

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ
28 апреля 2008 г. № 78

Об определении перечня заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами или устанавливающих ограничения права управления ими, и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельных структурных элементов нормативного правового акта

На основании статьи 23 Закона Республики Беларусь от 5 января 2008 года «О дорожном движении» и Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. № 843 Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Определить перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами или устанавливающих ограничения права управления ими, согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

 постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2002 г. № 91 «Об утверждении перечня заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами или устанавливающих ограничения права управления ими» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 22, 8/9121);

 постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2002 г. № 92 «Об утверждении перечня заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению тракторами, самоходными сельскохозяйственными, мелиоративными и дорожно-строительными машинами или устанавливающих ограничения права управления ими» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 23, 8/9122);

 постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 августа 2003 г. № 37 «О внесении дополнения и изменения в перечень заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами или устанавливающих ограничения права управления ими, утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 декабря 2002 г. № 91» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 93, 8/9901);

 пункты 19 и 20 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2006 г. № 117 «О внесении изменений в некоторые нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 32, 8/15643).

Министр

В.И.Жарко

Приложение
к постановлению

ПЕРЕЧЕНЬ

заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами или устанавливающих ограничения права управления ими

ГЛАВА 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩИЕ ДОПУСК ЛИЦ К УПРАВЛЕНИЮ МОТОЦИКЛАМИ (КАТЕГОРИЯ «А»), А ТАКЖЕ АВТОМОБИЛЯМИ, РАЗРЕШЕННЫЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ ВЕС КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 3500 КИЛОГРАММОВ И ЧИСЛО СИДЯЧИХ МЕСТ КОТОРЫХ, ПОМИМО СИДЕНЬЯ ВОДИТЕЛЯ, НЕ ПРЕВЫШАЕТ ВОСЬМИ (КАТЕГОРИЯ «В» БЕЗ ПРАВА НАЙМА НА РАБОТУ), ИЛИ УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВА УПРАВЛЕНИЯ ИМИ

1. Заболевания глаза и его придаточного аппарата:

1.1. хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, препятствующие зрению.

После оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению;

1.2. хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению;

1.3. стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии;

1.4. ограничение поля зрения более чем на 30 градусов в любом из меридианов. При скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 1.5 настоящего пункта, допуск без ограничений;

1.5. понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией ниже 0,6 Д на лучшем глазу, ниже 0,2 Д на худшем или ниже 0,5 Д на каждом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 Д, в том числе контактными линзами (вне зависимости от передне-задней оси глаза). При астигматизме 3,0 Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 Д;

отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 Д. На категорию «А» не допускаются. Допускаются к управлению на категорию «В» при остроте зрения на оставшемся глазу не ниже 0,8 Д (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различении цветов светофора. Переосвидетельствование – ежегодно;

состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилеоз, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие): кератотомия, рефракционная кератопластика – допускаются к управлению через 3 месяца после операции; кератомилеоз, эксимерлазерные операции – допускаются к управлению лица через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже, указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 до –8,0 Д вне зависимости от передне-задней оси глаза;

искусственный хрусталик. Допускаются к управлению при отсутствии осложнений через 6 месяцев после экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 3 месяца после факоэмульсификации;

1.6. нарушения цветоощущения. Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора;

1.7. заболевания сетчатки и зрительного нерва:

отслойка и разрывы сетчатки. На категорию «А» не допускаются. На категорию «В» допуск к управлению разрешается после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта) через 1 год после хирургического и 6 месяцев после лазерного лечения;

предразрывы сетчатки. На категорию «А» не допускаются. На категорию «В» допуск к управлению разрешается после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта) через 1 год после хирургического и 6 месяцев после лазерного лечения;

хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения. Допуск к управлению разрешается при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта. Переосвидетельствование – ежегодно. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции после лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие). Срок переосвидетельствования – через 1 месяц в зависимости от заключения лазерного центра;

атрофия зрительного нерва любой этиологии. При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительного нерва допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта. Двусторонняя атрофия зрительного нерва любой этиологии – допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта;

1.8. глаукома. При компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 1.5 настоящего пункта допускаются к управлению. Переосвидетельствование – ежегодно.

2. Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:

2.1. полная глухота на одно ухо при восприятии разговорной речи на другое на расстоянии менее 3 метров, шепотной речи на расстоянии одного метра или восприятие разговорной речи на каждое ухо менее 2 метров. При полной глухоноте – индивидуальный подход, переосвидетельствование – 1 раз в 2 года. При возможности коррекции слуха слуховым аппаратом – индивидуальный подход при наличии заключения специализированной организации здравоохранения. Для позднооглохших – индивидуальный подход в соответствии со степенью адаптации к дефекту не ранее 3 лет с момента наступления глухоты;

2.2. хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. После оперативного лечения с хорошим стойким результатом – индивидуальный подход;

2.3. хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ). После оперативного лечения с хорошим стойким результатом – индивидуальный подход;

2.4. заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функций вестибулярного аппарата, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтит, вестибулярные кризы и другие). При отсутствии приступов в течение 2 лет – индивидуальный подход. Диагноз вестибулярных нарушений должен быть подтвержден медицинской документацией (жалобы больного, наличие нистагма, атаксии, другая неврологическая симптоматика, вегетативные проявления, динамическое медицинское наблюдение). Вопрос о допуске решается после полного клинического обследования, включая отоневрологическое, при условии отсутствия приступов не менее 3 лет;

2.5. спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от срединного положения. В случаях врожденного и оптокинетического нистагма – индивидуальный подход;

2.6. стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. При дыхательной недостаточности 2–3-й степени – индивидуальный подход.

3. Хирургические заболевания:

3.1. заболевания и повреждения позвоночника с резко выраженными ограничениями движений. Стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата III степени крупных суставов, декомпенсированные ложные суставы, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц;

3.2. отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение. В порядке индивидуального подхода могут допускаться к управлению лица с одной ампутированной голенью, если ампутационная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена при эффективном протезировании. На категорию «А» не допускаются. Отсутствие нижней конечности на уровне верхней трети голени с сохранением подвижности в коленном суставе в полном объеме при эффективном протезировании – индивидуальный подход к управлению автомобилем с автоматической коробкой передач;

3.3. отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах (при сохранении хватательной функции и силы кисти – индивидуальный подход):

отсутствие или контрактура большого пальца на обеих кистях. Индивидуальный подход;

отсутствие двух пальцев на левой кисти, исключая большой палец, и большого пальца на правой кисти. Индивидуальный подход;

отсутствие трех пальцев или их контрактура на правой кисти при сохранности функций большого пальца. Индивидуальный подход;

контрактуры четырех пальцев в функционально выгодном положении на обеих кистях при сохранности функции больших пальцев. Индивидуальный подход;

контрактуры четырех пальцев кисти в функционально невыгодном (порочном) положении;

3.4. деформации и дефекты костей черепа (12 кв. см и более) с наличием неврологической симптоматики без оперативной пластики дефекта. При наличии незначительных дефектов или деформаций костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики – индивидуальный подход;

3.5. укорочение нижней конечности более чем на 6 см. При укорочении нижних конечностей до 6 см и более освидетельствуемые могут быть признаны годными, если конечность не атрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен, конечность должна иметь длину не менее 75 см (от пола до середины большого вертела бедра);

3.6. заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка, семенного канатика и другие). Индивидуальный подход, в том числе после оперативного лечения;

3.7. заболевания сосудов:

аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно. Для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории, допуск к управлению определяется через 2 года после клипирования аневризмы при отсутствии остаточных явлений после обследования в неврологическом отделении больницы организации здравоохранения;

аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно. После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока – индивидуальный подход;

тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III степени и более;

варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени;

3.8. деформация грудной клетки и позвоночника IV степени со значительными нарушениями функции органов грудной клетки. Индивидуальный подход.

4. Заболевания внутренних органов:

4.1. врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии. При отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – через два года. Сроки переосвидетельствования после радикального оперативного лечения по поводу врожденного порока сердца в детстве с хорошими стойкими результатами – каждые 5 лет. Состояние после хирургического лечения врожденного порока сердца при компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, затем при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – каждые 5 лет. Малые сердечные аномалии (открытое овальное окно, дополнительные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2-й степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже) не являются противопоказанием;

4.2. состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах. При компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход (не ранее одного года после операции), переосвидетельствование – ежегодно. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца не допускаются к управлению. Оперативное лечение на сердце и крупных магистральных сосудах в детстве с хорошими отдаленными результатами при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – каждые 5 лет. Другие операции (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, стентирование, оперативное лечение перикарда, ушивание перикарда и другие) – допуск через год при наличии заключения специализированной организации здравоохранения, переосвидетельствование – ежегодно;

4.3. болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит и другие), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца. При наличии заключения специализированной организации

здравоохранения – индивидуальный подход. После перенесенного инфаркта миокарда ремиссия не менее года. Переосвидетельствование – ежегодно. Лица со стенокардией напряжения функционального класса IV, частыми пароксизмами мерцательной аритмии не допускаются к управлению. Для лиц с постоянной формой мерцательной аритмии при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Лица с атриовентрикулярной (далее – АВ) блокадой II степени и выше не допускаются к управлению. Лица с синдромом слабости синусового узла (с синдромом Морганьи-Адамса-Стокса (далее – МАС) в анамнезе и его эквивалентами, с синдромом брадикардии, с синоатриальной (далее – СА) блокадой II степени и выше, остановкой синусового узла с паузами 3 с и более) не допускаются к управлению. Лица с недостаточностью кровообращения Н2Б и выше не допускаются к управлению;

4.4. артериальная гипертензия II–III степени. При артериальной гипертензии II степени с гипертоническими кризами менее 6 раз в год – ежегодно, с частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) – к управлению не допускаются. При артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней (<140/90 мм рт.ст.) артериального давления (далее – АД) на фоне антигипертензивной терапии – 1 раз в три года. При артериальной гипертензии III степени – не допускаются к управлению;

4.5. хронические заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, астма, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При наличии указанных заболеваний с развитием дыхательной недостаточности 2–3-й степени и признаками хронического легочного сердца, а также при неконтролируемой астме – не допускаются к управлению;

4.6. туберкулез легких, плевры. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход;

4.7. болезни крови и кроветворных органов. При стойкой ремиссии, отсутствии анемического фактора и обострения основного заболевания, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При анемии легкой степени – индивидуальный подход;

4.8. эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функций. Индивидуальный подход на основании заключения эндокринолога. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – не допускаются к управлению. Переосвидетельствование при сахарном диабете 1-го типа и других типах сахарного диабета инсулинонуждающихся – ежегодно;

4.9. рост ниже 145 см – индивидуальный подход;

4.10. язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезни оперированного желудка – индивидуальный подход. Хронический вирусный гепатит – индивидуальный подход на основании заключения инфекциониста. Цирроз печени – индивидуальный подход на основании заключения гастроэнтеролога, при наличии портосистемной энцефалопатии – не допускаются к управлению;

4.11. хронические заболевания почек, отсутствие одной почки. Индивидуальный подход, в том числе с терминальной стадией хронической почечной недостаточности;

4.12. диффузные заболевания соединительной ткани – индивидуальный подход;

4.13. злокачественные новообразования. После проведенного лечения при наличии ремиссии по заключению специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно.

5. Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения:

5.1. хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Умственная отсталость. При наличии стойкой, длительной ремиссии, после снятия с диспансерного учета вопрос о допуске к управлению решается индивидуально врачебно-консультативной комиссией (далее – ВКК) специализированной психиатрической организации здравоохранения.

При других психических расстройствах (заболеваниях) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения;

5.2. психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания). После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске к управлению решается ВКК наркологического диспансера. При зависимости от наркотических средств и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет;

5.3. эпилепсия, синкопальные состояния, мигрень. При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное пребывание в вертикальном положении, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом медицинском наблюдении в течение года, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и центральной нервной системы (далее – ЦНС). При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 3 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. Комплекс диагностических методов при синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование электрокардиограммы (далее – ЭКГ) и АД. При эпилептической реакции (гипогликемическое состояние, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме (припадки на фоне активного заболевания ЦНС) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее чем через 5 лет после излечения основного заболевания (тотальное удаление опухоли, артериально-венозной аневризмы, санация ликвора) и при отсутствии припадков, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, данными медицинской документации и полным клиническим обследованием. При эпилепсии – не допускаются к управлению. В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и при отсутствии повторных приступов в течение 5 лет и более, что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – РНПЦ неврологии и нейрохирургии), государственном учреждении «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации). Если

диагноз «эпилепсия» признан необоснованным и пациент признан здоровым, подтверждением этого должно быть отсутствие статьи в военном билете по данному заболеванию. При выявлении на электроэнцефалограмме судорожной готовности мозга у лиц, не имевших ранее пароксизмальных состояний, – динамическое медицинское наблюдение 2 года. Простая форма мигрени – допускаются к управлению, мигрень с аурой – допускаются к управлению при отсутствии приступов в течение 2 лет после проведения обследования, включая компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) головного мозга;

5.4. органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афатических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению. При незначительных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – индивидуальный подход после полного клинического обследования. При черепно-мозговой травме допуск к управлению решается с учетом тяжести травмы по окончании восстановительного периода после обследования. При выявлении кисты головного мозга без клинических проявлений по данным компьютерной томографии (магниторезонансной томографии) головного мозга допуск к управлению решается индивидуально с учетом размеров кисты после динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет с проведением электроэнцефалографии каждые 3 месяца;

5.5. энцефалопатия I, II, III степени. Допуск к управлению лиц с энцефалопатией I степени решается индивидуально после комплексного обследования, включающего психологическое тестирование, компьютерную томографию головного мозга, осмотр окулистом, электроэнцефалографию, эхоэнцефалоскопию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий;

5.6. хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким, значительным нарушением движений, чувствительности и трофики. При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций, – не допускаются к управлению. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации к дефекту – индивидуальный подход с учетом сохранения профессионально значимых функций;

5.7. последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения. При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов) – индивидуальный подход после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания. Переосвидетельствование – ежегодно.

6. Заболевания женской половой сферы и физиологические состояния:

6.1. беременность (30 недель и более);

6.2. выпадение матки. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход.

ГЛАВА 2

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩИЕ ДОПУСК ЛИЦ К УПРАВЛЕНИЮ АВТОМОБИЛЯМИ, РАЗРЕШЕННЫЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ ВЕС КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 3500 КИЛОГРАММОВ И ЧИСЛО СИДЯЧИХ МЕСТ

**КОТОРЫХ, ПОМИМО СИДЕНЬЯ ВОДИТЕЛЯ, НЕ ПРЕВЫШАЕТ ВОСЬМИ
(КАТЕГОРИЯ «В» С ПРАВОМ НАЙМА НА РАБОТУ), ИЛИ
УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВА УПРАВЛЕНИЯ ИМИ**

7. Заболевания глаза и его придаточного аппарата:

7.1. хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, препятствующие зрению. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

7.2. хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

7.3. стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии. Отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение являются противопоказанием, в том числе для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

7.4. ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов. При центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 7.5 настоящего пункта, допуск без ограничений;

7.5. понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией ниже 0,8 Д на лучшем глазу, ниже 0,4 Д на худшем или ниже 0,7 Д на каждом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 Д, в том числе контактными линзами, при астигматизме 3,0 Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 Д. Водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, кроме такси и спецавтотранспорта, допускаются к управлению при остроте зрения 0,6 Д на одном глазу и 0,2 Д на другом или 0,5 Д на каждом глазу (вне зависимости от передне-задней оси глаза);

отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 Д;

состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилеоз, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие): кератотомия, рефракционная кератопластика – допускаются к управлению лица через 3 месяца после операции; кератомилеоз, эксимерлазерные операции – допускаются к управлению лица через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 7.5 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 Д до –8,0 Д вне зависимости от передне-задней оси глаза;

искусственный хрусталик. Допускаются к управлению при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 7.5 настоящего пункта, нормальном поле зрения и отсутствии осложнений в течение 3 месяцев после операции;

7.6. нарушения цветоощущения. Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора;

7.7. заболевания сетчатки и зрительного нерва:

отслойка и разрывы сетчатки. Сохраняется допуск к управлению транспортом после коагуляции предразрывов и периферических разрывов с хорошими результатами у водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Сроки переосвидетельствования при заболевании одного глаза – ежегодно, при заболевании двух глаз – через 6 месяцев;

хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения. Допускаются к управлению водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в

подпункте 7.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в подпункте 7.4 настоящего пункта. Переосвидетельствование – ежегодно. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости в лазеркоагуляции после лазерного лечения сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие). Срок переосвидетельствования – через 1 месяц в зависимости от заключения лазерного центра;

атрофия зрительного нерва любой этиологии. При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5 настоящего пункта, а поле зрения не ниже указанного в подпункте 7.4 настоящего пункта. При двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 7.4 настоящего пункта;

7.8. глаукома. При компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 7.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5 настоящего пункта допускаются к управлению. Переосвидетельствование – ежегодно.

8. Заболевания уха, сосцевидного отростка, гортани, трахеи:

8.1. восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 3 метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра. При полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2 метров на каждое ухо – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Переосвидетельствование – ежегодно;

8.2. хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. После оперативного лечения с хорошими результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

8.3. хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ). После оперативного лечения с хорошими, стойкими результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

8.4. заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения вестибулярного аппарата, синдром головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и другие). Диагноз вестибулярных нарушений должен быть подтвержден медицинской документацией (жалобы больного, наличие нистагма, атаксии, другая неврологическая симптоматика, вегетативные проявления, динамическое медицинское наблюдение). Допуск к управлению решается после полного клинического обследования, включая отоневрологическое, при условии отсутствия приступов не менее 3 лет;

8.5. спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от срединного положения;

8.6. стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. При дыхательной недостаточности I степени – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением.

9. Хирургические заболевания:

9.1. заболевания и повреждения позвоночника с резко выраженными ограничениями движений. Стойкие посттравматические дегенеративные, воспалительные изменения в крупных суставах с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата II–III степени крупных суставов, ложные суставы, привычные вывихи при

наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц;

9.2. отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение. В порядке индивидуального подхода могут допускаться к управлению лица с одной ампутированной голенью, если ампутационная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена при эффективном протезировании. Не допускаются к управлению такси и оперативным транспортом;

9.3. отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах (при сохранении схвата и удержания предметов и при отсутствии значительных нейромышечных изменений – индивидуальный подход; не допускаются к управлению такси и оперативным транспортом):

отсутствие большого пальца на левой руке;

отсутствие ногтевой фаланги большого пальца в сочетании с ампутационными культями на уровне головок основных фаланг указательного и среднего пальцев правой кисти;

отсутствие или выраженные контрактуры указательного и среднего пальцев при дефиците схвата 3 см и более левой руки;

отсутствие большого, указательного и среднего пальцев или их выраженная контрактура при дефиците схвата 3 см и более правой руки;

9.4. травматическая деформация и дефекты костей черепа (12 кв. см и более) без оперативной пластики дефекта. При наличии незначительных дефектов или деформации костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики – индивидуальный подход;

9.5. укорочение нижней конечности более чем на 6 см. При укорочении нижних конечностей до 6 см освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность неатрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь в длину не менее 75 см (от пола до середины большого вертела бедра);

9.6. заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие). Индивидуальный подход после эффективного лечения, в том числе оперативного;

9.7. заболевания сосудов:

аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения;

аневризмы бедренной артерии и подколенной артерии, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов. При наличии аневризмы – индивидуальный подход по заключению специализированной организации здравоохранения для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Переосвидетельствование – ежегодно. После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока – индивидуальный подход;

тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III–IV степени, варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени;

9.8. деформация грудной клетки IV степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки.

10. Заболевания внутренних органов:

10.1. врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии. При отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – через два года. Сроки переосвидетельствования после радикального оперативного лечения по поводу

врожденного порока сердца в детстве с хорошими стойкими результатами – каждые 5 лет. Состояние после хирургического лечения врожденного порока сердца при компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, затем при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – каждые три года. Малые сердечные аномалии (открытое овальное окно, дополнительные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2-й степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже) не являются противопоказанием;

10.2. состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе и лица с имплантированными водителями ритма. При компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход (не ранее одного года после операции), переосвидетельствование – ежегодно. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца не допускаются к управлению. Оперативное лечение на сердце и крупных магистральных сосудах в детстве с хорошими отдаленными результатами при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – каждые 5 лет. Другие операции (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, стентирование, оперативное лечение перикарда, ушивание перикарда и другие) – допуск к управлению через год при наличии заключения специализированной организации здравоохранения, переосвидетельствование – ежегодно;

10.3. болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. После перенесенного инфаркта миокарда ремиссия не менее года. Переосвидетельствование – ежегодно. Лица со стенокардией напряжения функционального класса III–IV, частыми пароксизмами мерцательной аритмии, мерцательной аритмией тахисистолической формы не допускаются к управлению. Для лиц с постоянной нормо-, брадисистолической формой мерцательной аритмии при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Лица с АВ блокадой II степени и выше не допускаются к управлению. Лица с синдромом слабости синусового узла (с синдромом МАС в анамнезе и его эквивалентами, с синдромом брадикардии, СА блокадой II степени и выше, остановкой синусового узла с паузами 3 сек и более) не допускаются к управлению. Лица с недостаточностью кровообращения Н2Б и выше не допускаются к управлению;

10.4. артериальная гипертензия II–III степени. При артериальной гипертензии II степени с гипертоническими кризами менее 6 раз в год – ежегодно, с частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) – не допускаются. При артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт.ст.) на фоне антигипертензивной терапии – 1 раз в два года. При артериальной гипертензии III степени – не допускаются к управлению;

10.5. хронические заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, астма, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При наличии указанных заболеваний с развитием дыхательной недостаточности 2–3-й степени и признаками декомпенсированного хронического легочного сердца, а

также при неконтролируемой астме – не допускаются к управлению. При заболеваниях органов дыхания в стадии многолетней стойкой ремиссии (врожденная аномалия развития легких в виде простой гипоплазии, ограниченных бронхоэктатических изменений без обострений или не чаще 1 раза в 3 года, хронические бронхиты необструктивные без признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности) желающие получить профессию, не имеющие стажа работы по данной категории, могут быть допущены к обучению;

10.6. туберкулез легких, плевры. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход;

10.7. болезни крови и кроветворных органов. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания по заключению специализированной организации здравоохранения. Переосвидетельствование – ежегодно;

10.8. эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции. Индивидуальный подход на основании заключения эндокринолога для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – не допускаются к управлению. При сахарном диабете 1-го типа – не допускаются к управлению. При сахарном диабете 2-го типа с сульфаниламидной резистентностью и других типах сахарного диабета инсулинонуждающихся для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход, переосвидетельствование – ежегодно;

10.9. рост ниже 150 см. К водителям, имеющим стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

10.10. язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезни оперированного желудка – индивидуальный подход. Хронический вирусный гепатит – индивидуальный подход на основании заключения инфекциониста. Цирроз печени – не допускаются к управлению;

10.11. хронические заболевания почек, отсутствие одной почки – индивидуальный подход. При хронической почечной недостаточности переосвидетельствование – ежегодно. С терминальной стадией хронической почечной недостаточности – не допускаются к управлению;

10.12. диффузные заболевания соединительной ткани. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

10.13. злокачественные новообразования. После проведенного лечения при наличии ремиссии по заключению специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно.

11. Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения:

11.1. хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Умственная отсталость. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. При других психических расстройствах (заболеваниях) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения;

11.2. психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания). После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске решается ВКК наркологического диспансера. При зависимости

от наркотических средств и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет;

11.3. эпилепсия, синкопальные состояния, мигрень. При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное пребывание в вертикальном положении, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом медицинском наблюдении в течение 2 лет, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. Комплекс диагностических методов при синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД. При эпилептической реакции (гипогликемическое состояние, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме и эпилепсии – не допускаются к управлению.

В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и при отсутствии повторных приступов в течение 5 лет и более, что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. Если диагноз «эпилепсия» признан необоснованным и пациент признан здоровым, подтверждением этого должно быть отсутствие статьи в военном билете по данному заболеванию. При выявлении на электроэнцефалограмме судорожной готовности мозга у лиц, не имевших ранее пароксизмальных состояний, – динамическое медицинское наблюдение 2 года. Простая форма мигрени – допускаются к управлению, мигрень с аурой – допускаются к управлению при отсутствии приступов в течение 2 лет после проведения обследования, включая компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) головного мозга;

11.4. органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афатических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению. При незначительных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – индивидуальный подход после полного клинического обследования. При черепно-мозговой травме допуск к управлению решается с учетом тяжести травмы по окончании восстановительного периода после обследования. При выявлении кисты головного мозга без клинических проявлений по данным компьютерной томографии (магниторезонансной томографии) головного мозга допуск к управлению решается индивидуально с учетом размеров кисты после динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет с проведением электроэнцефалографии каждые 3 месяца;

11.5. энцефалопатия I, II, III степени;

11.6. хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики. При наличии последствий в

виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций, – не допускаются. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально значимых функций;

11.7. последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения. При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов) вопрос о годности к управлению решается индивидуально после динамического наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания. Переосвидетельствование – ежегодно.

12. Заболевания женской половой сферы и физиологические состояния:

12.1. беременность (30 недель и более);

12.2. выпадение матки. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории.

ГЛАВА 3

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩИЕ ДОПУСК ЛИЦ К УПРАВЛЕНИЮ АВТОМОБИЛЯМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ ДЛЯ ПЕРЕВОЗКИ ГРУЗОВ, РАЗРЕШЕННЫЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ ВЕС КОТОРЫХ ПРЕВЫШАЕТ 3500 КИЛОГРАММОВ (КАТЕГОРИЯ «С»), АВТОМОБИЛЯМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ ДЛЯ ПЕРЕВОЗКИ ПассажиРОВ И ИМЕЮЩИМИ БОЛЕЕ ВОСЬМИ СИДЯЧИХ МЕСТ, ПОМИМО СИДЕНЬЯ ВОДИТЕЛЯ (КАТЕГОРИЯ «D»), СОСТАВАМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ С ТЯГАЧОМ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К КАТЕГОРИЯМ «В», «С» ИЛИ «D» (КАТЕГОРИЯ «E»), ТРАМВАЯМИ (КАТЕГОРИЯ «ТРАМВАЙ»), ТРОЛЛЕЙБУСАМИ (КАТЕГОРИЯ «ТРОЛЛЕЙБУС») ИЛИ УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВА УПРАВЛЕНИЯ ИМИ

13. Заболевания глаза и его придаточного аппарата:

13.1. хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, ограничивающие движение глазного яблока. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

13.2. хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

13.3 стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии. Отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение являются противопоказанием для управления, в том числе для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории;

13.4. ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов. При центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 13.5 настоящего пункта, допуск к управлению без ограничений;

13.5. понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией ниже 0,8 Д на лучшем глазу, ниже 0,4 Д на худшем или ниже 0,7 Д на каждом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 Д, в том числе контактными линзами или при длине оси глаза от 21,5 до 27 мм, при

астигматизме 3,0 Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 Д;

отсутствие зрения на одном глазу;

состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилеоз, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие). Допускаются к управлению лица через три месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 Д до -8,0 Д. При невозможности установить дооперационную рефракцию – годны при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм;

искусственный хрусталик. К управлению допускаются водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, через 6 месяцев после операции при отсутствии осложнений, остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта;

13.6. нарушения цветоощущения. Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора;

13.7. заболевания сетчатки и зрительного нерва:

отслойка и разрывы сетчатки. Допуск к управлению разрешается только водителям, имеющих стаж по соответствующей категории, после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта) через 1 год после хирургического и после лазерного лечения;

хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения. Допускаются к управлению водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в подпункте 13.4 настоящего пункта, в порядке индивидуального подхода. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению транспортом при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции после лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие). Срок переосвидетельствования – через один год в зависимости от заключения лазерного центра;

атрофия зрительного нерва любой этиологии. При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта. При непрогрессирующей двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта;

13.8. глаукома. При компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5 настоящего пункта допускаются к управлению водители, имеющие стаж по соответствующей категории. Переосвидетельствование – ежегодно;

13.9. миопическая рефракция вне зависимости от остроты зрения и степени миопии, последствия травм (контузии и проникающие ранения), оперированная отслойка сетчатки, врожденная патология сетчатки и зрительного нерва, ретинопатии различной этиологии, некорректируемое снижение остроты зрения. Показан осмотр глазного дна с фундус-линзой.

14. Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:

14.1. восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии не менее 3 метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра. При полной глухоте на одно ухо и

восприятия разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров на другое ухо или восприятия разговорной речи не менее 2 м на каждое ухо – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории.
Переосвидетельствование – ежегодно;

14.2. хроническое одностороннее или двустороннее воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. После оперативного лечения с хорошими функциональными результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

14.3. хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ). После оперативного лечения с хорошими стойкими результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

14.4. заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения функций вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтит, вестибулярные кризы любой этиологии и другие). Диагноз вестибулярных нарушений должен быть подтвержден медицинской документацией (жалобы больного, наличие нистагма, атаксии, другая неврологическая симптоматика, вегетативные проявления, динамическое медицинское наблюдение). Допуск к управлению решается после полного клинического обследования, включая отоневрологическое, при условии отсутствия приступов не менее 3 лет;

14.5. спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от срединного положения;

14.6. стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. При дыхательной недостаточности I степени – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением.

15. Хирургические заболевания:

15.1. заболевания и повреждения позвоночника с выраженными и резко выраженными ограничениями движений. Стойкие изменения в крупных суставах (третья клинорентгенологическая стадия, искусственные имплантированные суставы, ложные суставы) с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата I–II степени крупных суставов, привычные вывихи крупных суставов. Деформация III степени тел позвонков с формированием кифоза и сколиоза III степени с выраженным нарушением функции. При хирургическом лечении привычного вывиха при хорошем функциональном результате через год после операции – индивидуальный подход. При ложных суставах парных костей в состоянии компенсации – индивидуальный подход;

15.2. отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая движение;

15.3. отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах (при отсутствии пальцев на уровне основных фаланг, а также неподвижности в межфаланговых суставах при сохранении функции хвата – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории):

отсутствие двух фаланг большого пальца на правой или левой кисти;

выраженная контрактура большого и указательного пальцев на правой или левой кисти;

отсутствие или неподвижность двух и более пальцев на правой или левой кисти;

15.4. деформации и дефекты костей черепа с наличием неврологической симптоматики. При наличии незначительных дефектов (фрезевых отверстий после костно-пластических краниотомий) без неврологической симптоматики – индивидуальный подход;

15.5. укорочение нижней конечности более чем на 6 см. При укорочении нижней конечности до 6 см освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность не атрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь длину не менее 75 см (от пола до середины большого вертела бедра);

15.6. заболевания, вызывающие ограничения движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие). Индивидуальный подход, том числе и после оперативного лечения;

15.7. заболевания сосудов:

аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения;

аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов;

тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью II–III степени;

варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью II–III степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью II–III степени;

15.8. деформация грудной клетки III степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки.

16. Заболевания внутренних органов:

16.1. врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии. При отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно. Сроки переосвидетельствования после радикального оперативного лечения по поводу врожденного порока сердца в детстве с хорошими стойкими результатами – каждые 5 лет. Состояние после хирургического лечения врожденного порока сердца при компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, затем при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – каждые два года. Малые сердечные аномалии (открытое овальное окно, дополнительные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2-й степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже) не являются противопоказанием;

16.2. состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе и лица с имплантированными водителями ритма. При компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход (не ранее одного года после операции), переосвидетельствование – ежегодно. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца не допускаются к управлению. Оперативное лечение на сердце и крупных магистральных сосудах в детстве с хорошими отдаленными результатами при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – каждые три года. Другие операции (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, стентирование, оперативное лечение перикарда, ушивание перикарда и другие) – допуск к управлению через год при наличии заключения специализированной организации здравоохранения, переосвидетельствование – ежегодно;

16.3. болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. После перенесенного инфаркта миокарда

ремиссия не менее года. Переосвидетельствование – ежегодно. Лица со стенокардией напряжения функционального класса III–IV, частыми пароксизмами мерцательной аритмии, мерцательной аритмией бради-, тахисистолической формы не допускаются к управлению. Для лиц с постоянной нормосистолической формой мерцательной аритмии при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Лица с АВ блокадой II степени и выше не допускаются к управлению. Лица с синдромом слабости синусового узла (с синдромом МАС в анамнезе и его эквивалентами, с синдромом брадикардии, СА блокадой II степени и выше, остановкой синусового узла с паузами 3 сек и более) не допускаются к управлению. Лица с недостаточностью кровообращения H2Б и выше не допускаются к управлению;

16.4. артериальная гипертензия I, II, III степени. Артериальная гипертензия I степени – индивидуальный подход. С частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) – не допускаются к управлению. При артериальной гипертензии II степени – ежегодно, с частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) – не допускаются к управлению. При артериальной гипертензии III степени – не допускаются к управлению;

16.5. хронические заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, астма, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При наличии указанных заболеваний с развитием дыхательной недостаточности 2–3-й степени и признаками декомпенсированного хронического легочного сердца, а также при неконтролируемой астме – не допускаются к управлению. При заболеваниях органов дыхания в стадии многолетней стойкой ремиссии (врожденная аномалия развития легких в виде простой гипоплазии, ограниченных бронхоэктатических изменений без обострений или не чаще 1 раза в 3 года, хронические бронхиты необструктивные без признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности) желающие получить профессию, не имеющие стажа работы по данной категории, могут быть допущены к учебе;

16.6. туберкулез легких, плевры. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход;

16.7. болезни крови и кроветворных органов. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания по заключению специализированной организации здравоохранения. Переосвидетельствование – ежегодно;

16.8. эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции. Индивидуальный подход на основании заключения эндокринолога для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – не допускаются к управлению. При сахарном диабете 1-го типа, при сахарном диабете 2-го типа с сульфаниламидной резистентностью и других типах сахарного диабета инсулинозависимых – не допускаются к управлению;

16.9. рост ниже 150 см. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

16.10. язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезни оперированного желудка – индивидуальный

подход. Хронический вирусный гепатит – индивидуальный подход на основании заключения инфекциониста. Цирроз печени – не допускаются к управлению;

16.11. хроническое заболевание почек, отсутствие одной почки – индивидуальный подход. При хронической почечной недостаточности переосвидетельствование – ежегодно. С терминальной стадией хронической почечной недостаточности – не допускаются к управлению;

16.12. диффузные заболевания соединительной ткани. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

16.13. злокачественные новообразования. После проведенного лечения при наличии ремиссии по заключению специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно.

17. Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения:

17.1. хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Умственная отсталость. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Аффективные расстройства настроения. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания). При других психических расстройствах (заболеваниях) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения;

17.2. психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания). После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске решается ВКК наркологического диспансера. При зависимости от наркотических средств и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет;

17.3. эпилепсия, синкопальные состояния, мигрень. При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное пребывание в вертикальном положении, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом медицинском наблюдении в течение 3 лет, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. Комплекс диагностических методов при синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД. При эпилептической реакции (гипогликемическое состояние, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 5 лет, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме и эпилепсии – не допускаются к управлению. В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и при отсутствии повторных приступов в течение 5 лет и более, что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. Если диагноз «эпилепсия» признан необоснованным и пациент признан здоровым, подтверждением этого должно быть

отсутствие статьи в военном билете по данному заболеванию. При выявлении на электроэнцефалограмме судорожной готовности мозга у лиц, не имевших ранее пароксизмальных состояний, – не допускаются к управлению. Простая форма мигрени – допускаются к управлению, мигрень с аурой – допускаются к управлению при отсутствии приступов в течение 3 лет после проведения обследования, включая компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) головного мозга;

17.4. органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афатических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению. При незначительных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – индивидуальный подход после полного клинического обследования. При черепно-мозговой травме допуск к управлению решается с учетом тяжести травмы по окончании восстановительного периода после обследования. При выявлении кисты головного мозга без клинических проявлений по данным компьютерной томографии (магниторезонансной томографии) головного мозга допуск к управлению решается индивидуально с учетом размеров кисты после динамического медицинского наблюдения в течение 3 лет с проведением электроэнцефалографии каждые 3 месяца;

17.5. энцефалопатия I, II, III степени;

17.6. хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойкими нарушениями движений, чувствительности и трофики. При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций, – к управлению не допускаются. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально значимых функций;

17.7. последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения. При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов) для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории, – индивидуальный подход после динамического наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания. Переосвидетельствование – ежегодно.

18. Заболевания женской половой сферы и физиологические состояния:

18.1. беременность (12 недель и более);

18.2. выпадение матки. После лечения с хорошим результатом водители, имеющие водительский стаж по соответствующей категории, – индивидуальный подход.

ГЛАВА 4

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩИЕ ДОПУСК ЛИЦ К УПРАВЛЕНИЮ АВТОМОБИЛЯМИ С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ИЛИ УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВА УПРАВЛЕНИЯ ИМИ

19. Заболевания глаза и его придаточного аппарата:

19.1. хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, препятствующие зрению. После оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению;

19.2. хроническое, не поддающееся консервативному лечению, воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению;

19.3. стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии;

19.4. ограничение поля зрения более чем на 30 градусов в любом из меридианов. При скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 19.5 настоящего пункта, допуск без ограничений;

19.5. понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией ниже 0,6 Д на лучшем глазу, ниже 0,2 Д на худшем или ниже 0,5 Д на каждом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 Д, в том числе контактными линзами (вне зависимости от передне-задней оси глаза). При астигматизме 3,0 Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 Д;

отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 Д. На категорию «А» не допускаются. Допускаются к управлению на категорию «В» при остроте зрения на оставшемся глазу не ниже 0,8 Д (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различении цветов светофора. Переосвидетельствование – ежегодно;

состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилеоз, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие): кератотомия, рефракционная кератопластика – допускаются к управлению лица через 3 месяца после операции; кератомилеоз, эксимерлазерные операции – допускаются к управлению лица через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 Д до –8,0 Д вне зависимости от передне-задней оси глаза;

искусственный хрусталик. Допускаются к управлению при отсутствии осложнений через 6 месяцев после экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 3 месяца после факоэмульсификации;

19.6. нарушения цветоощущения. Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора;

19.7. заболевания сетчатки и зрительного нерва:

отслойка и разрывы сетчатки. На категорию «А» не допускаются. На категорию «В» допуск к управлению разрешается после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта) через 1 год после хирургического и 6 месяцев после лазерного лечения;

предразрывы сетчатки. На категорию «А» не допускаются. На категорию «В» допуск к управлению разрешается после успешного хирургического лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта) через 1 год после хирургического и 6 месяцев после лазерного лечения;

хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения. Допуск к управлению разрешается при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта. Переосвидетельствование – ежегодно. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению транспортом при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции после лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая

ретинопатия и другие). Срок переосвидетельствования – через 1 месяц в зависимости от заключения лазерного центра;

атрофия зрительного нерва любой этиологии. При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительного нерва допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта. Двусторонняя атрофия зрительного нерва любой этиологии – допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта;

19.8. глаукома. При компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 19.5 настоящего пункта допускаются к управлению. Переосвидетельствование – ежегодно.

20. Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:

20.1. полная глухота на одно ухо при восприятии разговорной речи на другое на расстоянии менее 3 метров, шепотной речи на расстоянии одного метра или восприятие разговорной речи на каждое ухо менее 2 метров. При полной глухоноте – индивидуальный подход, переосвидетельствование – 1 раз в 2 года. При возможности коррекции слуха слуховым аппаратом – индивидуальный подход при наличии заключения специализированной организации здравоохранения. Для позднооглохших – индивидуальный подход в соответствии со степенью адаптации к дефекту не ранее 3 лет с момента наступления глухоты;

20.2. хроническое одностороннее или двухстороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеомой, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

20.3. хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ). После оперативного лечения с хорошими стойкими результатами – индивидуальный подход;

20.4. заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения функции вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и другие). При отсутствии приступов в течение 2 лет – индивидуальный подход;

20.5. спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от срединного положения. В случаях врожденного и оптокинетического нистагма – индивидуальный подход;

20.6. стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. При дыхательной недостаточности 2–3-й степени – индивидуальный подход.

21. Хирургические заболевания:

21.1. заболевания и повреждения позвоночника, нарушающие его движение. Резко выраженное ограничение подвижности шеи. Стойкие изменения в крупных суставах, неправильно сросшиеся переломы, декомпенсированные ложные суставы, значительно затрудняющие движение конечностей, привычные вывихи. После оперативного лечения с хорошим результатом могут допускаться к управлению;

21.2. отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение:

отсутствие одной нижней конечности или ее сегмента при одновременном отсутствии одной из верхних конечностей не является противопоказанием для управления автомобилем с ручным управлением в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу;

отсутствие одной или обеих нижних конечностей (или их сегментов) при наличии здоровых верхних конечностей не является противопоказанием для управления автомобилем с ручным управлением (для двух рук и одной ноги или только для двух рук);

21.3. отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах:

отсутствие большого и указательного пальцев на обеих кистях;

контрактуры в порочном положении хотя бы одного пальца на обеих кистях;

21.4. деформации и дефекты костей черепа (12 кв. см и более без оперативной пластики дефекта) с наличием неврологической симптоматики. При наличии незначительных дефектов или деформации костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики – индивидуальный подход;

21.5. заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка, семенного канатика и другие). Индивидуальный подход, в том числе после оперативного лечения;

21.6. заболевания сосудов:

аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно. Для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории, допуск к управлению определяется через 2 года после клипирования аневризмы при отсутствии остаточных явлений после обследования в неврологическом отделении больничной организации здравоохранения;

аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно. После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока – индивидуальный подход;

тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III степени и более;

варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени;

21.7. деформация грудной клетки и позвоночника со значительными нарушениями функции органов грудной клетки – индивидуальный подход.

22. Заболевания внутренних органов:

22.1. врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии. При отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – через два года. Сроки переосвидетельствования после радикального оперативного лечения по поводу врожденного порока сердца в детстве с хорошими стойкими результатами – каждые 5 лет. Состояние после хирургического лечения врожденного порока сердца при компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, затем при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – каждые 5 лет. Малые сердечные аномалии (открытое овальное окно, дополнительные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2-й степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже) не являются противопоказанием;

22.2. состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах. При компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход (не ранее одного года после операции), переосвидетельствование – ежегодно. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца не допускаются к управлению. Оперативное лечение на сердце и крупных магистральных сосудах в детстве

с хорошими отдаленными результатами при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – каждые 5 лет. Другие операции (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, стентирование, оперативное лечение перикарда, ушивание перикарда и другие) – допуск к управлению через год при наличии заключения специализированной организации здравоохранения, переосвидетельствование – ежегодно;

22.3. болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит и другие), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. После перенесенного инфаркта миокарда ремиссия не менее года. Переосвидетельствование – ежегодно. Лица со стенокардией напряжения функционального класса IV, частыми пароксизмами мерцательной аритмии не допускаются к управлению. Для лиц с постоянной формой мерцательной аритмии при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Лица с АВ блокадой II степени и выше не допускаются к управлению. Лица с синдромом слабости синусового узла (с синдромом МАС в анамнезе и его эквивалентами, с синдромом брадикардии, СА блокадой II степени и выше, остановкой синусового узла с паузами 3 сек и более) не допускаются к управлению. Лица с недостаточностью кровообращения Н2Б и выше не допускаются к управлению;

22.4. артериальная гипертензия II–III степени. При артериальной гипертензии II степени с гипертоническими кризами менее 6 раз в год – ежегодно, с частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) – не допускаются. При артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт.ст.) на фоне антигипертензивной терапии – 1 раз в три года. При артериальной гипертензии III степени – не допускаются к управлению;

22.5. хронические заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, астма, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При наличии указанных заболеваний с развитием дыхательной недостаточности 2–3-й степени и признаками хронического легочного сердца, а также при неконтролируемой астме – не допускаются к управлению;

22.6. туберкулез легких, плевры. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход;

22.7. болезни крови и кроветворных органов. При стойкой ремиссии, отсутствии анемического фактора и обострения основного заболевания, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При анемии легкой степени – индивидуальный подход;

22.8. эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функций. Индивидуальный подход на основании заключения эндокринолога. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – не допускаются к управлению. Переосвидетельствование при сахарном диабете 1-го типа и других типах сахарного диабета инсулинонуждающихся – ежегодно;

22.9. рост ниже 145 см. Индивидуальный подход;

22.10. язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезни оперированного желудка – индивидуальный подход. Хронический вирусный гепатит – индивидуальный подход на основании заключения инфекциониста. Цирроз печени – индивидуальный подход на основании заключения гастроэнтеролога, при наличии портосистемной энцефалопатии – не допускаются к управлению;

22.11. хронические заболевания почек, отсутствие одной почки. Индивидуальный подход, в том числе с терминальной стадией хронической почечной недостаточности;

22.12. диффузные заболевания соединительной ткани – индивидуальный подход;

22.13. злокачественные новообразования. После проведенного лечения при наличии ремиссии по заключению специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно.

23. Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения:

23.1. хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Умственная отсталость. При наличии стойкой, длительной ремиссии, после снятия с диспансерного учета вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения. При других психических расстройствах (заболеваниях) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения;

23.2. психические и поведенческие расстройства (заболевания) вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания). После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске к управлению решается ВКК наркологического диспансера, переосвидетельствование – через год. При зависимости от наркотических средств и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет;

23.3. эпилепсия, синкопальные состояния, мигрень. При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное пребывание в вертикальном положении, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом медицинском наблюдении в течение года, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 3 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. Комплекс диагностических методов при синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД. При эпилептической реакции (гипогликемическое состояние, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме (припадки на фоне активного заболевания ЦНС) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее чем через 5 лет после излечения основного заболевания (тотальное удаление опухоли, артериально-венозной аневризмы, санация ликвора) и при отсутствии припадков, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, данными медицинской документации и полным клиническим обследованием. При эпилепсии – не допускаются к управлению. В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и при отсутствии повторных приступов в течение 5 лет и более, что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. Если диагноз

«эпилепсия» признан необоснованным и пациент признан здоровым, подтверждением этого должно быть отсутствие статьи в военном билете по данному заболеванию. При выявлении на электроэнцефалограмме судорожной готовности мозга у лиц, не имевших ранее пароксизмальных состояний, – динамическое медицинское наблюдение 2 года. Простая форма мигрени – допускаются к управлению, мигрень с аурой – допускаются к управлению при отсутствии приступов в течение 2 лет после проведения обследования, включая компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) головного мозга;

23.4. органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афатических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению. При незначительных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – индивидуальный подход после полного клинического обследования. При черепно-мозговой травме допуск к управлению решается с учетом тяжести травмы по окончании восстановительного периода после обследования. При выявлении кисты головного мозга без клинических проявлений по данным компьютерной томографии (магниторезонансной томографии) головного мозга допуск к управлению решается индивидуально с учетом размеров кисты после динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет с проведением электроэнцефалографии каждые 3 месяца;

23.5. энцефалопатия I, II, III степени. Допуск к управлению лиц с энцефалопатией I степени решается индивидуально после комплексного обследования, включающего психологическое тестирование, компьютерную томографию головного мозга, осмотр окулистом, электроэнцефалографию, эхоэнцефалоскопию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий;

23.6. хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким, значительным нарушением движений, чувствительности и трофики. При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций, – не допускаются к управлению. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации к дефекту – индивидуальный подход с учетом сохранения профессионально значимых функций;

23.7. последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения. При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов) – индивидуальный подход после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания. Переосвидетельствование – ежегодно.

24. Заболевания женской половой сферы и физиологические состояния:

24.1. беременность (30 недель и более);

24.2. выпадение матки. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход.

ГЛАВА 5

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ЗАПРЕЩАЮЩИЕ ДОПУСК ЛИЦ К УПРАВЛЕНИЮ КОЛЕСНЫМИ ТРАКТОРАМИ И САМОХОДНЫМИ

МАШИНАМИ ИЛИ УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВА УПРАВЛЕНИЯ ИМИ

25. Заболевания глаза и его придаточного аппарата:

25.1. хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых. Парезы мышц век, препятствующие зрению. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

25.2. хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход;

25.3. стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии. Отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение являются противопоказанием, в том числе для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

25.4. ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов. При центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 25.5 настоящего пункта, допуск без ограничений;

25.5. понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

острота зрения с коррекцией ниже 0,8 Д на лучшем глазу, ниже 0,4 Д на худшем или ниже 0,7 Д на каждом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 Д, в том числе контактными линзами, при астигматизме 3,0 Д (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 Д). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 Д. Водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, кроме такси и спецавтотранспорта, допускаются к управлению при остроте зрения 0,6 Д на одном глазу и 0,2 Д на другом или 0,5 Д на каждом глазу (вне зависимости от передне-задней оси глаза);

отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 Д;

состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилеоз, эксимерлазерные операции, рефракционная кератопластика и другие): кератотомия, рефракционная кератопластика – допускаются к управлению лица через 3 месяца после операции; кератомилеоз, эксимерлазерные операции – допускаются к управлению лица через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 Д до –8,0 Д вне зависимости от передне-задней оси глаза;

искусственный хрусталик. Допускаются к управлению при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта, нормальном поле зрения и отсутствии осложнений в течение 3 месяцев после операции;

25.6. нарушения цветоощущения. Допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора;

25.7. заболевания сетчатки и зрительного нерва:

отслойка и разрывы сетчатки. Сохраняется допуск к управлению транспортом после коагуляции предразрывов и периферических разрывов с хорошими результатами у водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Сроки переосвидетельствования при заболевании одного глаза – ежегодно, при заболевании двух глаз – через 6 месяцев;

хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения. Допускаются к управлению водители, имеющие стаж работы по соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в

подпункте 25.4 настоящего пункта. Переосвидетельствование – ежегодно. Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости в лазеркоагуляции после лазерного лечения сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие). Срок переосвидетельствования – через 1 месяц в зависимости от заключения лазерного центра;

атрофия зрительного нерва любой этиологии. При непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта, а поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта. При двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта;

25.8. глаукома. При компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 25.5 настоящего пункта – допускаются к управлению. Переосвидетельствование – ежегодно.

26. Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:

26.1. восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 3 метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра. При полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2 метров на каждое ухо – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Переосвидетельствование – ежегодно;

26.2. хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. После оперативного лечения с хорошими результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

26.3. хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ). После оперативного лечения с хорошими, стойкими результатами – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории;

26.4. заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения вестибулярного аппарата, синдром головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и другие). Диагноз вестибулярных нарушений должен быть подтвержден медицинской документацией (жалобы больного, наличие нистагма, атаксии, другая неврологическая симптоматика, вегетативные проявления, динамическое медицинское наблюдение). Допуск к управлению решается после полного клинического обследования, включая отоневрологическое, при условии отсутствия приступов не менее 3 лет;

26.5. спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70 градусов от срединного положения;

26.6. стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. При дыхательной недостаточности I степени – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением.

27. Хирургические заболевания:

27.1. заболевания и повреждения позвоночника с резко выраженными ограничениями движений. Стойкие посттравматические дегенеративные, воспалительные изменения в крупных суставах с выраженными ограничениями движений. Недостаточность связочного аппарата II–III степени крупных суставов, ложные суставы,

привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц;

27.2. отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение. В порядке индивидуального подхода могут допускаться к управлению лица с одной ампутированной голенью, если ампутационная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена при эффективном протезировании. Не допускаются к управлению такси и оперативным транспортом;

27.3. отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах (при сохранении схвата и удержания предметов и при отсутствии значительных нейромышечных изменений – индивидуальный подход; не допускаются к управлению такси и оперативным транспортом):

отсутствие большого пальца на левой руке;

отсутствие ногтевой фаланги большого пальца в сочетании с ампутационными культями на уровне головок основных фаланг указательного и среднего пальцев правой кисти;

отсутствие или выраженные контрактуры указательного и среднего пальцев при дефиците схвата 3 см и более левой руки;

отсутствие большого, указательного и среднего пальцев или их выраженная контрактура при дефиците схвата 3 см и более правой руки;

27.4. травматическая деформация и дефекты костей черепа (12 кв. см и более) без оперативной пластики дефекта. При наличии незначительных дефектов или деформации костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики – индивидуальный подход;

27.5. укорочение нижней конечности более чем на 6 см. При укорочении нижних конечностей до 6 см освидетельствуемый может быть признан годным к управлению, если конечность неатрофична, не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен. Конечность должна иметь в длину не менее 75 см (от пола до середины большого вертела бедра);

27.6. заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие). Индивидуальный подход после эффективного лечения, в том числе оперативного;

27.7. заболевания сосудов:

аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения;

аневризмы бедренной артерии и подколенной артерии, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов. При наличии аневризмы – индивидуальный подход по заключению специализированной организации здравоохранения для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. Переосвидетельствование – ежегодно. После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока – индивидуальный подход;

тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III–IV степени, варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени и слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени;

27.8. деформация грудной клетки IV степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки.

28. Заболевания внутренних органов:

28.1. врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии. При отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – через два года. Сроки переосвидетельствования после радикального оперативного лечения по поводу

врожденного порока сердца в детстве с хорошими стойкими результатами – каждые 5 лет. Состояние после хирургического лечения врожденного порока сердца при компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, затем при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – каждые три года. Малые сердечные аномалии (открытое овальное окно, дополнительные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2-й степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже) не являются противопоказанием;

28.2. состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах, в том числе и лица с имплантированными водителями ритма. При компенсации с хорошими отдаленными результатами и при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход (не ранее одного года после операции), переосвидетельствование – ежегодно. Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца не допускаются к управлению. Оперативное лечение на сердце и крупных магистральных сосудах в детстве с хорошими отдаленными результатами при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – каждые 5 лет. Другие операции (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика, стентирование, оперативное лечение перикарда, ушивание перикарда и другие) – допуск к управлению через год при наличии заключения специализированной организации здравоохранения, переосвидетельствование – ежегодно;

28.3. болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и другие), ишемическая болезнь сердца. При наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. После перенесенного инфаркта миокарда ремиссия не менее года. Переосвидетельствование – ежегодно. Лица со стенокардией напряжения функционального класса III–IV, частыми пароксизмами мерцательной аритмии, мерцательной аритмией тахисистолической формы не допускаются к управлению. Для лиц с постоянной нормо-, брадисистолической формой мерцательной аритмии при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Лица с АВ блокадой II степени и выше не допускаются к управлению. Лица с синдромом слабости синусового узла (с синдромом МАС в анамнезе и его эквивалентами, с синдромом брадикардии, СА блокадой II степени и выше, остановкой синусового узла с паузами 3 с и более) не допускаются к управлению. Лица с недостаточностью кровообращения IIБ и выше не допускаются к управлению;

28.4. артериальная гипертензия II–III степени. При артериальной гипертензии II степени с гипертоническими кризами менее 6 раз в год – ежегодно, с частыми гипертоническими кризами (более 6 раз в год) не допускаются. При артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт.ст.) на фоне антигипертензивной терапии – 1 раз в два года. При артериальной гипертензии III степени – не допускаются к управлению;

28.5. хронические заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, астма, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. При наличии указанных заболеваний с развитием дыхательной недостаточности 2–3-й степени и признаками декомпенсированного хронического легочного сердца, а

также при неконтролируемой астме – не допускаются к управлению. При заболеваниях органов дыхания в стадии многолетней стойкой ремиссии (врожденная аномалия развития легких в виде простой гипоплазии, ограниченных бронхоэктатических изменений без обострений или не чаще 1 раза в 3 года, хронические бронхиты необструктивные без признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности) желающие получить профессию, не имеющие стажа работы по данной категории, могут быть допущены к обучению;

28.6. туберкулез легких, плевры. Для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, при наличии заключения специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход;

28.7. болезни крови и кроветворных органов. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания по заключению специализированной организации здравоохранения. Переосвидетельствование – ежегодно;

28.8. эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции. Индивидуальный подход на основании заключения эндокринолога для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории. При течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям – не допускаются к управлению. При сахарном диабете 1-го типа – не допускаются к управлению. При сахарном диабете 2-го типа с сульфаниламидной резистентностью и других типах сахарного диабета инсулинонуждающихся для водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход, переосвидетельствование – ежегодно;

28.9. рост ниже 150 см. К водителям, имеющим стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

28.10. язва желудка, 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, болезни оперированного желудка – индивидуальный подход. Хронический вирусный гепатит – индивидуальный подход на основании заключения инфекциониста. Цирроз печени – не допускаются к управлению;

28.11. хронические заболевания почек, отсутствие одной почки – индивидуальный подход. При хронической почечной недостаточности переосвидетельствование – ежегодно. С терминальной стадией хронической почечной недостаточности – не допускаются к управлению;

28.12. диффузные заболевания соединительной ткани. Допуск к управлению водителей, имеющих стаж работы по соответствующей категории, – индивидуальный подход;

28.13. злокачественные новообразования. После проведенного лечения при наличии ремиссии по заключению специализированной организации здравоохранения – индивидуальный подход. Переосвидетельствование – ежегодно.

29. Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания) и расстройства поведения:

29.1. хронические психические расстройства (заболевания) с затяжным течением, стойкими болезненными проявлениями, частыми обострениями, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Умственная отсталость. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. При других психических расстройствах (заболеваниях) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально ВКК специализированной психиатрической организации здравоохранения;

29.2. психические и поведенческие расстройства (заболевания) вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания). После специального лечения с положительными результатами и снятия с учета при сохранности психических функций вопрос о допуске решается ВКК наркологического диспансера. При

зависимости от наркотических средств и токсикоманических веществ допуск к управлению осуществляется в аналогичном порядке при наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет;

29.3. эпилепсия, синкопальные состояния, мигрень. При однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы (длительное пребывание в вертикальном положении, пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), типичной картине нейрогенного обморока и динамическом медицинском наблюдении в течение 2 лет, подтверждающем отсутствие повторных приступов, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание сердца, сосудов и ЦНС. При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. Комплекс диагностических методов при синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД. При эпилептической реакции (гипогликемическое состояние, разряд электрического тока и другие), отсутствии повторных приступов в течение 2 лет, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования. При эпилептическом синдроме и эпилепсии – не допускаются к управлению.

В случае постановки диагноза на основании одиночного приступа в детском возрасте и при отсутствии повторных приступов в течение 5 лет и более, что должно быть подтверждено длительным динамическим медицинским наблюдением, позволяющим считать диагноз «эпилепсия» недостаточно обоснованным, в порядке индивидуального подхода возможно снятие диагноза после полного клинического обследования в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. Если диагноз «эпилепсия» признан необоснованным и пациент признан здоровым, подтверждением этого должно быть отсутствие статьи в военном билете по данному заболеванию. При выявлении на электроэнцефалограмме судорожной готовности мозга у лиц, не имевших ранее пароксизмальных состояний, – динамическое медицинское наблюдение 2 года. Простая форма мигрени – допускаются к управлению, мигрень с аурой – допускаются к управлению при отсутствии приступов в течение 2 лет после проведения обследования, включая компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) головного мозга;

29.4. органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. При стойких или прогрессирующих последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием умеренных или выраженных парезов конечностей, расстройств чувствительности, координаторных, зрительных, афатических нарушений или гиперкинезов – не допускаются к управлению. При незначительных двигательных и чувствительных нарушениях после органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания – индивидуальный подход после полного клинического обследования. При черепно-мозговой травме допуск к управлению решается с учетом тяжести травмы по окончании восстановительного периода после обследования. При выявлении кисты головного мозга без клинических проявлений по данным компьютерной томографии (магниторезонансной томографии) головного мозга допуск к управлению решается индивидуально с учетом размеров кисты после динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет с проведением электроэнцефалографии каждые 3 месяца;

29.5. энцефалопатия I, II, III степени;

29.6. хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со

стойким нарушением движений, чувствительности и трофики. При наличии последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также значительного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций, – не допускаются. При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации больного к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с учетом сохранения профессионально значимых функций;

29.7. последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения. При транзиторных ишемических атаках, малых и легких инсультах без последствий (двигательных, координаторных, речевых и других дефицитарных синдромов) вопрос о годности к управлению решается индивидуально после динамического наблюдения в течение 6 месяцев с учетом основного сосудистого заболевания. Переосвидетельствование – ежегодно.

30. Заболевания женской половой сферы и физиологические состояния:

30.1. беременность (30 недель и более);

30.2. выпадение матки. После оперативного лечения с хорошим результатом – индивидуальный подход для водителей, имеющих стаж по соответствующей категории.