

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

7 декабря 2015 г. № 31/114

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

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

1. Внести в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170 «Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2011 г., № 22, 8/23247; Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 26.07.2012, 8/26164) следующие изменения и дополнение:

1.1. в названии и пункте 1 слова «военные учебные заведения» заменить словами «учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел»;

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

1.2.1. в названии слова «военные учебные заведения» заменить словами «учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел»;

1.2.2. в пункте 1:

слова «военные учебные заведения\*» заменить словами «учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел (далее, если не указано иное, – военные учебные заведения)»;

подстрочное примечание к пункту исключить;

1.2.3. в приложении к этой Инструкции:

1.2.3.1. в грифе и названии слова «военные учебные заведения» заменить словами «учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел»;

1.2.3.2. в расписании болезней требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждан, направляемых для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь:

статью 1 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций   | Категория годности к военной службе |               |                             |
|------------------------------|--|-------------------------------------|---------------|-----------------------------|
|                              |  | графа I                             | графа II      | графа III                   |
| 1                            | Кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, другие бактериальные болезни, вирусные болезни, сопровождающиеся высыпаниями, вирусные и другие болезни, передаваемые членистоногими (кроме инфекций центральной нервной системы), другие болезни, вызываемые вирусами и хламидиями, риккетсиозы, другие инфекционные и паразитарные болезни:<br>а) не поддающиеся или трудно поддающиеся лечению<br>б) временные функциональные расстройства после острых или обострения хронических болезней | НГМ<br><br>ВН                       | НГМ<br><br>ВН | НГМ,<br>ГНС – ИНД<br><br>ВН |

Пояснения к статье 1 расписания болезней.

Пункт «а» предусматривает хронические рецидивирующие формы заболеваний.

Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие острую форму бруцеллеза или токсоплазмоза менее 12 месяцев назад, по пункту «б» признаются временно негодными к военной службе для оценки стойкости ремиссии.

В отношении военнослужащих, проходящих срочную военную службу, службу в резерве, перенесших бруцеллез или токсоплазмоз острой формы, выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни сроком до 60 суток.

При рецидиве бруцеллеза или токсоплазмоза заключение выносится по пункту «а».

Наличие положительных серологических или аллергологических реакций без клинических проявлений бруцеллеза, токсоплазмоза или других заболеваний не может служить основанием для вынесения заключения о временной негодности к военной службе или негодности к военной службе в мирное время.

Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, страдающие хронической дизентерией, а также бактерионосители брюшного тифа, паратифов и сальмонеллеза подлежат лечению в стационарных условиях. В случае стойкого бактерионосительства в течение более 3 месяцев они по пункту «а» признаются негодными к военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время, а освидетельствуемые по графе I расписания болезней по пункту «б» признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев для лечения. В дальнейшем при сохраняющемся бактерионосительстве, подтвержденном лабораторным исследованием, они освидетельствуются по пункту «а».

Категория годности к военной службе военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, с хроническим выделением возбудителей тифопаратифозных заболеваний, дизентерии и сальмонеллеза определяется индивидуально по пункту «а».

При острых заболеваниях категория годности к военной службе военнослужащих определяется по окончании лечения в зависимости от степени нарушения функций органов и систем органов.

Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве и переболевшие вирусным гепатитом, признаются негодными к работе с КРТ и службе в спецсооружениях, а военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, – временно негодными к работе с КРТ и службе в спецсооружениях с повторным медицинским освидетельствованием через 6 месяцев.

Военнослужащие, проходящие военную службу в ССО и перенесшие неосложненную легкую или среднетяжелую форму вирусного гепатита, брюшного тифа, паратифов, признаются временно негодными к совершению парашютных прыжков с повторным медицинским освидетельствованием через 6 месяцев. По истечении данного срока указанные лица допускаются к парашютным прыжкам при отсутствии нарушений функций печени и желудочно-кишечного тракта.

Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве в ССО и перенесшие вирусный гепатит тяжелой формы, брюшной тиф, паратифы тяжелой формы или гепатит с затяжным течением (более трех месяцев), признаются негодными к военной службе в ССО. Годность к службе в ССО военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, определяется индивидуально.

Водолазы, перенесшие вирусный гепатит А, брюшной тиф или паратифы (неосложненную легкую или среднетяжелую форму), признаются негодными к водолазным работам с повторным медицинским освидетельствованием через 3–6 месяцев. В случае отсутствия при повторном медицинском освидетельствовании нарушений функций печени и желудочно-кишечного тракта они признаются годными к водолазным работам на глубине до 60 м. При этом водолазы-глубоководники могут быть признаны годными к водолазным работам с погружением на глубину свыше 60 м не ранее чем через 1 год после окончания лечения.

Водолазы из числа военнослужащих, проходящих срочную военную службу, перенесшие вирусный гепатит любой формы тяжести, брюшной тиф и паратифы тяжелой формы, признаются негодными к водолазным работам.

Водолазы из числа военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, перенесшие вирусный гепатит В или С либо вирусный гепатит А тяжелой формы, брюшной тиф и паратифы тяжелой формы, признаются негодными к водолажным работам с повторным медицинским освидетельствованием через 12 месяцев. После повторного медицинского освидетельствования при нормальной функции печени и желудочно-кишечного тракта они могут быть признаны годными к водолажным работам на глубине до 60 м.

Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие вирусный гепатит В или С любой формы тяжести, брюшной тиф и паратифы, признаются негодными к обучению по водолажной специальности.

Выявление поверхностного антигена вирусного гепатита В и антител к вирусу гепатита С является основанием для медицинского обследования с целью исключения скрыто протекающего хронического гепатита.

Граждане, в том числе военнослужащие и выпускники МСВУ, поступающие в учреждения образования, на военные факультеты учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, осуществляющие подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел, а также граждане, направляемые для получения образования в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел (далее – военные учебные заведения), переболевшие вирусным гепатитом, брюшным тифом, паратифами, при отсутствии у них нарушений функций печени и желудочно-кишечного тракта признаются годными к поступлению в военные учебные заведения, но не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения в стационарных условиях.

К пункту «б» относятся временные функциональные расстройства после перенесенных острых заболеваний, когда по завершении лечения в стационарных условиях у освидетельствуемого сохраняются астенизация, гипотрофия, нарушение питания. Заключение о нуждаемости в отпуске по болезни может быть вынесено только в случаях тяжелого или осложненного течения заболевания (кишечная перфорация, кишечное кровотечение, миокардит, пневмония с парапневмоническим плевритом и другими осложнениями), при сохранении астенизации после лечения в стационарных условиях, когда для оценки стойкости остаточных изменений и полного восстановления способности освидетельствуемого исполнять обязанности военной службы требуется срок не менее одного месяца.

Военнослужащим, перенесшим легкую или среднетяжелую неосложненную форму заболевания без нарушения функций органов, отпуск по болезни не предоставляется. Восстановительное лечение данной категории граждан, переболевших острыми инфекционными заболеваниями, завершается в военных организациях здравоохранения, в которых организован комплекс реабилитационных мероприятий.

Граждане, перенесшие острый вирусный гепатит, брюшной тиф и паратифы, при призыве на срочную военную службу, службу в резерве или поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев после окончания лечения в стационарных условиях с последующим медицинским освидетельствованием.»;

статью 13 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций  | Категория годности к военной службе |          |           |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|-----------|
|                              |   | графа I                             | графа II | графа III |
| 13                           | Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ:<br>а) со значительным нарушением функций | НГИ                                 | НГИ      | НГИ       |

|   |     |     |                       |
|---|-----|-----|-----------------------|
| б) с умеренным нарушением функций; ожирение III степени   | НГМ | НГМ | НГМ,<br>ГНС – ИНД     |
| в) с незначительным нарушением функций; ожирение II степени   | НГМ | НГМ | ГО,<br>СС – ИНД       |
| г) состояние после острого заболевания, обострения хронического заболевания или после оперативного лечения при наличии временных функциональных расстройств | ВН  | ВН  | ВН                    |
| д) недостаточная масса тела; ожирение I степени   | ГО  | ГО  | Г<br>ССО,<br>СС – ИНД |

Пояснения к статье 13 расписания болезней.

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

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

К пункту «а» относятся:

заболевания гипофиза, надпочечников, паразитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, со значительным нарушением функций в состоянии клинико-гормональной декомпенсации на фоне медикаментозной терапии. При впервые выявленном заболевании эндокринной системы в состоянии клинико-гормональной декомпенсации на этапе подбора медикаментозной терапии медицинское освидетельствование лиц, освидетельствуемых по графе II, а также лиц, освидетельствуемых по графе III и направленных на медицинское освидетельствование в связи с предстоящим увольнением с военной службы по достижении предельного возраста состояния на военной службе, по окончании контракта или в связи с организационно-штатными мероприятиями, проводится по пункту «б»;

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

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

сахарный диабет 1-го типа;

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

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

К пункту «б» относятся:

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

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

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

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

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

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

экзогенно-конституциональное ожирение III степени;

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

К пункту «в» относятся:

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

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

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

почечный диабет;

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

подострый тиреоидит с рецидивирующим течением.

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

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

При наличии недостаточной массы тела (ИМТ менее 18,5) призывники после консультации врача-терапевта и врача-гастроэнтеролога подлежат консультированию в

специализированных эндокринологических диспансерах (центрах). При выявлении эндокринной патологии медицинское обследование и лечение призывников осуществляются в стационарных условиях только по направлению врачей-эндокринологов эндокринологических диспансеров (центров). Если у граждан не выявлены заболевания, вызывающие снижение массы тела, сохранена физическая работоспособность (по данным функциональных нагрузочных проб), они подлежат медицинскому освидетельствованию по пункту «д». При сниженной физической работоспособности граждане подлежат медицинскому освидетельствованию по пункту «в».

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

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

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

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

название раздела «Психические расстройства» изложить в следующей редакции: «Психические и поведенческие расстройства»;

статью 14 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций   | Категория годности к военной службе |          |                   |
|------------------------------|--|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                              |  | графа I                             | графа II | графа III         |
| 14                           | Органические, в том числе и симптоматические психические расстройства:   |                                     |          |                   |
|                              | а) выраженные нарушения функционирования   | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                              | б) умеренные нарушения функционирования  | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
|                              | в) легкие нарушения функционирования   | ВН                                  | ГО       | ВН,<br>ГО         |
|                              | г) при стойкой компенсации перенесенных легких психических расстройств либо психические расстройства, закончившиеся выздоровлением | ГО                                  | ГО       | Г                 |

Пояснения к статье 14 расписания болезней.

В статье предусматриваются психические расстройства (психотические и непсихотические) вследствие церебральных заболеваний, мозговых травм и других поражений головного мозга (в том числе психические нарушения вследствие эпилепсии), общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, а также психические расстройства, связанные с воздействием РВ, ИИИ, КРТ, ЭМП и лазерного излучения, другими причинами, приводящими к церебральной дисфункции.

Медицинское освидетельствование граждан проводится после медицинского обследования в стационарных условиях.

К пункту «а» относятся резко выраженные психические расстройства (деменция, хронические психические расстройства, требующие постоянного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (более двух раз в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию).

К данному пункту также относятся психические расстройства и специфические изменения личности вследствие эпилепсии. При этом экспертное заключение о категории годности к военной службе принимается по статьям 14, 21 расписания болезней. Медицинское освидетельствование при наличии только эпилептических припадков при отсутствии психических расстройств и специфических изменений личности проводится по статье 21 расписания болезней.

К пункту «б» относятся состояния с умеренно выраженными проявлениями (психотические состояния с благоприятным течением, непсихотические состояния с длительностью лечения в стационарных условиях 1–2 месяца и (или) требующие поддерживающего лечения в амбулаторных условиях; состояния, затрудняющие социальную адаптацию).

К пункту «в» относятся легкие болезненные проявления (преходящие кратковременные непсихотические расстройства с длительностью лечения до одного месяца, не требующие диспансерного наблюдения и поддерживающего лечения; состояния, не затрудняющие социальную адаптацию), возникающие вследствие острых органических (соматических) заболеваний или травм головного мозга, завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией, легким когнитивным расстройством при отсутствии признаков органического поражения центральной нервной системы. Военнослужащим предоставляется отпуск по болезни с последующим медицинским освидетельствованием. Призывникам предоставляется отсрочка от призыва на срочную военную службу, службу в резерве сроком на 6 месяцев с последующими медицинским обследованием и медицинским освидетельствованием по пункту «б» или «г» в зависимости от компенсации болезненных проявлений.

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

К данному пункту относится также наличие указанных в статье психических расстройств в анамнезе при отсутствии патологии со стороны нервно-психической сферы и внутренних органов. Благоприятный исход указанных психических расстройств должен быть подтвержден медицинским обследованием в государственных организациях здравоохранения.

В случаях симптоматических психических расстройств, а также психических расстройств, связанных с воздействиями РВ, ИИИ, КРТ, ЭМП и лазерного излучения, в документах о результатах медицинского обследования и медицинского освидетельствования указывается причина, которая повлекла за собой развитие психического расстройства.»;

статью 18 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций   | Категория годности к военной службе |                          |   |
|------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
|                              |  | графа I                             | графа II                 | графа III                                     |
| 18                           | Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства:<br>а) при резко выраженных нарушениях<br>б) при умеренно выраженных нарушениях, повторных случаях<br>в) состояния, закончившиеся компенсацией | НГИ<br><br>НГМ<br><br>ВН            | НГИ<br><br>НГМ<br><br>ВН | НГИ<br><br>НГМ,<br>ГНС – ИНД<br><br>ВН,<br>ГО |



|  |  |    |    |   |
|--|--|----|----|---|
|  | г) кратковременные состояния, закончившиеся выздоровлением | ГО | ГО | Г |
|--|--|----|----|---|

Пояснения к статье 18 расписания болезней.

В статье предусматриваются тревожно-фобические, тревожные, обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства, реакции на тяжелый стресс, нарушение адаптации и другие невротические расстройства. К данной статье относятся также расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), расстройства сна неорганической природы (бессонница, гиперсомния, снохождение, ночные ужасы и кошмары), тикозные расстройства.

К пункту «а» относятся хронические психические расстройства, требующие длительного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (более двух раз в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию.

К пункту «б» относятся состояния, требующие лечения в стационарных условиях и последующего лечения в амбулаторных условиях, а также повторные болезненные проявления, несмотря на проводимое лечение в стационарных условиях, затрудняющие социальную адаптацию и исполнение обязанностей военной службы.

К пункту «в» относятся непсихотические расстройства с длительностью лечения до одного месяца, с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией и незначительно затрудняющие социальную адаптацию. Призывникам предоставляется отсрочка на 6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием.

К пункту «г» относятся кратковременные непсихотические расстройства, хорошо поддающиеся лечению, закончившиеся выздоровлением и полной социальной адаптацией.»;

статьи 21, 22 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименование болезни, степень нарушения функций   | Категория годности к военной службе |                |                              |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------------|------------------------------|
|                              |   | графа I                             | графа II       | графа III                    |
| 21                           | Эпилепсия:<br>а) при наличии частых эпилептических припадков или выраженных психических нарушений<br>б) при единичных и редких (судорожных и бессудорожных) эпилептических припадках без психических нарушений вне припадка | НГИ<br><br>НГМ                      | НГИ<br><br>НГМ | НГИ<br><br>НГМ,<br>ГНС – ИНД |

Пояснения к статье 21 расписания болезней.

В статье предусматривается эпилепсия как хроническое заболевание головного мозга с генерализованными или парциальными припадками. При психических нарушениях и специфических изменениях личности вследствие эпилепсии применяется также статья 14 расписания болезней.

Симптоматическая эпилепсия к данной статье не относится. В этом случае медицинское освидетельствование проводится по заболеванию, приведшему к развитию судорожного синдрома.

Наличие припадков должно быть подтверждено медицинскими документами, также могут быть приняты во внимание свидетельства очевидцев, если описанные ими припадок и послеприпадочное состояние дают основание считать припадок эпилептическим. В сомнительных случаях следует запрашивать дополнительные сведения по месту жительства, учебы, работы, прохождения военной службы освидетельствуемого.

При наличии частых (три и более раз в год) припадков или психических эквивалентов судорожных припадков, а также прогрессирующих нарушений психики медицинское освидетельствование проводится по пункту «а».

При единичных и редких (менее трех раз в год) припадках, в том числе бессудорожных пароксизмах без эквивалентов и других, характерных для эпилепсии психических изменений личности, медицинское освидетельствование проводится по пункту «б».

В случаях, когда медицинскими документами из государственной организации здравоохранения подтверждается наличие эпилептических припадков в прошлом, но за последние 5 лет они не наблюдались, а на электроэнцефалограмме в состоянии покоя или при функциональных нагрузках выявляются патологические изменения (пароксизмально регистрируемые острые и медленные волны различной амплитуды, комплексы острая – медленная волна, межполушарная асимметрия), медицинское освидетельствование проводится по пункту «б».

В случаях однократных судорожных припадков любого характера в прошлом или слабо выраженных и редко возникающих малых эпилептических припадков, бессудорожных пароксизмов или специфических расстройств настроения вопрос о категории годности к военной службе, поступлении в военные учебные заведения и МСВУ решается после медицинского обследования. Лица с эпилептическими пароксизмами, в том числе и в анамнезе, негодны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды.

| Статья расписания болезней | Наименования болезней, степень нарушения функций  | Категория годности к военной службе |          |                       |
|----------------------------|---|-------------------------------------|----------|-----------------------|
|                            |   | графа I                             | графа II | графа III             |
| 22                         | Воспалительные, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их последствия: |                                     |          |                       |
|                            | а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением               | НГИ                                 | НГИ      | НГИ                   |
|                            | б) с умеренным нарушением функций   | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД     |
|                            | в) с незначительным нарушением функций  | НГМ                                 | НГМ      | ГО                    |
|                            | г) при наличии объективных данных без нарушения функций                                 | ГО                                  | ГО       | Г<br>ССО,<br>СС – ИНД |

Пояснения к статье 22 расписания болезней.

В статье предусматриваются инфекционные и паразитарные болезни центральной нервной системы, поражения головного или спинного мозга при общих инфекциях, острых и хронических интоксикациях (менингит менингококковый, менингиты серозные, полиомиелит, клещевой и комариный вирусные энцефалиты, поражения нервной системы при туберкулезе, сифилисе, демиелинизирующие болезни).

К пункту «а» относятся:

болезни нервной системы, сопровождающиеся глубокими параличами или парезами, выраженным вторичным паркинсонизмом, частыми (три и более раза в год) эпилептическими припадками, выраженными распространенными гиперкинезами, частыми приступами кожевниковской или джексоновской эпилепсии, атактическими расстройствами, выраженной гидроцефалией, резкой ликворной гипертензией;

оптикохиазмальный арахноидит с расстройством зрения;

рассеянный склероз;

последствия перенесенного миелита с явлениями паралича или выраженного пареза;

тяжелые формы поражения нервной системы при раннем и позднем нейросифилисе, туберкулезный менингит, паразитарные поражения нервной системы независимо от результатов лечения.

К пункту «б» относятся остаточные явления и последствия заболеваний, которые по степени нарушения функций центральной нервной системы ограничивают возможность прохождения военной службы, но не исключают ее полностью (умеренно выраженный

гемипарез, повышение мышечного тонуса, расстройство координации, чувствительности, умеренная гидроцефалия, умеренно выраженная ликворная гипертензия), а также с частыми (два и более раза в год) и длительными (для граждан, подлежащих призыву на срочную военную службу, службу в резерве, – не менее 6 месяцев, для военнослужащих – не менее 4 месяцев) декомпенсациями болезненных расстройств.

К пункту «в» относятся последствия и остаточные явления поражения центральной нервной системы с незначительным нарушением функций, отдельными органическими знаками, сочетающимися с вегетативно-сосудистой неустойчивостью и астеноневротическими проявлениями при безуспешности лечения. При улучшении состояния и восстановлении способности исполнять обязанности военной службы медицинское освидетельствование проводится по пункту «г».

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

Наличие указанных в настоящей статье расстройств должно быть подтверждено медицинскими документами, сведениями из характеристик с места работы, учебы или военной службы о влиянии указанных расстройств на трудоспособность или исполнение служебных обязанностей, а диагноз – результатами клинико-лабораторных и инструментальных исследований. При этом заключение о категории годности к военной службе граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту выносится после медицинского обследования.

При оценке выраженности синдрома внутричерепной гипертензии кроме показателей давления спинномозговой жидкости (в норме спинномозговое давление при горизонтальном положении тела колеблется от 70 до 200 мм водного столба, незначительное повышение – от 200 до 300, умеренное – от 300 до 400, резкое – 400 и выше) учитываются клиника заболевания, наличие окклюзионно-гидроцефальных пароксизмов, застойных изменений на глазном дне, данные эхоэнцефалоскопии, степень расширения желудочковой системы мозга по данным КТ или МРТ.

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

статью 39 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций  | Категория годности к военной службе |                          |  |
|------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
|                              |   | графа I                             | графа II                 | графа III  |
| 39                           | Нарушения вестибулярной функции:<br>а) стойкие значительно выраженные вестибулярные расстройства, болезнь Меньера<br>б) нестойкие редко рецидивирующие, умеренно выраженные вестибулярно-вегетативные расстройства<br>в) стойкая и резко выраженная чувствительность к вестибулярным раздражениям | НГИ<br><br>НГМ<br><br>ГО            | НГИ<br><br>НГМ<br><br>ГО | НГИ<br><br>НГМ,<br>ГНС – ИНД<br><br>Г<br>ССО – НГ,<br>СС – ИНД |

Пояснения к статье 39 расписания болезней.

К пункту «а» относятся болезнь Меньера и другие резко выраженные формы вестибулярных расстройств органического или функционального характера (вестибулярный нейронит, доброкачественное позиционное головокружение, последствия

травм), приступы которых наблюдались при медицинском обследовании в стационарных условиях и подтверждены медицинскими документами.

К пункту «б» относятся формы вестибулярных расстройств, приступы которых протекают кратковременно с умеренно выраженными вестибулярно-вегетативными реакциями, не оказывающими значительного влияния на исполнение служебных обязанностей.

К пункту «в» относятся случаи резко повышенной чувствительности к укачиванию при отсутствии симптомов вестибулярных расстройств и заболеваний других органов.

При повышенной чувствительности к укачиванию и в случаях однократных пароксизмов головокружения любого характера в прошлом вопрос о категории годности к военной службе решается после всестороннего медицинского обследования с участием врача-невролога и других врачей-специалистов. В случаях, когда медицинскими документами государственной организации здравоохранения подтверждается наличие пароксизмов головокружения (два и более) любого характера в прошлом, но за последние 3 года они не наблюдались, а при медицинском обследовании на электронистагмограмме в состоянии покоя и (или) при функциональных нагрузочных тестах выявляются патологические изменения (спонтанный нистагм, асимметрия вестибуло-окулярных и оптокинетических рефлексов и реакций их подавления), медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». Лица с установленными вестибулярными нарушениями негодны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды.

При медицинском освидетельствовании лиц, связанных с парашютной подготовкой, проводится исследование вестибулярного аппарата с использованием функциональных нагрузочных тестов. При выявлении изменений (спонтанный нистагм, асимметрия вестибуло-окулярных и оптокинетических рефлексов и реакций их подавления) они признаются негодными к совершению парашютных прыжков. При отсутствии патологических изменений обязательно проводится исследование вестибулярного аппарата трехкратным опытом отолитовой реакции или пробой непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса.»;

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

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

Пояснения к статье 42 расписания болезней.

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

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

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

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

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

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

обширная облитерация перикарда;

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

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

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

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

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

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

синдром Бругада.

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

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

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

имплантация искусственного водителя ритма при отсутствии хронической сердечной недостаточности;

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

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

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

повторные эпизоды острой ревматической лихорадки;

синдром слабости синусового узла;

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

врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала Q-T стойкого характера с пароксизмальными нарушениями ритма. При отсутствии пароксизмальных

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

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

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

стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ (в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ) пауз от 2 с до 3 с и сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другие), если они не индуцированы медикаментозно.

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

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

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

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

отдельные нарушения ритма и проводимости:

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

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

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

стойкая полная блокада правой ножки пучка Гиса;

стойкая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

стойкая АВ-блокада I степени.

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

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

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

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

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

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

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

СА-блокада II степени (тип II);

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

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

Гражданам, освидетельствуемым по графе I при впервые выявленном пролапсе митрального или других клапанов сердца I степени с регургитацией I степени, выполняется комплекс стандартных исследований (ЭхоКС, нагрузочная проба и суточное мониторирование ЭКГ) и при отсутствии нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б» и «в» настоящей статьи, они признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

При наличии пролапса митрального или других клапанов сердца I степени с транзиторной (непостоянной) регургитацией I степени (в том числе при выполнении нагрузочных проб) медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи.

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

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

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

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

Пояснения к статье 43 расписания болезней.

Артериальная гипертензия – хроническое стабильное повышение АД, при котором систолическое АД равно 140 мм рт. ст. или выше и (или) диастолическое АД равно 90 мм рт. ст. или выше. Если значения систолического АД и диастолического АД

попадают в различные категории, выставляется степень артериальной гипертензии по более высоким показателям АД. Артериальная гипертензия, при которой повышение АД обусловлено известными или устраняемыми причинами, рассматривается как симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия.

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

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

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

К ПОМ относятся:

гипертрофия левого желудочка по результатам ЭхоКС;

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

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

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

Под АКС следует считать:

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

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

поражения почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность);

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

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

сахарный диабет.

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

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



чувствительными, речевыми, мозжечковыми, вестибулярными и другими расстройствами, генерализованные сужения сосудов сетчатки.

Функции органов и систем нарушены умеренно, работоспособность снижена.

К пункту «в» относятся:

артериальная гипертензия II степени, риск 2–3;

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

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

К факторам риска относятся:

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

курение;

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

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

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

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

Наличие артериальной гипертензии у освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней должно быть подтверждено медицинским обследованием и результатами предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев. В случае впервые выявленной артериальной гипертензии при призыве на срочную военную службу, службу в резерве наличие заболевания должно быть подтверждено результатами медицинского обследования.

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

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

статьи 51–53 и пояснения к ним изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций | Категория годности к военной службе |          |                   |
|------------------------------|--|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                              |  | графа I                             | графа II | графа III         |
| 51                           | Другие болезни органов дыхания:                  |                                     |          |                   |
|                              | а) со значительным нарушением функций            | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                              | б) с умеренным нарушением функций                | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |

|  |  |    |    |                       |
|--|--|----|----|-----------------------|
|  | в) с незначительным нарушением функций | ГО | ГО | Г<br>ССО,<br>СС – ИНД |
|--|--|----|----|-----------------------|

Пояснения к статье 51 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры, нагноительные заболевания легких с дыхательной (легочной) недостаточностью III степени;

саркоидоз с выраженными фиброзными изменениями в легких;

альвеолярный протеиноз, легочный альвеолярный микролитиаз, идиопатический легочный фиброз вне зависимости от степени дыхательной недостаточности, подтвержденные результатами гистологического исследования.

К пункту «б» относятся:

хронические заболевания бронхолегочного аппарата с дыхательной (легочной) недостаточностью II степени;

бронхоэктатическая болезнь и заболевания легких, осложненные вторичными бронхоэктазами, саркоидоз с изолированным поражением внутригрудных лимфоузлов и с поражением лимфоузлов и легких, подтвержденные результатами гистологического исследования у граждан, освидетельствуемых по графам I и II расписания болезней.

К пункту «в» относятся хронические заболевания бронхолегочного аппарата и плевры с дыхательной (легочной) недостаточностью I степени.

При отказе освидетельствуемого от морфологической верификации диагноз устанавливается по совокупности клинических, инструментальных и лабораторных данных.

Категория годности к военной службе у граждан, освидетельствуемых по графе III расписания болезней, определяется в зависимости от степени дыхательной (легочной) недостаточности.

По этой же статье освидетельствуются лица, страдающие поллинозом с клиническими проявлениями астматического бронхита в зависимости от степени дыхательной (легочной) недостаточности.

Степень дыхательной (легочной) недостаточности определяется в соответствии с таблицей 2 «Показатели степени дыхательной (легочной) недостаточности» настоящего приложения.

| Статья расписания болезней | Наименования болезней, степень нарушения функций           | Категория годности к военной службе |          |                   |
|----------------------------|--|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                            |  | графа I                             | графа II | графа III         |
| 52                         | Бронхиальная астма:  |                                     |          |                   |
|                            | а) тяжелое персистирующее течение                          | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                            | б) среднетяжелое персистирующее течение                    | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
|                            | в) легкое персистирующее и легкое интермиттирующее течение | НГМ                                 | НГМ      | ГО<br>СС – ИНД    |

Пояснения к статье 52 расписания болезней.

К пункту «а» относится бронхиальная астма с частыми обострениями заболевания, постоянными приступами в течение дня, значительным ограничением физической активности, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> более 30 % и ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> менее 60 % должных значений в межприступный период.

К пункту «б» относится бронхиальная астма с ежедневными приступами, ночными эпизодами заболевания не менее одного раза в неделю, которые купируются бронхорасширяющими средствами, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> более 30 % и ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> 60–80 % должных значений в межприступный период, при

неэффективности базисной терапии и нуждаемости в лечении в стационарных условиях (три и более раза в течение года).

К пункту «в» относится бронхиальная астма с непродолжительными симптомами реже одного раза в день, которые легко купируются бронхорасширяющими средствами, при отсутствии симптомов и нормальной функции легких между обострениями, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> менее 30 % и ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> более 80 % должных значений в межприступный период. К данному пункту также относится бронхиальная астма в анамнезе при сохраняющейся измененной реактивности бронхов, подтвержденная провокационными ингаляционными тестами в стационарных условиях.

При определении степени тяжести бронхиальной астмы у лиц, получающих базисное лечение противовоспалительными лекарственными средствами, в обязательном порядке должны учитываться объем проводимой терапии и компенсаторные возможности организма.

Освидетельствование при впервые выявленных признаках бронхиальной астмы проводится только после медицинского обследования. Наличие бронхиальной астмы должно быть подтверждено медицинскими документами о лечении, обращениях за медицинской помощью, данными диспансерного наблюдения.

В случае, когда бронхоспастические синдромы (обтурационный, эндокринно-гуморальный, неврогенный, токсический) являются проявлениями или осложнениями других заболеваний, категория годности к военной службе определяется в зависимости от течения основного заболевания по соответствующим статьям расписания болезней.

| Статья расписания болезней | Наименования болезней, степень нарушения функций  | Категория годности к военной службе |          |           |
|----------------------------|---|-------------------------------------|----------|-----------|
|                            |   | графа I                             | графа II | графа III |
| 53                         | Временные функциональные расстройства органов дыхания после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или оперативного лечения | ВН                                  | ВН       | ВН        |

Пояснения к статье 53 расписания болезней.

В случае осложненного течения острых пневмоний (инфекционный токсический шок, нагноения, плевриты, ателектазы, обширные плевральные наложения и другие осложнения) в отношении военнослужащих выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни, а в отношении граждан при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве – заключение о временной негодности к военной службе до 12 месяцев.»;

статью 57 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций        | Категория годности к военной службе |          |                   |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                              |   | графа I                             | графа II | графа III         |
| 57                           | Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки:    |                                     |          |                   |
|                              | а) со значительным нарушением функций                   | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                              | б) с умеренным нарушением функций                       | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
|                              | в) с незначительным нарушением функций                  | НГМ                                 | НГМ      | ГО                |
|                              | г) при наличии объективных данных без нарушения функций | ГО                                  | ГО       | Г                 |

Пояснения к статье 57 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

приобретенные пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи;

рубцовые сужения пищевода, ахалазия кардии со значительными клиническими проявлениями, требующие систематического бужирования, дилатации или оперативного лечения;

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

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

субтотальная резекция или экстирпация желудка;

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

К пункту «б» относятся:

дивертикулы пищевода с клиническими проявлениями;

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

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

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

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

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

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

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

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

К пункту «в» относятся:

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

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

особые формы хронического гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный);

хронический гастрит с дисплазией эпителия;

язва двенадцатиперстной кишки с рецидивами два раза в год, множественные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

К пункту «г» относятся:

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

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

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

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

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

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

При наличии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе у граждан, освидетельствуемых по графе I расписания болезней, диагноз должен подтверждаться выписками из медицинской карты стационарного пациента (медицинской карты амбулаторного больного) с подробным описанием эндоскопического (рентгенологического) исследования, при этом выписку подписывает руководитель государственной организации здравоохранения и она заверяется оттиском печати государственной организации здравоохранения. В случае отсутствия документов для подтверждения диагноза освидетельствуемому проводится эндоскопическое (рентгенологическое) исследование.

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

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

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

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

Определяются следующие степени выраженности рубцово-язвенной деформации двенадцатиперстной кишки:

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

II степень – незначительная деформация. Рентгенологически контур одной из кривизны луковицы утолщен (втянут), в остальных отделах луковица свободно

заполняется контрастом и расправляется, эвакуаторная функция не нарушена. Гастрофиброскоп свободно проходит участок деформации, слизистую оболочку удается рассмотреть полностью в этой зоне, имеются одна-две небольшие рубцовые складки в форме валиков или втянутый рубец, не изменяющий конфигурацию луковицы;

III степень – умеренная деформация. Рентгенологически наблюдаются втяжение и укорочение кривизны, рельеф складок слизистой грубый, рубцово-деформированный, складки конвергируют к области рубца, контрастное вещество не заполняет туго луковицу, может быть выявлено поверхностное депо бария в области рубца, другая кривизна перерастянута, образует карман, гипотония не меняет характера деформации и конфигурации луковицы. Может быть обнаружено нарушение эвакуаторной функции пилоробульбарной зоны, что проявляется в ускорении пассажа бария по луковице вплоть до его транзитного прохождения и спазмом луковицы. При гастроскопии определяется несимметричное расположение луковицы относительно привратника, гастрофиброскоп проходит за пределы деформации, осмотреть слизистую луковицы трудно из-за грубых рубцовых складок, разделяющих луковицу на карманы, при нагнетании воздуха луковица не расправляется, нередко ее выходной отдел сужен, определить локализацию язвы при исследовании трудно;

IV степень – выраженная деформация. Выраженной постязвенной рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки считается деформация, отчетливо выявляемая при полноценно выполняемой дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, сопровождаемая замедленной эвакуацией (задержка контрастного вещества в желудке более 2 ч). Рентгенологически луковица теряет свою форму, рубцовые укорочения и втяжения наблюдаются на обеих кривизнах, размеры луковицы уменьшены, хотя карманы могут быть перерастянты, луковица приобретает форму трилистника, иногда выглядит как продолжение привратника, размер слизистой грубо изменен. Нарушения эвакуаторной функции выражены в различной степени вплоть до развития компенсированного стеноза. Гастрофиброскоп с трудом проводится за пределы луковицы двенадцатиперстной кишки, иногда провести его не удается, эндоскопическая ревизия луковицы практически невозможна из-за ее резкой деформации и уменьшения размеров.»;

статью 59 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций            | Категория годности к военной службе |          |                   |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                              |   | графа I                             | графа II | графа III         |
| 59                           | Болезни печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы: |                                     |          |                   |
|                              | а) со значительным нарушением функций                       | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                              | б) с умеренным нарушением функций                           | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
|                              | в) с незначительным нарушением функций                      | НГМ                                 | НГМ      | ГО                |
|                              | г) при наличии объективных данных без нарушения функций     | ГО                                  | ГО       | Г<br>ССО – ИНД    |

Пояснения к статье 59 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

цирроз печени;

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

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

хронический панкреатит с выраженными морфологическими изменениями (атрофия, кальцинаты, деформация протоков, кисты) и нарушением внешнесекреторной функции

поджелудочной железы с нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5) и (или) с нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом;

осложнения спустя год после операции на поджелудочной железе (свищи и другие);  
состояние после резекции поджелудочной железы.

К пункту «б» относятся:

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

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

состояние после наложения билиодигестивных или панкреатодигестивных анастомозов;

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

К пункту «в» относятся:

хронический гепатит с минимальной степенью активности;

хронический калькулезный холецистит с редкими обострениями;

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

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

Диагноз хронического гепатита должен быть подтвержден при медицинском обследовании результатами клинико-лабораторных и инструментальных исследований, свидетельствующими о стабильном поражении печени. Биопсия печени проводится при неоднозначных результатах клинико-лабораторных и инструментальных исследований, необходимости уточнения диагноза, этиологического фактора.

К пункту «г» относятся:

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

функциональная гипербилирубинемия;

стеатоз (жировая дегенерация печени);

функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Варианты форм, размеров, положения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, выявленные при инструментальных исследованиях, без клинических проявлений и функциональных нарушений не являются основанием для применения настоящей статьи.

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

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

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

Пояснения к статье 65 расписания болезней.

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

К пункту «а» относятся:

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

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

выраженный деформирующий (наличие грубых костных разрастаний суставных концов не менее 2 мм) артроз крупных суставов с частыми (два и более раза в год) рецидивами обострений болевого синдрома, разрушениями суставного хряща (ширина суставной щели на рентгенограмме менее 2 мм) и деформацией оси конечностей;

дефект костей более 1 см с нестабильностью конечности;

асептический некроз головки бедренной кости;

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

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

К пункту «б» относятся:

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

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

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

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

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

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

К пункту «в» относятся:

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Пояснения к статье 66 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

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

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

врожденный и (или) приобретенный центральный стеноз позвоночного канала (шейный отдел менее 13 мм, грудной отдел менее 13 мм, поясничный отдел менее 16 мм), сопровождающийся грубыми проводниковыми и (или) корешковыми расстройствами (параличи или глубокие парезы, нарушение функции тазовых органов);

спондилолистез IV, V степени;  
распространенный остеохондроз IV степени всех отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный данными медицинских документов, корешковыми и (или) проводниковыми расстройствами;  
фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье);  
распространенный деформирующий спондилез III степени всех отделов позвоночника;  
инфекционный спондилит с частыми (три и более раза в год) обострениями.  
К пункту «б» относятся:  
врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы, сколиозы III степени) с умеренной деформацией грудной клетки и нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу;  
врожденный и (или) приобретенный центральный стеноз позвоночного канала, сопровождающийся умеренными корешковыми расстройствами (умеренные парезы);  
анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) с редкими обострениями;  
спондилолистез III степени;  
распространенный остеохондроз III и (или) IV степени не менее двух отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный записями врача-невролога в медицинских документах;  
распространенный деформирующий спондилез III степени не менее двух отделов позвоночника;  
инфекционный спондилит с редкими обострениями.  
К пункту «в» относятся:  
множественные аномалии развития хотя бы в одном отделе позвоночника в различных сочетаниях, приведшие к развитию остеохондроза III, IV степени, сколиозу I и выше степени, спондилезу II, III степени, синдрому нестабильности;  
врожденный и (или) приобретенный центральный стеноз позвоночного канала, сопровождающийся легкими корешковыми расстройствами и рецидивирующим болевым синдромом, подтвержденным записями врача-невролога в медицинских документах;  
кифоз III степени;  
сколиозы II степени, при которых дуга сколиотической деформации позвоночника в положении лежа  $11^\circ$  и более;  
анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) в начальной стадии;  
спондилолистез II степени;  
распространенный остеохондроз III степени одного или более отделов позвоночника;  
распространенный деформирующий спондилез III степени одного отдела позвоночника;  
ограниченный остеохондроз III и (или) IV степени не менее двух отделов позвоночника;  
ограниченный спондилез III степени не менее двух отделов позвоночника.  
К пункту «г» относятся:  
одиночные или множественные аномалии развития в одном отделе позвоночника;  
врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы II степени, кифозы I степени со структурными изменениями позвонков, сколиозы I степени);  
сколиозы I степени, при которых дуга сколиотической деформации позвоночника в положении лежа  $10^\circ$  и менее;  
спондилолистез I степени;  
изолированный, ограниченный остеохондроз III (IV) степени одного отдела позвоночника;  
ограниченный или распространенный остеохондроз I, II степени одного и более отделов позвоночника;

ограниченный или распространенный спондилез I, II степени одного и более отделов позвоночника.

Бессимптомное течение межпозвонкового остеохондроза в виде грыж Шморля одного-двух позвонков, кифоз I степени без структурного изменения позвонков, изолированный остеохондроз I, II степени одного и более отделов позвоночника, изолированный спондилез I, II степени одного и более отделов позвоночника, незаращение дужек V поясничного и I крестцового позвонков не являются основанием для применения данной статьи, не препятствует прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.

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

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

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

Признаками синдрома нестабильности являются:

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

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

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

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

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

Рентгенологическими признаками остеохондроза являются:

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

при II степени – уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков, выпрямление физиологического лордоза, незначительное снижение высоты межпозвонкового диска

(нижележащий диск равен по высоте вышележащему), вентральные и дорзальные экзостозы тел позвонков;

при III степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, умеренное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего), дистрофические изменения межпозвонковых суставов с умеренным сужением межпозвонковых отверстий (признаки спондилоартроза);

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

Определение степени деформирующего спондилеза по рентгенограммам:

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

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

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

Остеохондроз и спондилез могут быть:

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

ограниченными – когда поражаются два диска или три позвонка;

распространенными – когда поражаются более двух дисков или более трех позвонков.

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

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

Степень смещения определяется по рентгенограмме в боковой проекции: краниальная замыкательная пластинка нижележащего позвонка условно делится на четыре части, а от задненижнего края верхнего позвонка к замыкательной пластинке нижнего опускается перпендикуляр.

Степень листеза определяется зоной, на которую проецируется перпендикуляр:

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

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

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

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

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

Деформация позвоночника при сколиозе оценивается по переднезадней рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень I крестцового позвонка).

Для определения угловой величины сколиотических дуг используется методика Кобба:

определяются краниальный и каудальный позвоночные сегменты дуги деформации;

параллельно замыкательным пластинкам тел краниального и каудального позвонков на снимке проводятся прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. Учитывая возможное деформирование тел позвонков, для расчерчивания берется замыкательная пластинка, имеющая наибольший наклон. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться с применением геометрического приема посредством проведения встречных перпендикуляров.

При выявлении сколиоза II степени в положении стоя проводится рентгенологическое исследование в положении лежа. В зависимости от величины дуги сколиотической деформации позвоночника в положении лежа медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» или «г» настоящей статьи.

Степени тяжести сколиотической деформации позвоночника:

I степень – дуга деформации от 5 до 10°;

II степень – дуга деформации от 11 до 25°;

III степень – дуга деформации от 26 до 40°;

IV степень – дуга деформации от 41° и более.

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

Для определения угловой величины дуги кифоза используется методика Кобба:

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

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

Степень тяжести кифотической деформации позвоночника:

I степень – угол кифоза от 31 до 40°;

II степень – угол кифоза от 41 до 50°;

III степень – угол кифоза от 51 до 70°;

IV степень – угол кифоза свыше 70°.»;

статью 71 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций         | Категория годности к военной службе |          |                   |
|------------------------------|--|-------------------------------------|----------|-------------------|
|                              |  | графа I                             | графа II | графа III         |
| 71                           | Хронические заболевания почек:                           |                                     |          |                   |
|                              | а) с резким нарушением функций                           | НГИ                                 | НГИ      | НГИ               |
|                              | б) с умеренным нарушением функций                        | НГМ                                 | НГМ      | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
|                              | в) с незначительным нарушением или без нарушения функций | НГМ                                 | НГМ      | ГО                |

Пояснения к статье 71 расписания болезней.

В статье предусматриваются гломерулярные хронические заболевания почек (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический нефритический синдром, нефротический синдром, наследственная нефропатия и иные гломерулярные поражения), хронические тубулоинтерстициальные заболевания (хронический тубулоинтерстициальный нефрит, обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия, другие интерстициальные болезни), а также хроническая почечная недостаточность неуточненного генеза.

Медицинское освидетельствование граждан при призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту, военнослужащих по поводу заболеваний почек проводится после медицинского обследования. Диагноз и степень нарушения функции почек обосновываются данными клинико-лабораторных и инструментальных исследований, а при необходимости – пункционной биопсией почки.

К пункту «а» относятся хронические заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью II–IV стадии.

К пункту «б» относятся хронические заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью I стадии или умеренным нарушением функции почек (стойкий мочево́й синдром, сохраняющийся более 12 месяцев, или стойкое снижение амплитуды колебаний относительной плотности мочи, или умеренное нарушение секреторно-эксcretорной функции по данным радиоизотопной ренографии, или частые (более двух раз в год) рецидивы болезни).

К пункту «в» относятся хронические заболевания почек с незначительным нарушением или без нарушения функции почек (изолированный мочево́й синдром в виде микрогематурии, суточной протеинурии до одного грамма, который может исчезать после проведения этиопатогенетической терапии, способность почек к разведению и концентрации мочи нарушена незначительно или не нарушена, возможно незначительное нарушение секреторно-эксcretорной функции при радиоизотопной ренографии).

I стадия хронической почечной недостаточности (латентная) характеризуется преходящим повышением уровня креатинина крови до 0,18 ммоль/л, мочевины крови до 8,8 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 40–60 мл/мин, показатели пробы Зимницкого могут быть в норме.

II стадия хронической почечной недостаточности (компенсированная) характеризуется легкой полиурией, возможным снижением гемоглобина до 83–100 г/л, повышением креатинина крови от 0,18 до 0,28 ммоль/л, мочевины крови от 8,8 до 10,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 30–40 мл/мин, в пробе Зимницкого разница между максимальной и минимальной плотностью менее восьми единиц.

III стадия хронической почечной недостаточности (интермиттирующая) характеризуется полиурией, гипоизостенурией, снижением гемоглобина до 67–83 г/л, повышением креатинина крови от 0,28 до 0,6 ммоль/л, мочевины крови от 10,1 до 19,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации до 20–30 мл/мин.

IV стадия хронической почечной недостаточности (терминальная) характеризуется повышением креатинина крови свыше 0,6 ммоль/л, мочевины крови свыше 19,0 ммоль/л, снижением клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин.

При пограничных показателях креатинина и мочевины крови первостепенное значение отдается уровню клубочковой фильтрации.

Диагноз «хронический пиелонефрит» устанавливается при наличии лейкоцитурии и бактериурии, сохраняющихся более 12 месяцев и выявляемых с применением количественных методов, при условии исключения острых воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и половых органов после медицинского обследования с участием врача-дерматовенеролога, врача-уролога (для женщин, кроме того, врача-гинеколога) и обязательного рентгенурологического исследования. При необходимости проводятся УЗИ и радиоизотопное исследование почек.

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

статью 80 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

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

Пояснения к статье 80 расписания болезней.

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

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

К пункту «а» относятся:

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

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

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

врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью III степени;

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

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

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

остеосклероз (остеопетроз, мраморная болезнь);

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

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

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

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

деформация костей с укорочением конечности более 8 см;

отсутствие сегмента конечности;

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

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

ихтиоз врожденный, ихтиозиформная эритродермия.

К пункту «б» относятся:

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

- изолированные врожденные пороки сердца при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии;
  - пролапс митрального или других клапанов сердца III степени (более 9 мм), пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (от 6 до 8,9 мм) с нарушением внутрисердечной гемодинамики, а также пролапс клапанов, осложненный миксоматозной дегенерацией створок;
  - малые аномалии сердца (избыточная трабекулярность желудочков, аномальное крепление створочных хорд, аномальное положение хорд, аномалии папиллярных мышц и другие) или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся нарушением диастолической функции желудочка (по результатам ЭхоКС) и (или) нарушениями ритма и проводимости сердца, указанными в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней;
  - пороки и аномалии развития черепа (краниостеноз, платибазия, базилярные импрессии, макро- или микроцефалия и другие) при стойких или медленно прогрессирующих изменениях с умеренным нарушением функции;
  - врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью II степени;
  - деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания II степени;
  - отсутствие одной почки или ее функции при нормальной функции оставшейся почки;
  - поликистоз, дисплазия, удвоение почек и их элементов, подковообразная почка с умеренным нарушением выделительной функции или с хронической почечной недостаточностью I стадии;
  - аномалии почек и (или) почечных сосудов с симптоматической артериальной гипертензией, соответствующей по уровню АД II степени;
  - аномалии мочеточников или мочевого пузыря с умеренным нарушением выделительной функции;
  - мошоночная или промежностная гипоспадия;
  - деформация костей с укорочением конечности от 5 до 8 см;
  - О-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей более 12 и до 20 см) или Х-образное искривление (при расстоянии между внутренними лодыжками голени более 12 и до 15 см);
  - другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с умеренным нарушением функций;
  - врожденный ихтиоз рецессивный (черный и чернеющий).
- К пункту «в» относятся:
- изолированные врожденные пороки сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности;
  - пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (от 6 до 8,9 мм) без нарушения внутрисердечной гемодинамики;
  - пролапс митрального или других клапанов сердца I степени (от 3 до 5,9 мм) с регургитацией II степени и более;
  - малые аномалии сердца или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся снижением мощности выполненной нагрузки по результатам ВЭМ;
  - двусторонняя микротия;
  - деформация костей с укорочением ноги от 2 до 5 см;
  - О-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей от 9 до 12 см) или Х-образное искривление ног (при расстоянии между внутренними лодыжками голени от 9 до 12 см);
  - другие пороки развития, заболевания и деформации костей, суставов, сухожилий, мышц с незначительным нарушением функций;
  - врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью I степени;
  - деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания I степени;
  - аплазия, агенезия, гипоплазия легкого;



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

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

солитарные кисты с незначительным нарушением выделительной функции;

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

свищ мочеиспускательного канала от корня до середины полового члена;

задержка яичек в брюшной полости, паховых каналах или у их наружных отверстий;

задержка одного яичка в брюшной полости;

рецидивирующие дермоидные кисты копчика после неоднократного (три и более раза) радикального оперативного лечения;

врожденный доминантный (простой) ихтиоз;

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

К пункту «г» относятся:

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

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

пороки и аномалии развития черепа без нарушения функции;

односторонняя микротия;

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

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

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

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

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

Гражданам, освидетельствуемым по графе I при впервые выявленном пролапсе митрального или других клапанов сердца I степени с регургитацией I степени, выполняется комплекс стандартных исследований (ЭхоКС, нагрузочная проба и суточное мониторирование ЭКГ) и при отсутствии нарушений ритма и проводимости сердца, указанных в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней, они признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

При наличии пролапса митрального или других клапанов сердца I степени с транзиторной (непостоянной) регургитацией I степени (в том числе при выполнении нагрузочных проб) медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи.

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

Пролапс митрального клапана необходимо оценивать в трех сечениях – парастернальном, 2- и 4-камерном. Обязательной по протоколу исследования является оценка толщины створки клапана, которую необходимо определять в фазу диастолы в средней части вне зоны отхождения хорд. Увеличение толщины створки более 3 мм свидетельствует о патологических изменениях (миксоматоз и другие).

Оценку степени митральной и трикуспидальной регургитации необходимо проводить с учетом разных размеров предсердий в зависимости от анатомических особенностей освидетельствуемого и определять по глубине проникновения регургитационного потока в полость предсердия, условно разделив полость предсердия на 4 части, и соответственно разделению выделять 4 степени регургитации (1-я степень – регургитация на 1/4 глубины полости предсердия, 2-я степень – регургитация на 1/2 глубины полости предсердия, 3-я степень – регургитация на 3/4 глубины полости предсердия, 4-я степень – регургитация на всю глубину полости предсердия).

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

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

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

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

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

При наличии дефектов костей черепа вследствие незаращения родничков медицинское освидетельствование проводится по статье 81 расписания болезней.

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

При диагностировании малых аномалий сердца или их сочетаний, сопровождающихся нарушениями ритма и (или) проводимости сердца по данным ЭКГ покоя, нагрузочных проб либо по данным суточного мониторирования ЭКГ и (или) чреспищеводной электрокардиостимуляции левого предсердия, медицинское освидетельствование также проводится по статье 42 расписания болезней.

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

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

статью 82 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций  | Категория годности к военной службе |          |           |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|-----------|
|                              |   | графа I                             | графа II | графа III |
| 82                           | Переломы позвоночника, последствия оперативных вмешательств на позвоночнике; переломы костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломы костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и |                                     |          |           |

|  |     |     |                   |
|--|-----|-----|-------------------|
| бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, других трубчатых костей): |     |     |                   |
| а) со значительным нарушением функций  | НГИ | НГИ | НГИ               |
| б) с умеренным нарушением функций  | НГМ | НГМ | НГМ,<br>ГНС – ИНД |
| в) с незначительным нарушением функций   | НГМ | НГМ | ГО<br>СС – ИНД    |
| г) при наличии объективных данных без нарушения функций                          | ГО  | ГО  | Г<br>ССО – ИНД    |

Пояснения к статье 82 расписания болезней.

К пункту «а» относятся:

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

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

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

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

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

осложненные переломы длинных трубчатых костей со значительным нарушением функции конечности;

ложные суставы длинных трубчатых костей.

К пункту «б» относятся:

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

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

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

переломовывихи позвонков;

переломы I и (или) II шейных позвонков;

перелом зуба II шейного позвонка;

последствия удаления грыж межпозвонковых дисков на одном и более уровнях с прогрессированием дегенеративных изменений;

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

состояние после (последствия) стабилизирующих операций на позвоночнике по поводу дегенеративно-дистрофических изменений с прогрессированием дегенеративных изменений и рецидивирующим болевым синдромом;

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

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

переломы шейки бедра при неудовлетворительных результатах лечения;

осложненные переломы длинных трубчатых костей с умеренным нарушением функции конечности.

К пункту «в» относятся:

компрессионные переломы тела одного и более позвонка I степени компрессии;

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

одно- и (или) двусторонние переломы суставных отростков одного или более поясничных либо шейных позвонков, или трех и более грудных позвонков;  
 перелом дужки одного позвонка независимо от нарушения функции;  
 последствия компрессионного перелома тела одного и более позвонка I степени;  
 состояние после (последствия) стабилизирующих операций на позвоночнике по поводу дегенеративно-дистрофических изменений без прогрессирования дегенеративных изменений;

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

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

неосложненные вывихи шейных позвонков;  
 переломы шейки бедра с использованием остеосинтеза при незначительном нарушении функции тазобедренного сустава;

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

осложненные переломы длинных трубчатых костей с незначительным нарушением функции конечности.

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

К пункту «Г» относятся:

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

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

статью 88 и пояснения к ней изложить в следующей редакции:

| «Статья расписания болезней» | Наименования болезней, степень нарушения функций | Категория годности к военной службе |          |           |
|------------------------------|--|-------------------------------------|----------|-----------|
|                              |  | графа I                             | графа II | графа III |
| 88                           | Энкопрез, энурез                                 | НГМ                                 | НГМ      | ГО        |

Пояснения к статье 88 расписания болезней.

Медицинское обследование и лечение граждан при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве, а также военнослужащих, страдающих недержанием кала, ночным недержанием мочи, проводятся в стационарных условиях с участием врача-проктолога (врача-уролога), врача-невролога, врача-дерматовенеролога, врача – психиатра-нарколога.

Медицинское освидетельствование проводится в случаях, когда наблюдение и результаты медицинского обследования, а также данные, полученные из военного комиссариата, воинской части, государственной (военной) организации здравоохранения, подтверждают наличие недержания кала или ночного недержания мочи и эффект от проводимого лечения отсутствует.

В случае, когда недержание кала или ночное недержание мочи является одним из симптомов другого заболевания, заключение о категории годности к военной службе выносится по статье расписания болезней, предусматривающей основное заболевание.»;

1.2.3.3. подстрочное примечание раздела «а» таблицы дополнительных требований к состоянию здоровья граждан дополнить пунктом 6 следующего содержания:

«б. При призыве граждан на срочную военную службу в организации, создаваемые для обеспечения выполнения задач, возложенных на органы пограничной службы Республики Беларусь, допускается их предназначение по графам 3–8.».

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 февраля 2016 г.

**Министр обороны  
Республики Беларусь  
генерал-лейтенант  
А.А.Равков**

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