7/0,5				0,5/0,2		0,5/0,2		
	рефракция (в дптр) не более		близорукость	0,5/0,5	0,5/0,5	НГ	3,0/3,0	6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	2,0/2,0		0,5/0,5				
дальнозоркость				1,0/1,0	НГ	НГ	3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	2,0/2,0		1,0/1,0					
астигматизм			0,5/0,5	0,5/0,5	НГ	1,0/1,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	1,0/1,0		0,5/0,5					
цветоощущение		дихромазия	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ			
		цветослабость	III ст. (А) или II ст. (В)	НГ	НГ	НГ	НГ			НГ	НГ		НГ					
			I ст. (С)			НГ									НГ			

		III – ИНД												
Статья 66-г	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ									НГ	
Статья 67-в	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ					НГ	НГ			НГ	
Статья 67-г	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ					НГ	НГ			НГ	
Статья 68-в	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ					НГ	НГ			НГ	
Статья 68-г	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ					НГ	НГ			НГ	
Статья 69-в	НГ	НГ, по графе III – ИНД	НГ	НГ					НГ	НГ			НГ	
Статья 72-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 72-г	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 73-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 73-г	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 75-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 76-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 80-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 80-г	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ			НГ	
Старый вдавленный перелом костей свода черепа без признаков органического поражения и нарушения функций центральной нервной системы	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 83-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 82-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 82-г	НГ	НГ								НГ			НГ	
Статья 83-г	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 84-в	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 85-в	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 89-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ				НГ	НГ	НГ		НГ	

Примечания:

1. В случае заболеваний, при которых по графе III расписания болезней предусматривается негодность к военной службе или индивидуальная оценка категории годности к военной службе, граждане, проходящие военную службу по контракту, признаются негодными к работе по указанным в настоящем разделе ВУС.

2. Если требования к состоянию здоровья граждан, проходящих военную службу по контракту, не определены в настоящей таблице, их годность к военной службе по ВУС определяется по графе III расписания болезней.

г) поступающих в военные учебные заведения и МСВУ:

Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней			Несовершеннолетние граждане	Граждане, не состоящие на военной службе. Военнослужащие, не имеющие офицерских званий					Офицеры		
			МСВУ	военные учебные заведения пограничных войск, внутренних войск	военные учебные заведения, осуществляющие подготовку специалистов по управлению мобильными подразделениями, подразделениями войсковой и специальной разведки, других специалистов с воздушно-десантной подготовкой	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военно-дипломатический факультет учреждения образования «Военная академия Республики Беларусь»
			Графы								
			31	32	33	34	35	36	37	38	
Рост (см)			не выше				танковые училища 175				
			не ниже	136	155	170	150	150	150		
Орган зрения	острота зрения не ниже	без коррекции	для дали	0,8/0,8	0,8/0,8	0,6/0,6	0,6/0,6	0,5/0,5		0,5/0,8	
			для близи	1,0/1,0	1,0/1,0	0,8/0,8	0,8/0,8	0,8/0,8	0,8/0,5	0,8/0,8	
		с коррекцией	для дали						0,8/0,5		0,5/0,1 или

											0,4/0,4
			для близи								
рефракция (в дптр) не более	близорукость			0,5/0,5	1,0/1,0	2,0/2,0	2,0/2,0	3,0/3,0	4,0/4,0		6,0/6,0
	дальнозоркость			2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	3,0/3,0	4,0/4,0		6,0/6,0
	астигматизм			0,5/0,5	1,0/1,0	1,0/1,0	1,0/1,0	1,0/1,0	2,0/2,0		3,0/3,0
цветоощущение	дихромазия			НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
	цветослабость	III ст. (А)		НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
		или II ст. (В)									
	I ст. (С)										
	химической защиты										
	НГ										
Слух	шепотная речь (м) не менее			6/6	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6	6/6	5/3 или 4/4
Статья 2-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 3-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 6-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 13-д				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 14-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 18-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 19-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 22-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 23-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 25-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 26-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 27-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 29-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 33-б				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Спазм или паралич аккомодации на одном глазу				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Непрогрессирующая атрофия зрительного нерва нетравматической этиологии				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 38-б				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 39-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 42-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 43-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 45-г				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 46-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 47-б				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статьи 49-в, 49-г, 49-д				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 51-в				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 54-а				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 54-б				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	

Статья 55-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 55-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ			
Стойкие, не поддающиеся лечению стоматиты, гингивиты, хейлиты	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статьи 56-в, 56-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 57-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 58-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 59-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 60-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 62-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 65-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 66-г	НГ	НГ	НГ					
Статья 67-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 68-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 69-в, 69-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 72-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 73-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 74-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 75-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 79	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 80-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 82-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Статья 83-г	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
Статья 89-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	ИНД
Аллергические состояния, препятствующие проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ

Примечание. Масса тела граждан, поступающих в военные учебные заведения с воздушно-десантной подготовкой, не должна превышать 90 кг.».

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 августа 2012 г.
3. Настоящее постановление разослать до отдельной воинской части.

**Министр обороны
Республики Беларусь
генерал-лейтенант
Ю.В.Жадобин**

**Министр здравоохранения
Республики Беларусь
В.И.Жарко**