

**Об утверждении Инструкции об определении
требований к состоянию здоровья граждан, связанных
с воинской обязанностью**

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2020 г. № 15/59 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/35496 от 16.06.2020 г.) <W22035496>;

Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2023 г. № 1/10 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/39478 от 01.02.2023 г.) <W22339478>

На основании подпункта 7.4 пункта 7 Положения о Министерстве обороны Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 7 декабря 2006 г. № 719, части первой пункта 6 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 июня 1998 г. № 868, и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство обороны Республики Беларусь и Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЮТ:**

1. Утвердить Инструкцию об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

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 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»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2012 г. № 33/85 «О внесении изменений в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 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»;

постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2017 г. № 10/76 «О внесении изменения

в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170».

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

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

**Министр здравоохранения
Республики Беларусь
В.С.Караник**

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства обороны
Республики Беларусь
и Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
03.01.2020 № 1/1

ИНСТРУКЦИЯ

об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью

1. Настоящей Инструкцией определяются требования, предъявляемые к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью, в соответствии с которыми проводится медицинское освидетельствование граждан:

1.1. при приписке к призывным участкам;

1.2. при призыве на военную службу, службу в резерве, а также на военные и специальные сборы (далее – военные сборы) из числа военнообязанных, состоящих в запасе Вооруженных Сил;

1.3. при поступлении:

на военную службу по контракту в Вооруженные Силы, органы пограничной службы, внутренние войска Министерства внутренних дел и Оперативно-аналитический центр при Президенте Республики Беларусь;

в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» (далее – МСВУ);

в учреждения образования, а также 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;

1.4. направляемых для обучения в организации иностранных государств по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел;

1.5. военнослужащих:

проходящих военную службу по контракту в Вооруженных Силах, органах пограничной службы, внутренних войсках Министерства внутренних дел и Оперативно-аналитическом центре при Президенте Республики Беларусь;

проходящих военную службу по призыву, службу в резерве;

проходящих военные сборы;

обучающихся в учреждениях образования, а также на военных факультетах учреждений среднего специального образования и учреждений высшего образования, в организациях иностранных государств, осуществляющих подготовку кадров по специальностям (направлениям специальностей, специализациям) для Вооруженных Сил, органов пограничной службы, внутренних войск Министерства внутренних дел (далее, если не определено иное, – военные учебные заведения);

1.6. состоящих в запасе Вооруженных Сил.

2. Требования к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью, состоят из:

расписания болезней согласно приложению 1;

показателей физического развития, перечня болезней и статей расписания болезней (далее, если не определено иное, – показатели физического развития) для граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту на должности, замещаемые солдатами, сержантами, старшинами, военнослужащих, проходящих срочную военную службу, службу в резерве согласно приложению 2, которые включают в себя графы предназначения 1–12;

показателей физического развития для граждан при отборе для прохождения военной службы и военнослужащих, проходящих военную службу с радиоактивными веществами (далее – РВ), источниками ионизирующего излучения (далее – ИИИ), компонентами ракетного топлива и иными высокотоксичными веществами (далее – КРТ), источниками электромагнитного поля в диапазоне частот от 30 кГц до 300 ГГц (далее – ЭМП) и лазерного излучения согласно приложению 3, которые включают в себя графы предназначения 13–16;

показателей физического развития для граждан при отборе для обучения и прохождения военной службы и военнослужащих, проходящих военную службу по отдельным военно-учетным специальностям (далее – ВУС) согласно приложению 4, которые включают в себя графы предназначения 17–30;

показателей физического развития для граждан при поступлении в военные учебные заведения и МСВУ согласно приложению 5, которые включают в себя графы предназначения 31–35.

Показатели физического развития, указанные в приложениях 2–5, применяются только в отношении граждан, признанных годными к военной службе или годными к военной службе с незначительными ограничениями.

3. Структура расписания болезней построена в соответствии с принципом группировки заболеваний по отдельным органам и системам органов в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (далее – МКБ – 10).

4. В расписании болезней предусматриваются требования к состоянию здоровья следующих категорий граждан:

графа I – граждане при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве;

графа II – военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве;

графа III – военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, офицеры, проходящие военную службу по призыву.

5. При определении категории годности к военной службе по показателям физического развития, указанным в приложении 2, учитывается следующее:

граждане с массой тела более 100 кг негодны к военной службе в силах специальных операций (далее – ССО) Вооруженных Сил. При призыве граждан на срочную военную службу в десантные соединения ССО Вооруженных Сил допускается их предназначение по графам предназначения 3 и 4;

предназначение в учебные воинские части проводится соответственно предназначению гражданина в соединения, воинские части и подразделения Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований, предназначению на воинские должности;

годность к подводному вождению танков (других машин) определяется на основании графы предназначения 5;

при поступлении на военную службу по контракту в органы пограничной службы, за исключением лиц, поступающих на военную службу по контракту в основные подразделения территориальных органов пограничной службы, не применяются ограничения при наличии болезней, соответствующих пункту «г» статей 23, 34, 62 расписания болезней;

при призыве граждан на срочную военную службу в организации, создаваемые для обеспечения выполнения задач, возложенных на органы пограничной службы и подразделения обеспечения территориальных органов пограничной службы, допускается их предназначение по графам предназначения 3–8;

при призыве граждан на срочную военную службу в специальные милицейские соединения и воинские части внутренних войск Министерства внутренних дел допускается их предназначение по графам предназначения 4–11;

при призыве граждан на срочную военную службу в воинские части Комитета государственной безопасности допускается их предназначение по графам предназначения 2–4.

6. При определении категории годности к военной службе по показателям физического развития, указанным в приложении 3, учитывается следующее:

в случае заболеваний, при наличии которых по графе III расписания болезней предусматриваются негодность к военной службе и индивидуальная оценка категории годности (далее, если не установлено иное, – ИНД) к военной службе, военнослужащие, гражданский персонал Вооруженных Сил, других воинских формирований, отбираемые для работы и работающие с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, признаются негодными к работе по специальности;

военнослужащие, граждане, отбираемые для работы с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, признаются негодными к работе (военной службе) по специальности, если в приложении 3 предусмотрена индивидуальная оценка категории годности к работе (военной службе) по специальности;

в отношении военнослужащих (гражданского персонала Вооруженных Сил), проходящих военную службу (работающих) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерных излучений, в случаях, когда в приложении 3 предусматривается индивидуальная оценка годности к работе (военной службе) по специальности, военно-врачебная комиссия (далее – ВВК) принимает заключение о годности (негодности) к работе (военной службе) по специальности с учетом степени компенсации патологического процесса, профессионального стажа, ВУС, мнения командира воинской части.

7. При определении категории годности к военной службе по показателям физического развития, указанным в приложении 4, учитывается следующее:

в случае заболеваний, при которых по графе III расписания болезней предусматривается негодность к военной службе или индивидуальная оценка категории годности к военной службе, граждане, проходящие военную службу по контракту, признаются негодными к работе по ВУС, указанным в приложении 4;

если требования к состоянию здоровья граждан, проходящих военную службу по контракту, не определены в приложении 4, их годность к военной службе по ВУС определяется по графе III расписания болезней.

8. При определении категории годности к военной службе по показателям физического развития, указанным в приложении 5, учитывается, что масса тела граждан, поступающих в военные учебные заведения с воздушно-десантной подготовкой, не должна превышать 90 кг.

9. Категория годности к военной службе определяется по последствиям перенесенных заболеваний, увечий (ранений, травм, контузий) в зависимости от степени нарушения функций органов и систем органов на момент медицинского освидетельствования при определившемся врачебно-экспертном исходе.

10. В случае, если врачебно-экспертный исход еще не определен, но прогноз в отношении дальнейшего прохождения военной службы благоприятный, а для восстановления способности прохождения военной службы требуется время, выносится заключение о категории годности к военной службе в отношении:

гражданина при приписке к призывному участку и призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту – о временной негодности к военной службе на срок от одного до двенадцати месяцев;

военнослужащего – о временной негодности к военной службе и нуждаемости в отпуске по болезни или освобождении от исполнения обязанностей военной службы.

11. Кроме заболеваний с соответствующей степенью нарушения функций органа или системы органов, указанных в пунктах статьи расписания болезней, к данным пунктам относятся заболевания, перечисленные в пояснениях к применению статей расписания болезней, независимо от степени нарушения функций органа или системы органов.

12. В случае, если заболевание органа или системы органов приводит к нарушению функций другого органа или другой системы органов, заключение о категории годности к военной службе выносится по соответствующим статьям расписания болезней.

13. При наличии у освидетельствуемого заболевания, не предусмотренного в расписании болезней, выносится заключение о категории годности к военной службе в соответствии с той статьей и пунктом статьи расписания болезней, которые наиболее соответствуют заболеванию освидетельствуемого и его фактической категории годности к военной службе.

14. При медицинском освидетельствовании граждан применяются методы исследований, указанные в расписании болезней, а также иные более информативные методы.

15. Индивидуальная оценка категории годности к военной службе, военной службе в виде Вооруженных Сил и роде войск, других войсках и воинских формированиях, к годности к военной службе по отдельной ВУС, к поступлению в военные учебные заведения, к прохождению военной службы РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения предусматривается для офицеров и прапорщиков, курсантов, обучающихся на выпускном курсе.

16. В расписании болезней и показателях физического развития используются следующие категории годности к военной службе:

годен к военной службе (далее, если не определено иное, – Г);

годен к военной службе с незначительными ограничениями (далее, если не определено иное, – ГО);

временно негоден к военной службе (далее, если не определено иное, – ВН);

годен к службе вне строя в мирное время (далее, если не определено иное, – ГНС);

негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время (далее, если не определено иное, – НГМ);

негоден к военной службе с исключением с воинского учета (далее, если не определено иное, – НГИ);

негоден к военной службе в виде Вооруженных Сил, роде войск и воинском формировании, по отдельным ВУС, негоден к поступлению в МСВУ и военные учебные заведения (далее, если не определено иное, – НГ).

РАСПИСАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ

№ п/п	Статья распи- сания болез- ней	Наименования болезней, степень нарушения функций	Категория годности к военной службе			Пояснения к применению статей расписания болезней
			графа I	графа II	графа III	
1	ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ (ШИФР ПО МКБ – 10 A00 – B99)					
1.1	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:				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 в острой форме, 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 специальных сооружениях (далее – СпС), а военнослужащие, проходящие военную службу по контракту – временно негодными к работе с КРТ и службе в СпС 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.
		а) не поддающиеся или трудно поддающиеся лечению	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		б) временные функциональные расстройства после острых или обострения хронических болезней	ВН	ВН	ВН	

						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 3 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 водолазным 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 водолазным 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 водолазной 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 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 1 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.
1.2	2	Туберкулез органов дыхания				К пункту «а» относятся:
		а) активный с выделением микобактерий туберкулеза и (или) наличием распада; прогрессирующий	НГИ	НГИ	НГИ	все формы активного туберкулеза органов дыхания с наличием бактериовыделения и (или) распада; прогрессирующие формы активного туберкулеза органов дыхания; большие остаточные изменения легких и плевры со смещением средостения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью III степени;

		б) активный без выделения микобактерий туберкулеза и без наличия распада	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	последствия оперативного лечения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью III степени или образованием бронхоплевральных свищей; фистулезные (свищевые) поражения бронхов, фистулезные (свищевые) формы туберкулезного бронхоаденита.
		в) клинически излеченный	НГМ	НГМ	ГО	К пункту «б» относятся:
		г) малые остаточные изменения после излеченного туберкулеза	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	все формы активного туберкулеза органов дыхания без выделения микобактерий туберкулеза и распада; трансформированные в процессе лечения тонкостенные кистоподобные полости (заживление каверны по открытому типу);
		д) временные функциональные расстройства после лечения	–	–	ВН	большие остаточные изменения легких и плевры, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью II степени; последствия оперативного лечения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью II степени. При неэффективности лечения или отказе от него военнослужащие освидетельствуются по пункту «а» или «б». К пункту «в» относятся: туберкулез органов дыхания после успешно проведенного этапа лечения в стационарных условиях при достижении клиникорентгенологического благополучия: прекращения бактериовыделения, закрытия полостей распада, исчезновения симптомов интоксикации, рассасывания инфильтрации в легких и резорбции жидкости в полостях; клинически излеченный туберкулез органов дыхания после окончания основного курса лечения; большие остаточные изменения легких и плевры, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью I степени или без нее; последствия оперативного лечения, сопровождающиеся дыхательной (легочной) недостаточностью I степени или без нее. К большим остаточным изменениям относятся: множественные (6 и более) компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером менее 1 см, единичные и множественные компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером 1 см и более; множественные (6 и более) интенсивные четко очерченные очаги размером менее 1 см; единичные и множественные интенсивные четко очерченные очаги размером 1 см и более и фокусы; распространенный фиброз (более одного сегмента); цирротические изменения любой протяженности; санированные полости, фиброторакс, плевропневмосклероз с бронхоэктазами, массивные плевральные наслоения шириной более 1 см (с кальцинацией плевры или без нее); изменения после резекции сегмента или доли легкого при наличии больших послеоперационных изменений в легочной ткани, изменения после пульмонэктомии, торакопластики, плевроэктомии, кавернотомии, экстраплеврального пневмолиза; сочетания двух и более признаков, характерных для малых остаточных изменений, обьективизированные обзорными рентгенограммами и (или) рентгеномограммами. К малым остаточным изменениям относятся: малые остаточные изменения первичного генеза – единичные (5 и менее) компоненты первичного комплекса (очаг Гона и кальцинированные лимфатические узлы) размером менее 1 см; единичные (5 и менее) интенсивные четко очерченные очаги размером менее 1 см; ограниченный фиброз в пределах одного сегмента; запаянные синусы, междолевые шварты, плевродиафрагмальные и плевромедиастинальные сращения, плевроапикальные и плеврокостальные наслоения шириной до 1 см (с кальцинацией плевры или без нее), одно- или двусторонние; изменения после резекции сегмента или доли легкого при отсутствии больших послеоперационных изменений в легочной ткани и плевре.

					Наличие экссудативного плеврита и других серозитов туберкулезной этиологии (перикардит, полисерозит и другое) должно быть подтверждено методами цитологического, иммунологического, микробиологического исследований, а в показанных случаях и пункционной биопсией. Обязательно бронхологическое исследование. Туберкулезная этиология сухих плевритов должна быть доказана методами туберкулино- и иммунодиагностики, пробным лечением и динамикой лабораторных исследований. По данному пункту освидетельствуются граждане при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве в ближайшие 3 года после завершения основного курса лечения при наличии или отсутствии остаточных изменений легких и плевры, а после проведения оперативного вмешательства по поводу туберкулеза – в ближайшие 4 года от момента его выполнения. Основной курс лечения как составная часть курса химиотерапии включает в себя стационарный и амбулаторный этапы общей продолжительностью не менее 8 месяцев. Освидетельствуемые по графам II, III расписания болезней представляются на медицинское освидетельствование ВВК по завершении лечения в стационарных условиях. К пункту «г» относятся малые остаточные изменения после перенесенного (в том числе спонтанно излеченного) туберкулеза органов дыхания по завершении наблюдения в группе клинически излеченного туберкулеза и после снятия с диспансерного учета. Медицинское переосвидетельствование проводится не ранее чем через 3 года после окончания основного курса лечения, а после проведения оперативного вмешательства по поводу туберкулеза – не ранее чем через 4 года. Направление в нетуберкулезные санатории военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, имеющих изменения, указанные в пункте «г» настоящей статьи, проводится на общих основаниях по медицинским показаниям. К пункту «д» относятся случаи, когда военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, для восстановления функций органов дыхания по завершении лечения в стационарных условиях необходим срок не менее 1–2 месяцев. При этом выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением врача-фтизиатра с последующим медицинским освидетельствованием ВВК. Наличие единичных мелких петрификатов в легких или внутригрудных лимфатических узлах не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Степень дыхательной (легочной) недостаточности определяется в соответствии с показателями степени дыхательной (легочной) недостаточности настоящего расписания болезней. Показатели степени дыхательной (легочной) недостаточности: <table><tr><th rowspan="2">Показатели</th><th rowspan="2">Норма</th><th colspan="3">Степень дыхательной (легочной) недостаточности</th></tr><tr><th>I степень (незначительная)</th><th>II степень (умеренная)</th><th>III степень (выраженная)</th></tr><tr><td>1. Клинические:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>а) одышка</td><td>Нет</td><td>При доступных ранее усилиях</td><td>При обычных нагрузках</td><td>Постоянная в покое</td></tr><tr><td>б) частота дыхания в покое (в минуту)</td><td>До 20</td><td>В пределах нормы</td><td>21–28</td><td>29 и чаще</td></tr><tr><td>в) цианоз</td><td>Нет</td><td>Нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки</td><td>Отчетливый, иногда значительный</td><td>Резко выраженный диффузный</td></tr><tr><td>г) пульс в покое (в минуту)</td><td>До 80</td><td>Не учащен</td><td>Наклонность к учащению</td><td>Значительно учащается</td></tr><tr><td>2. Лабораторные и инструментальные:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Показатели	Норма	Степень дыхательной (легочной) недостаточности			I степень (незначительная)	II степень (умеренная)	III степень (выраженная)	1. Клинические:					а) одышка	Нет	При доступных ранее усилиях	При обычных нагрузках	Постоянная в покое	б) частота дыхания в покое (в минуту)	До 20	В пределах нормы	21–28	29 и чаще	в) цианоз	Нет	Нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки	Отчетливый, иногда значительный	Резко выраженный диффузный	г) пульс в покое (в минуту)	До 80	Не учащен	Наклонность к учащению	Значительно учащается	2. Лабораторные и инструментальные:				
Показатели	Норма	Степень дыхательной (легочной) недостаточности																																									
		I степень (незначительная)	II степень (умеренная)	III степень (выраженная)																																							
1. Клинические:																																											
а) одышка	Нет	При доступных ранее усилиях	При обычных нагрузках	Постоянная в покое																																							
б) частота дыхания в покое (в минуту)	До 20	В пределах нормы	21–28	29 и чаще																																							
в) цианоз	Нет	Нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки	Отчетливый, иногда значительный	Резко выраженный диффузный																																							
г) пульс в покое (в минуту)	До 80	Не учащен	Наклонность к учащению	Значительно учащается																																							
2. Лабораторные и инструментальные:																																											

						а) насыщение гемоглобина кислородом в процентах	95 и более	90–94	75–89	Менее 75
						б) парциальное давление кислорода в артериальной крови (мм рт. ст.)	80 и более	60–79	40–59	Менее 40
						в) жизненная емкость легких (далее – ЖЕЛ) в процентах к должной величине	Более 80	80–70	69–50	Менее 50
						г) объем форсированного выдоха за 1 с (далее – ОФВ1) в процентах	Более 80	80–70	69–50	Менее 50
						д) индекс Тиффно (соотношение ОФВ1/ЖЕЛ) в процентах	Более 70	Менее 70	Менее 70	Менее 70
1.3	3	Туберкулез других органов и систем:				К пункту «а» относятся: генерализованный туберкулез с сочетанным поражением различных органов и систем независимо от характера течения, давности и исхода; прогрессирующий туберкулез позвоночника, трубчатых костей и суставов, сопровождающийся натечными абсцессами или свищами; туберкулез глаз с прогрессирующим снижением зрительных функций; распространенные и обезображивающие формы туберкулеза кожи; туберкулез мочеполовых органов с распадом ткани и (или) бактериовыделением; метатуберкулезный нефросклероз, остаточные изменения и последствия перенесенного туберкулеза органов мочевыделительной системы, отсутствие одной почки после ее удаления по поводу туберкулезного процесса при нарушении функций оставшейся почки, последствия другого оперативного лечения почек и мочевыводящих путей при наличии хронической почечной недостаточности или значительного нарушения выделительной функции; рубцовые изменения мочевого пузыря со значительным нарушением мочеиспускания; отсутствие обоих яичек, удаленных по поводу туберкулеза; прогрессирующий туберкулез перикарда, брюшины и внутрибрюшных лимфоузлов, желудка, кишечника, печени, селезенки, лор-органов или другой локализации. К пункту «б» относятся: активный ограниченный туберкулез позвоночника, костей и суставов, мочеполовых органов и другой внегрудной локализации до затихания процесса; активный туберкулез периферических лимфоузлов без распада, свищей и бактериовыделения; остаточные явления или последствия перенесенного туберкулеза органов мочевыделительной системы, последствия оперативного лечения туберкулеза почек и мочевыводящих путей, сопровождающиеся умеренным нарушением выделительной функции почек, мочеиспускания;				
		а) активный прогрессирующий	НГИ	НГИ	НГИ					
		б) активный в период основного курса лечения	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД					
		в) клинически излеченный	НГМ	НГМ	ГО					
		г) остаточные изменения, при отсутствии признаков активности свыше 5 лет	НГМ	НГМ	Г, ССО, СпС – ИНД					
		д) временные функциональные расстройства после лечения	–	–	ВН					

						состояние после одно- или двусторонней эпидидимэктомии или односторонней орхоэпидидимэктомии; последствия оперативного лечения туберкулеза других органов с умеренным нарушением их функций. При неэффективности лечения или отказе от него военнослужащие освидетельствуются по пункту «а» или «б» настоящей статьи. К пункту «в» относится туберкулез внегрудной локализации после успешно проведенного этапа лечения в стационарных условиях при достижении клинико-рентгенологического благополучия. В отдельных случаях военнослужащие, проходящие военную службу по контракту и не достигшие предельного возраста состояния на военной службе, при хорошем эффекте от лечения внелегочных форм туберкулеза с сочетанным поражением различных органов и систем, отсутствии нарушения их функций могут признаваться годными к военной службе с незначительными ограничениями по пункту «в». К пункту «г» относятся остаточные изменения перенесенного туберкулеза внегрудной локализации при отсутствии признаков активности после завершения лечения в течение 5 лет и снятия освидетельствуемого с диспансерного учета. Направление в нетуберкулезные санатории военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, имеющих изменения, указанные в пункте «г» настоящей статьи, проводится на общих основаниях по медицинским показаниям. К пункту «д» относятся случаи, когда военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, для восстановления функций органов и систем органов по завершении лечения в стационарных условиях необходим срок не менее 1–2 месяцев. При этом выносится заключение о нуждаемости в отпуске по болезни для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением врача-фтизиатра с последующим медицинским освидетельствованием ВВК.
1.4	4	Лепра	НГИ	НГИ	НГИ	Граждане при приписке к призывным участкам и призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военнослужащие из семьи, в которой имеется больной лепрой, зарегистрированный в соответствующей государственной организации здравоохранения, признаются негодными к военной службе с исключением с воинского учета.
1.5	5	Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ): а) пациенты с ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний (стадии 2В, 4А – 4В, 5) б) пациенты с ВИЧ-инфекцией в стадии первичных проявлений (стадии 1, 2А, 2Б, 3)	НГИ	НГИ	НГИ	
1.6	6	Сифилис и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем: а) поздний, врожденный сифилис б) первичный, вторичный и скрытый сифилис при замедленной негативации классических серологических реакций в) первичный, вторичный, скрытый сифилис, гонококковая и другие инфекции, передающиеся преимущественно половым	НГИ	НГИ	НГИ	Граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве или поступлении на военную службу по контракту, а также военнослужащие в случае выявления у них инфекций, передающихся преимущественно половым путем, подлежат лечению в стационарных или амбулаторных условиях. После успешного лечения они признаются годными к военной службе. При хронических или осложненных формах венерических уретритов граждане 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, если для завершения лечения требуется срок более 3 месяцев, а при первичном, вторичном или скрытом сифилисе признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев. Критерием излеченности гонореи и сифилиса считается разрешение клинических признаков венерического заболевания и наличие трехкратного отрицательного результата при лабораторном контроле. Если через 12 месяцев после полноценного лечения сифилиса негативация классических серологических реакций не наступила, медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». При поражении сифилисом внутренних органов, костей, нервной системы в зависимости от степени нарушения их функций медицинское освидетельствование проводится по соответствующим статьям расписания болезней.

		путем (мягкий шанкр, паховая лимфо-гранулема, паховая гранулема, негонококковые уретриты)				
1.7	7	Микозы: а) актиномикоз, кандидоз внутренних органов, кокцидиоидоз, гистоплазмоз, бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз, феомикотический абсцесс, мицетома б) дерматофитии	НГМ ВН	НГМ Г, ВН	НГМ, ГНС – ИНД Г, ВН	Граждане, страдающие дерматофитиями, подлежат лечению. При призыве на срочную военную службу, службу в резерве или поступлении на военную службу по контракту они признаются временно негодными к военной службе на срок до 6 месяцев. Военнослужащие, страдающие дерматофитиями, подлежат лечению. По завершении лечения они признаются годными к военной службе. Диагноз микоза должен быть подтвержден лабораторным исследованием.
2	НОВООБРАЗОВАНИЯ (ШИФР ПО МКБ – 10 C00 – D48)					
2.1	8	Злокачественные новообразования (кроме опухолей нервной системы, лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей): а) при невозможности радикального удаления и наличии отдаленных метастазов б) состояния после радикального удаления первоначальной опухоли, в том числе без регионарных метастазов	НГИ НГИ	НГИ НГИ	НГИ НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «а» относятся: злокачественные новообразования костей и суставных хрящей, злокачественная меланома кожи и других локализаций независимо от распространения и стадии; злокачественные новообразования других органов и мягких тканей с отдаленными метастазами после нерадикального оперативного лечения или прогрессирования заболевания после ранее проведенного лечения; случаи отказа освидетельствуемого от лечения злокачественного образования независимо от стадии и распространения опухоли. К пункту «б» относятся: рубцы после радикального лечения злокачественных опухолей нижней губы или кожи, другие состояния после радикального или консервативного лечения злокачественных новообразований (кроме костей и суставных хрящей, меланомы кожи) органов и мягких тканей, в том числе с регионарными метастазами. Военнослужащим, проходящим военную службу по контракту и освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением с военной службы по достижении предельного возраста состояния на военной службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространения злокачественного процесса, а также времени начала заболевания. Исключением являются случаи радикального лечения рака нижней губы, кожи без метастазов, тогда данная категория военнослужащих освидетельствуется по пункту «б».
2.2	9	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (лейкозы, болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы, злокачественные иммунопролиферативные болезни, множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования): а) быстро прогрессирующие, а также медленно прогрессирующие со значительными изменениями в составе	НГИ НГИ	НГИ НГИ	НГИ НГИ	К пункту «а» относятся злокачественные заболевания лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, когда эффект от проводимого лечения отсутствует или носит временный характер. К пункту «б» относятся заболевания с медленно прогрессирующим течением, длительным положительным эффектом от лечения, частотой обострений, не превышающей 1 раза в год. Освидетельствуемым по графе III при сохранении способности исполнять обязанности военной службы категория годности к военной службе определяется индивидуально. К пункту «в» относятся состояния после лучевой или цитостатической терапии по поводу злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Заключение о нуждаемости в отпуске по болезни выносится после проведения только первого курса лучевой или цитостатической терапии. Военнослужащим, проходящим военную службу по контракту и освидетельствуемым в связи с предстоящим увольнением с военной службы по достижении предельного возраста состояния на военной службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» независимо от локализации, стадии и распространения злокачественного процесса, а также времени начала заболевания.

		крови и периодическими обострениями				
		б) медленно прогрессирующие с умеренным или незначительным нарушением функций кроветворной системы и редкими обострениями	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) состояние после завершения лучевой или цитостатической терапии	НГИ	НГИ	ВН	
2.3	10	Доброкачественные новообразования (кроме опухолей нервной системы):				При наличии доброкачественных новообразований призывникам, военнослужащим предлагается оперативное лечение.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГМ	Статья применяется в случаях неудовлетворительных результатов лечения или при отказе от него.
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «а» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей со значительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения со значительными клиническими проявлениями (смещение, сдавление органов грудной клетки);
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	доброкачественные новообразования органов дыхания, сопровождающиеся выраженными клиническими проявлениями (кровохарканием, бронхостенозом или ателектазом);
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Г	Г	Г	доброкачественные новообразования органов пищеварения, сопровождающиеся упадком питания или значительно затрудняющие акт глотания и прохождения пищи;
		д) временные функциональные расстройства после хирургического лечения	ВН	ВН	ВН	доброкачественные новообразования мочевых органов с выраженными дизурическими расстройствами или сопровождающиеся рецидивирующим кровотечением; доброкачественные новообразования молочной железы, матки, яичников и других женских половых органов со значительным нарушением функций органа, требующие оперативного лечения, при неудовлетворительных результатах лечения или при отказе от него.
						К пункту «б» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей с умеренным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения с нарушением функций органа; доброкачественные новообразования органов дыхания с умеренными клиническими проявлениями; доброкачественные новообразования органов пищеварения с умеренными клиническими проявлениями без упадка питания; доброкачественные новообразования кожи, подлежащих тканей, кровеносных или лимфатических сосудов, затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования костной ткани, затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования длинных трубчатых костей, после удаления которых дефект костной ткани будет составлять 1/2 или более диаметра кости; доброкачественные новообразования мочевых органов с умеренными дизурическими расстройствами.
						К пункту «б» также следует относить фоновые состояния и предопухолевые заболевания молочной железы и женских половых органов: дисплазию,

					атипическую гиперплазию молочной железы, миомы матки при размерах, соответствующих 12-недельной беременности и более, сопровождающиеся кровотечениями, приводящими к анемии, а также при наличии субмукозных или субсерозных узлов с нарушением их кровоснабжения, быстрым ростом (увеличение опухоли до размеров, соответствующих более 5 неделям беременности за год). К пункту «в» относятся: доброкачественные новообразования верхних дыхательных путей с незначительным нарушением функций дыхания и (или) голосообразования; доброкачественные новообразования средостения с незначительными клиническими проявлениями; доброкачественные новообразования органов дыхания с незначительными клиническими проявлениями; доброкачественные новообразования органов пищеварения с незначительным нарушением функции и сопровождающиеся диспептическими расстройствами. При наличии полипов органов пищеварения с незначительными клиническими проявлениями и сопровождающимися диспептическими расстройствами освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи. доброкачественные новообразования мочевых органов с незначительными дизурическими расстройствами. доброкачественные новообразования пяточной кости, после удаления которых дефект костной ткани будет составлять 1/2 или более диаметра пяточной кости; К пункту «в» также следует относить: новообразования женских половых органов, требующие оперативного лечения: миомы матки, имеющие размеры, соответствующие 11-недельной беременности и менее, без клинических проявлений, аденомиоз матки при отсутствии поражений смежных органов с хорошим клиническим эффектом от консервативного лечения; железисто-кистозную гиперплазию, полипоз, аденоматоз эндометрия; хориорезистентные формы аденомиоза матки; дисплазии шейки матки; кисты бартолиниевой железы, кисты и фибромы влагалища бессимптомные, эрозии и полипы цервикального канала, крауроз вульвы, кисты и фибромы влагалища, нарушающие функцию. К пункту «г» относятся: доброкачественные новообразования или последствия их радикального лечения, не сопровождающиеся нарушением функций органов и систем органов, не затрудняющие ношения военной формы одежды, обуви или снаряжения; доброкачественные новообразования молочной железы, матки, яичников и других женских половых органов, не требующие оперативного лечения. Последствия радикального оперативного лечения эрозий и дисплазий шейки матки, полипов цервикального канала, кист бартолиниевой железы, кист и фибром влагалища, не нарушающие функции, не являются основанием для применения настоящей статьи. Новообразования, указанные в пункте «г», не препятствуют поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Заключение о нуждаемости в предоставлении отпуска по болезни по пункту «д» выносится после оперативного лечения по поводу доброкачественных новообразований, когда после завершения лечения в стационарных условиях для полного восстановления функций необходим срок не менее 1 месяца. Лица с доброкачественными новообразованиями головного и спинного мозга освидетельствуются по статье 23, а периферической нервной системы – по статье 26 расписания болезней. Наличие папиллом, пигментных невусов не является основанием для применения настоящей статьи, за исключением невусов, при наличии которых заключение о категории годности к военной службе выносится по пункту «б»: гигантские пигментные невусы, наибольший линейный размер которых составляет более 20 см; множественные невусы (более 50) при условии наличия у близких родственников случаев меланомы, подтвержденных медицинской документацией.
--	--	--	--	--	---

						Медицинское освидетельствование военнослужащих срочной военной службы, службы в резерве при наличии часто травмируемых невузов (с подтверждением фактов травматизации медицинскими документами) с признаками воспаления и (или) изъязвления при их локализации в областях травматизации, обусловленной ношением военной формы одежды, обуви или снаряжения, при отказе от их удаления проводится по пункту «б» настоящей статьи.
3	БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ (ШИФР ПО МКБ – 10 D50 – D89)					
3.1	11	Болезни крови и кроветворных органов, иммунодефицитные состояния:				К пункту «а» относятся установленные при обследовании в стационарных условиях в государственной организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, или в государственном учреждении «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» апластические анемии, агранулоцитоз, наследственные формы тромбоцитопатий, гемолитических анемий, гемофилии, коагулопатии, сопровождающиеся кровотечениями, кровоизлияниями. Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, при достижении ремиссии только глюкокортикоидной терапией освидетельствуются по пункту «в», перенесшие спленэктомии с хорошим эффектом – по пункту «б», а при недостаточной эффективности проведенного лечения – по пункту «а». Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, перенесшие эпизод аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры с хорошим эффектом от глюкокортикоидной терапии или спленэктомии, освидетельствуются по пункту «г». При хроническом медленно прогрессирующем течении с умеренно выраженной тромбоцитопенией без геморрагических проявлений и при отсутствии необходимости в поддерживающей гормональной терапии (после спленэктомии или без нее) медицинское освидетельствование проводится по пункту «в», а при незначительном эффекте от спленэктомии или отсутствии эффекта – по пункту «а». При впервые возникшей кожной (кожно-суставной) форме геморрагического васкулита заключение принимается по пункту «г». При частых (2 и более раза в год) и длительных обострениях кожной(кожно-суставной) формы геморрагического васкулита, требующей лечения в стационарных условиях, а также при абдоминальной (почечной, смешанной) форме геморрагического васкулита – по пункту «в». При болезни Виллебранда медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от степени нарушения функций и течения заболевания. При стойких иммунодефицитных состояниях (кроме болезни, вызываемой вирусом иммунодефицита человека), сопровождающихся частыми рецидивами инфекционных осложнений, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а». При других иммунодефицитных состояниях, саркоидозе, сопровождающихся патологическими изменениями кроветворной системы, других органов, категория годности к военной службе и службе по ВУС определяется в зависимости от степени нарушения функций пораженного органа или системы органов по соответствующим статьям расписания болезней.
		а) быстро прогрессирующие со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) медленно прогрессирующие со значительными изменениями состава крови и периодическими обострениями	НГИ	НГИ	НГМ	
		в) медленно прогрессирующие с умеренным или незначительным нарушением функций кроветворной системы и редкими обострениями	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		г) временные функциональные расстройства после несистемных болезней крови	ВН	ВН	ВН	
4	БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (ШИФР ПО МКБ – 10 E00 – E90)					
4.1	12	Зоб без нарушения функций щитовидной железы:				Освидетельствуемым по пунктам «а», «б» (при наличии медицинских показаний) предлагается оперативное лечение. После оперативного лечения медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» статьи 13 расписания болезней. Гражданам при призыве на срочную военную службу, службу в резерве при отсутствии медицинских показаний к оперативному лечению проводится курс медикаментозной терапии. В данном случае они признаются по пункту «г» статьи 13 расписания болезней временно негодными к военной службе на 12 месяцев. Если через 12 месяцев не наблюдается положительной динамики, проявляемой в уменьшении объема щитовидной железы при отсутствии нарушения ее функций, граждане повторно признаются по настоящей статье временно негодными к военной службе на 12 месяцев для продолжения консервативного лечения на этот период. В случае неудовлетворительных результатов консервативного лечения в течение 24 месяцев или при отказе (при наличии показаний) от оперативного лечения по поводу зоба, вызывающего расстройство функций близлежащих органов или затрудняющего ношение военной формы одежды, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» настоящей статьи.
		а) вызывающий нарушение функций близлежащих органов	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД	
		б) затрудняющий ношение военной формы одежды	НГМ	НГМ	ГО	
		в) не затрудняющий ношение военной формы одежды	Г	Г	Г	

						При наличии нарушения функций щитовидной железы медицинское освидетельствование проводится по статье 13 расписания болезней в зависимости от степени нарушения ее функций.
4.2	13	Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ:				К пункту «а» относятся: заболевания гипопфиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, со значительным нарушением функций в состоянии клинко-гормональной декомпенсации на фоне медикаментозной терапии. При впервые выявленном заболевании эндокринной системы в состоянии клинко-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 клинко-гормональной декомпенсации на фоне заместительной терапии; генетические синдромы со значительным нарушением функций эндокринных органов в состоянии клинко-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 пероральными глюкозоснижающими лекарственными средствами; 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, диабетическая нефропатия с развитием хронической почечной недостаточности; автономная (вегетативная) нейропатия (с неврологическими осложнениями); диабетическая ангиопатия нижних конечностей (с нарушением периферического кровообращения), проявляющаяся трофическими язвами, гангреней стопы, невропатическими отеками, остеоартропатиями (синдром диабетической стопы); при рецидивирующих гипогликемических и кетоацидотических состояниях, гипогликемических и диабетических комах. К пункту «б» относятся: заболевания гипопфиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, с умеренным нарушением функций в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации на фоне медикаментозной терапии; состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации на фоне заместительной терапии; генетические синдромы с умеренным нарушением функций эндокринных органов в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации или декомпенсации на фоне медикаментозной терапии; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается только посредством постоянного приема не менее двух пероральных глюкозоснижающих лекарственных средств; сахарный диабет 2-го типа, при котором гликозилированный гемоглобин составляет более 7,5 процента; 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).
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций;	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		ожирение III степени				
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) ожирение II степени с индексом массы тела (далее – ИМТ) более 37,0 кг/м ²	ГО	ГО	ГО, СпС – ИНД	
		д) недостаточная масса тела с ИМТ до 18,0 кг/м ² , ожирение I степени, ожирение II степени с ИМТ до 37,0 кг/м ² , субклинический гипотиреоз	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	
		е) состояние после острого заболевания, обострения хронического заболевания или после оперативного лечения при наличии временных функциональных расстройств	ВН	ВН	ВН	

					К пункту «в» относятся: заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, в состоянии клинко-гормональной компенсации на фоне медикаментозной терапии; диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова), в состоянии клинко-гормональной компенсации без назначения медикаментозной терапии; состояние после медицинских вмешательств на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) при клинко-гормональной субкомпенсации или компенсации, не требующее назначения терапии; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается в результате назначения постоянной диетотерапии, а гликозилированный гемоглобин равен или менее 7,5 процента; сахарный диабет 2-го типа, при котором компенсация углеводного обмена достигается посредством постоянной монотерапии пероральным глюкозоснижающим лекарственным средством; почечный несахарный диабет; подострый тиреоидит с рецидивирующим течением. К пункту «д» относятся: хронический фиброзный или аутоиммунный тиреоидит без нарушения функций или при наличии субклинического гипотиреоза; заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, в состоянии клинко-гормональной субкомпенсации без назначения гормональной терапии (для освидетельствуемых по графам I и II расписания болезней). К пункту «е» 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 временно негодными к военной службе на 6 месяцев. При наличии у призывников стойкой гиперпролактинемии без диагностированных изменений в гипофизе они признаются временно негодными к военной службе на срок до 6 месяцев с последующим медицинским обследованием и медицинским освидетельствованием. При отсутствии у призывников при повторном медицинском обследовании патологии гипофиза, других эндокринных нарушений и сохраняющейся гиперпролактинемии, не требующей медикаментозного лечения, они признаются годными к военной службе. Граждане при приписке к призывным участкам, у которых впервые диагностирована недостаточность питания (недостаточная масса тела), подлежат медицинскому обследованию в стационарных условиях и лечению. Если у граждан с недостаточной массой тела (при ИМТ менее 18,0 кг/м²) были выявлены заболевания, вызывающие снижение массы тела, они подлежат медицинскому освидетельствованию по соответствующим статьям расписания болезней. Наличие недостаточной массы тела с ИМТ от 18,0 кг/м² до 18,5 кг/м² включительно, непереносимости лактозы, микроаденомы гипофиза без гормональных нарушений не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Граждане с массой тела менее 45 кг освидетельствуются по статье 87 расписания болезней. Для оценки состояния питания граждан, достигших 18-летнего возраста, используется ИМТ, который определяется следующим образом: ИМТ (кг/м²) = масса тела (кг)/квадрат величины роста (м²). Оценка состояния питания проводится следующим образом: ИМТ менее 18,5 кг/м² – недостаточная масса тела; ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м² – нормальная масса тела; ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м² – избыточная масса тела; ИМТ от 30,0 до 34,9 кг/м² – ожирение I степени;
--	--	--	--	--	--

						ИМТ от 35,0 до 39,9 кг/м ² – ожирение II степени; ИМТ 40,0 кг/м ² и более – ожирение III степени.
5	ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ШИФР ПО МКБ – 10 F00 – F99)					
5.1	14	Органические, в том числе и симптоматические, психические расстройства:				В настоящей 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 и выраженные психические расстройства (деменция, хронические психические расстройства, требующие постоянного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (более 2 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 нарушениями (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 1 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 1 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 настоящей 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.
		а) выраженные нарушения функционирования	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) умеренные нарушения функционирования	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) легкие нарушения функционирования	ВН	ГО	ВН, ГО	
		г) при стойкой компенсации перенесенных легких психических расстройств либо психические расстройства, закончившиеся выздоровлением	ГО	ГО	Г	
5.2	15	Аффективные расстройства (настроения):				В настоящей статье предусматриваются психические расстройства, при которых основное нарушение заключается в нарушении аффекта или изменении настроения, чаще в сторону угнетения или подъема.
		а) выраженные	НГИ	НГИ	НГИ	

		б) умеренные	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «а» относятся выраженные психические нарушения (с психотическими симптомами, требующими постоянного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (2 и более раза в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию).
		в) легкие	НГМ	НГМ	ГО, ВН	К пункту «б» относятся умеренные психические нарушения (с умеренными клиническими проявлениями без психотических симптомов, требующими лечения в стационарных условиях от 1 до 3 месяцев, затрудняющими социальную адаптацию), а также все формы биполярных и рекуррентных аффективных расстройств без психотических симптомов. К пункту «в» относятся легкие психические нарушения (с легкими клиническими проявлениями, хорошо поддающимися лечению в сроки до 1 месяца, не затрудняющими социальную адаптацию).
5.3	16	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ:				В настоящей статье предусматриваются психические и поведенческие расстройства, тяжесть которых варьируется (от злоупотребления психоактивными веществами с вредными последствиями без синдрома зависимости до психотических расстройств и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ. Исключается зависимость от табака и кофеина. Медицинское освидетельствование проводится после обследования в стационарных условиях.
		а) при выраженных нарушениях функционирования	НГИ	НГИ	НГИ	К пункту «а» относятся выраженные психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронические психические расстройства, требующие длительного активного лечения и (или) диспансерного наблюдения, состояния с повторными госпитализациями (более 2 раз в год), стойко затрудняющие социальную адаптацию).
		б) при умеренных нарушениях функционирования	НГМ	НГМ	НГМ	К пункту «б» относятся: психотические состояния с благоприятным течением; непсихотические состояния со сформированным синдромом зависимости, требующие поддерживающего лечения в амбулаторных или стационарных условиях, затрудняющие социальную адаптацию; случаи повторного употребления наркотических (токсических) средств, сопровождающиеся отчетливыми вредными для психического или физического здоровья последствиями при отсутствии синдрома зависимости.
		в) при незначительных нарушениях функционирования	ГО, ВН	ГО	Г	К пункту «в» относятся случаи употребления алкоголя с вредными последствиями. Призывникам предоставляется отсрочка до 6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием. Эпизодическое употребление психоактивных веществ не является основанием для применения настоящей статьи.
5.4	17	Психические расстройства эндогенной этиологии:				В настоящей статье предусматриваются шизофрения, шизотипические, шизоаффективные, хронические бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство, а также острые и транзиторные психотические расстройства.
		а) шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства	НГИ	НГИ	НГИ	Медицинское освидетельствование при впервые выявленных признаках заболевания проводится только после обследования в стационарных условиях. При наличии психического расстройства, предусмотренного в настоящей статье, подтвержденного медицинскими документами о лечении и наблюдении в условиях психиатрического стационара, отделения государственной организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, вопрос о категории годности к военной службе граждан, освидетельствуемых по графе I, а также граждан, не проходящих военную службу и поступающих на военную службу по контракту, может быть решен на основании настоящей статьи без повторного обследования в стационарных условиях.
		б) острые и транзиторные психотические расстройства	НГМ	НГМ	НГМ	К пункту «а» относятся шизофрения, шизотипические, шизоаффективные, хронические бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство и другие неорганические психотические расстройства (например, хронический галлюцинаторный психоз). К пункту «б» относятся психотические расстройства, классифицируемые в группе «Острые и транзиторные психотические расстройства» (по МКБ – 10).
5.5	18	Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства:				В настоящей статье предусматриваются тревожно-фобические, тревожные, обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства, реакции на тяжелый стресс, нарушение адаптации и другие невротические расстройства. К настоящей статье относятся также расстройства приема пищи (нервная
		а) при резко выраженных нарушениях	НГИ	НГИ	НГИ	

		б) при умеренно выраженных нарушениях, повторных случаях	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	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 2 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 1 месяца, с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией и незначительно затрудняющие социальную адаптацию. Призывникам предоставляется отсрочка до 6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием. К пункту «г» относятся кратковременные непсихотические расстройства, хорошо поддающиеся лечению, закончившиеся выздоровлением и полной социальной адаптацией.
		в) состояния, закончившиеся компенсацией	ВН	ВН	ВН, ГО	
		г) кратковременные состояния, закончившиеся выздоровлением	ГО	ГО	Г	
5.6	19	Расстройства личности:				К настоящей статье относятся: специфические и другие расстройства личности и поведения, в том числе и начинающиеся в детском и подростковом возрасте (кроме тикозных расстройств); хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга; расстройства привычек и влечений; расстройство половой идентификации; расстройства сексуального предпочтения; психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией. Медицинское освидетельствование граждан с расстройствами личности проводится после обследования в условиях психиатрического стационара. Медицинское освидетельствование военнослужащих проводится после обследования в стационарных условиях, изучения личного дела, служебной и медицинской характеристик. К пункту «а» относятся: расстройства аутистического спектра; расстройства личности и поведения при тяжелых декомпенсациях, требующих повторного и длительного лечения в стационарных условиях и (или) диспансерного наблюдения, а также расстройства, сопровождающиеся коморбидной психиатрической патологией. По данному пункту освидетельствуются также граждане, страдающие транссексуализмом и сменившие пол, указанный в паспорте гражданина Республики Беларусь или ином документе, удостоверяющем личность, и (или) в отношении которых проведена гормональная и (или) хирургическая коррекция пола. К пункту «б» относятся: компенсированные и с неустойчивой компенсацией расстройства личности и поведения (затрудняющие семейную, трудовую и социальную адаптацию, снижающие уровень функционирования); расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения. Лица с психопатоподобными состояниями (изменениями личности), причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами), освидетельствуются по тем статьям расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии. К пункту «в» относятся незначительно выраженные расстройства поведения, эмоций, смешанные расстройства поведения и эмоций, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, а также особенности характера, не достигающие степени выраженности расстройства личности. Призывники, на которых отсутствуют сведения о компенсации эмоционально-волевых и других поведенческих проявлений в течение последних 2 лет, признаются по пункту «в» временно негодными к военной службе. Указанные лица подлежат учету, наблюдению врача-психиатра по месту жительства в течение не менее 1 года с последующим принятием решения о категории годности к военной службе. Военнослужащие, освидетельствуемые по графе II, при
		а) с выраженными нарушениями	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренными нарушениями	НГМ	НГМ	НГМ	
		в) расстройства поведения и эмоций	ГО, ВН	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

						наличии вышеуказанных в данном пункте расстройств признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями. Случаи установочного, нарочитого поведения, проявления недисциплинированности, не вытекающие из всей патологической структуры личности, не могут оцениваться как признаки личностного расстройства.
5.7	20	Умственная отсталость:				К пункту «а» относятся все формы глубокой, тяжелой и умеренной умственной отсталости. При значительных и явных дефектах интеллекта вопрос о негодности к военной службе освидетельствуемых по графе I расписания болезней может быть решен без обследования в стационарных условиях. К пункту «б» относится умственная отсталость легкой степени (коэффициент умственного развития в диапазоне 50–69). Если при установлении этого диагноза результаты врачебного обследования не соответствуют другим данным, характеризующим поведение освидетельствуемого в быту, на производстве, в подразделении, обследование в стационарных условиях обязательно.
		а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) в легкой степени выраженности	НГМ	НГМ	НГМ	
6	БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ШИФР ПО МКБ – 10 G00 – G99)					
6.1	21	Эпилепсия:				В настоящей статье предусматривается эпилепсия как хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными, преимущественно спонтанными непровоцируемыми приступами с нарушением двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов в сером веществе коры головного мозга. При психических нарушениях и специфических изменениях личности вследствие эпилепсии применяется также статья 14 расписания болезней. Симптоматическая эпилепсия к настоящей статье не относится. В этом случае медицинское освидетельствование проводится по заболеванию, приведшему к развитию судорожного синдрома. Наличие припадка должно быть подтверждено медицинскими документами, также могут быть приняты во внимание свидетельства очевидцев, если описанные ими припадок и до- и постприступное 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 (3 и более раза в год) припадков или психических эквивалентов эпилептических припадков, а также прогрессирующих нарушений психики медицинское освидетельствование проводится по пункту «а». При редких (менее 3 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 анамнезе заболевания, но в течение 5 лет имеется клиническая ремиссия (приступы отсутствовали), а на электроэнцефалограмме в состоянии покоя и (или) при функциональных нагрузках выявляются признаки электрофизиологической активности заболевания (патологические изменения на ЭЭГ (пароксизмально регистрируемые острые и медленные волны различной амплитуды, комплексы острая – медленная волна, межполушарная асимметрия), медицинское освидетельствование проводится по пункту «б». При отсутствии изменений на электроэнцефалограмме в состоянии покоя и (или) при функциональных нагрузках граждане признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев с обязательным ежеквартальным проведением электроэнцефалограммы, в том числе с депривацией сна. При отсутствии патологии на электроэнцефалограммах граждане признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями, предусмотренными пунктом «г» статьи 24 настоящего расписания болезней. Лица с эпилептическими припадками, в том числе и в анамнезе, негодны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к срочной военной службе в ССО, негодны к поступлению в военные учебные заведения, МСВУ. В случаях однократного судорожного припадка любого характера в прошлом, бессудорожного пароксизма или специфических расстройств настроения вопрос о категории годности к военной службе, поступлении в военные учебные заведения и МСВУ решается после углубленного медицинского обследования. В случае отсутствия патологии
		а) при наличии частых эпилептических припадков и (или) выраженных психических нарушений	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) при единичных и редких (судорожных и бессудорожных) эпилептических припадках без психических нарушений вне припадка	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

						со стороны нервной системы, граждане признаются годными к военной службе, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
6.2	22	Воспалительные, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их последствия:				В настоящей 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 (3 и более раза в год) эпилептическими припадками, выраженными распространенными гиперкинезами, частыми приступами кожевниковской или джексоновской эпилепсии, атактическими расстройствами, выраженной гидроцефалией, выраженной ликворной гипертензией; оптикохиазмальный арахноидит с расстройством зрения; рассеянный склероз; последствия перенесенного энцефаломиелимита (миелита) с явлениями выраженного пареза или паралича; 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, умеренно выраженное расстройство координации, чувствительности, умеренная гидроцефалия, умеренно выраженная ликворная гипертензия), а также с частыми (2 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 (легким) 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 (легко выраженная) 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 давление спинномозговой жидкости при горизонтальном положении тела колеблется от 70 до 200 мм водного столба, незначительное повышение – от 200 до 300, умеренное – от 300 до 400, резкое – 400 и выше) учитываются клиника заболевания, наличие окклюзионно-гидроцефальных пароксизмов, застойных изменений на глазном дне, данные эхоэнцефалоскопии, степень расширения желудочковой системы мозга по данным компьютерной томографии (далее – КТ) или магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ).
		а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

						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.
6.3	23	Органические, наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы и нервно-мышечные заболевания:				В настоящей статье предусматриваются дегенеративные заболевания центральной нервной системы, включая болезнь Паркинсона, другие экстрапирамидные болезни, спиноцеребеллярные дегенерации, опухоли головного, спинного мозга, детский церебральный паралич, врожденные аномалии (пороки развития), болезни нервно-мышечного соединения и мышц, а также другие болезни центральной нервной системы (гидроцефалия, церебральная киста и другие). К пункту «а» относятся тяжелые врожденные аномалии (пороки развития) и болезни нервной системы, а также болезни с быстро прогрессирующим течением или сопровождающиеся резким нарушением функций (опухоли головного, спинного мозга, сирингомиелия с резко выраженными нарушениями трофики, боковой амиотрофический склероз, миастения, прогрессирующая спинальная мышечная атрофия, наследственные полинейропатии с выраженными клиническими проявлениями, спинальная амиотрофия, наследственные сенсомоторные невропатии, спинальная атаксия, детский церебральный паралич, миотония, миопатия и другие). К пункту «б» относятся болезни, течение которых характеризуется медленным, на протяжении длительного времени (не менее 1 года) нарастанием симптомов (сирингомиелия с незначительной атрофией мышц и легким расстройством чувствительности, краниостеноз с синдромом внутричерепной гипертензии и другие). К пункту «в» относятся крайне медленно прогрессирующие болезни нервной системы, когда объективные симптомы заболевания выражены в незначительной степени (сирингомиелия с нерезко выраженными диссоциированными расстройствами чувствительности без атрофии мышц и трофических расстройств) или когда симптомы заболевания длительно сохраняются в одном и том же состоянии. После радикального удаления доброкачественных опухолей головного, спинного мозга медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» или «г» настоящей статьи в зависимости от нарушения функции. Наличие церебральной (церебеллярной) кисты без неврологических расстройств не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
		а) со значительным нарушением функций или быстро прогрессирующим течением	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций или медленно прогрессирующим течением	НГМ	НГМ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
6.4	24	Сосудистые заболевания головного, спинного мозга:				В настоящей статье предусматриваются субарахноидальные, внутримозговые кровоизлияния, другие внутричерепные кровоизлияния, инфаркт головного и спинного мозга, транзиторные ишемические атаки, последствия перенесенных сосудистых поражений головного, спинного мозга. К пункту «а» относятся: повторные инсульты независимо от степени нарушения функций; стойкие выпадения функций нервной системы, наступившие вследствие острого нарушения церебрального или спинального кровообращения; хроническая ишемия головного мозга III стадии (гемиплегии, глубокие парезы, расстройства речи, памяти, мышления, явления паркинсонизма, эпилептические припадки, нарушения функций тазовых органов). К пункту «б» относятся: последствия инсульта с нарушением функции; множественные артериальные аневризмы после их выключения из кровообращения; артериовенозные мальформации после эмболизации, искусственного тромбирования или интракраниального удаления; сосудистые поражения головного, спинного мозга с благоприятным течением и умеренной выраженностью неврологического дефицита; хроническая ишемия головного мозга II стадии при церебральном атеросклерозе, артериальной гипертензии (слабодушие, головные боли, головокружение, нарушения сна, снижение способности исполнять обязанности военной службы, нарушения эмоционально-волевой сферы при наличии отдельных стойких органических знаков со стороны
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций; частые преходящие нарушения мозгового кровообращения	НГМ	НГМ	НГМ	
		в) с незначительным нарушением функций; редкие преходящие нарушения мозгового кровообращения; при наличии частых синкопальных состояний (обмороков) без признаков органического поражения центральной нервной системы	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

		г) при наличии редких синкопальных состояний (обмороков) без признаков органического поражения центральной нервной системы	ГО	ГО	ГО	центральной нервной системы, когнитивные нарушения; анизорефлексия, вялая реакция зрачков на свет, пирамидные симптомы, чувствительные расстройства, нарушение координации); частые (3 и более раза в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, гипертонические церебральные кризы); последствия нарушения спинального кровообращения в виде расстройств чувствительности, легкого или умеренного пареза конечностей. К пункту «в» относятся: одиночные артериальные аневризмы после клиппирования или выключения из кровообращения с применением баллонизации либо искусственного тромбирования; последствия инсульта без нарушения функции; сосудистые поражения головного, спинного мозга с благоприятным течением и легкими функциональными нарушениями; редкие (не более 2 раз в год) преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, гипертонические церебральные кризы), сопровождающиеся нестойкими очаговыми симптомами со стороны центральной нервной системы (парезы, парестезии, расстройства речи, мозжечковые явления), которые удерживаются не более 24 часов; хроническая ишемия головного мозга I стадии в форме псевдоневротического синдрома (эмоциональная неустойчивость, раздражительность, ухудшение памяти, головная боль, головокружение, расстройство сна, шум в ушах, наличие отдельных стойких органических знаков со стороны центральной нервной системы в виде анизорефлексии, патологических рефлексов и другое), требующая лечения в стационарных или амбулаторных условиях; различные формы мигрени с частыми (3 и более раза в год) и длительными (сутки и более) мигренозными приступами, подтвержденными медицинскими документами и динамическим наблюдением, требующими лечения в стационарных условиях (для верификации диагноза обязательно проведение МРТ головного мозга с ангиопрограммой); вегетативно-сосудистая дистония с частыми (1 и более раз в месяц) кризами, проявляющимися острым малокровием мозга (простые и судорожные обмороки), подтвержденными медицинскими документами. Наличие вегетативно-сосудистой дистонии устанавливается только в тех случаях, когда не выявлено других заболеваний, сопровождающихся нарушениями функций вегетативной нервной системы. Лица, подверженные синкопальным состояниям (обморокам), в том числе в анамнезе, подлежат обязательному углубленному медицинскому обследованию в специализированных отделениях организаций здравоохранения с привлечением врача-кардиолога. При установлении гражданам диагноза, предусматривающего наличие сосудистого заболевания головного (спинного) мозга, в том числе вегетативно-сосудистой дистонии, с редкими синкопальными состояниями (обмороками), без признаков поражения центральной нервной системы медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи, при этом поступающие в военные учебные заведения, МСВУ признаются негодными к поступлению. Указанные лица негодны к управлению механическими транспортными средствами, к работе на высоте, у движущихся механизмов, огня и воды, к срочной военной службе в ССО. Граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту и военнослужащие при наличии синкопальных состояний (обмороков) вследствие других заболеваний или расстройств (инфекции, травмы, интоксикации и другое) освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней. Наличие у граждан синкопальных состояний (обмороков), возникших в условиях, их провоцирующих (пребывание в душном многолюдном помещении, забор крови, стоматологическая процедура, высокая температура тела и другие), при отсутствии по результатам углубленного медицинского обследования заболеваний, их вызывающих, не препятствует прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения, МСВУ.
--	--	--	----	----	----	---

						В отношении военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, после перенесенного ими преходящего нарушения мозгового кровообращения в соответствии со статьей 28 расписания болезней может быть вынесено заключение о необходимости предоставления освобождения или отпуска по болезни. После перенесенного спонтанного (нетравматического) субарахноидального кровоизлияния в отношении освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней заключение выносится по пункту «а», освидетельствуемых по графе III расписания болезней – по пункту «б», а при повторных субарахноидальных кровоизлияниях (независимо от этиологии) – по пункту «а». При аневризмах и артериовенозных мальформациях сосудов головного, спинного мозга, явившихся причиной нарушения мозгового кровообращения, и невозможности оперативного лечения или при отказе от него освидетельствование проводится по пункту «а» независимо от степени выраженности остаточных явлений нарушений мозгового кровообращения и функций нервной системы. После оперативного лечения по поводу аневризмы сосудов головного мозга, других сосудистых поражений головного или спинного мозга в отношении освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней заключение выносится по пункту «а», а освидетельствуемых по графе III расписания болезней – по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от радикальности операции, ее эффективности, величины послеоперационного дефекта костей черепа, динамики восстановления нарушенных функций. При наличии дефекта костей черепа применяются соответствующие пункты статьи 81 расписания болезней. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения относятся к пункту «г».
6.5	25	Травмы головного, спинного мозга и их последствия. Последствия поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов:				В настоящей статье предусматриваются ближайшие и отдаленные (через 1 год или более с момента травмы) последствия травм головного или спинного мозга, осложнения травматических повреждений центральной нервной системы, а также последствия травм от воздушной взрывной волны и воздействия других внешних факторов. К пункту «а» относятся: последствия травматических повреждений с тяжелыми расстройствами функций головного, спинного мозга (ушибы и сдавления мозга, приводящие к стойким параличам или глубоким парезам, нарушению функций тазовых органов); последствия травматических повреждений мозгового вещества с расстройством корковых функций (афазия, агнозия, апраксия), с гидроцефалией, приводящей к резкому повышению внутричерепного давления, частые (3 и более раз в год) эпилептические припадки. К пункту «б» относятся последствия травм головного, спинного мозга, при которых очаговые симптомы и расстройства функций не достигают степени выраженности, предусмотренной в пункте «а» (парез, умеренно ограничивающий функцию конечности, умеренно выраженные мозжечковые расстройства в форме неустойчивости при ходьбе, нистагма, чувствительные нарушения, гидроцефалия с умеренно выраженным или незначительным повышением внутричерепного давления, редкими (менее 3 раз в год) эпилептическими припадками). К пункту «в» относятся последствия травматического повреждения головного или спинного мозга без признаков повышения внутричерепного давления, при которых в неврологическом статусе выявляются рассеянные органические знаки (асимметрия черепной иннервации и анизорефлексия, легкие расстройства чувствительности и другие), сочетающиеся со стойкими астеноневротическими проявлениями и вегетативно-сосудистой неустойчивостью, а также старые вдавленные переломы черепа без признаков органического поражения и нарушения функций. Граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве и военнослужащие освидетельствуются по пункту «в» только при отсутствии положительной динамики болезненных проявлений от проводимого лечения, а также при затяжных или повторных декомпенсациях. При улучшении состояния, компенсации болезненных проявлений, восстановлении способности исполнять обязанности военной службы медицинское освидетельствование проводится по пункту «г». К пункту «г» относятся последствия травм головного, спинного мозга, при которых имеются отдельные рассеянные органические знаки, вегетативно-сосудистая неустойчивость и незначительные явления астенизации без нарушения двигательных, чувствительных, координаторных и других функций нервной системы.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

						В отношении граждан, освидетельствуемых по графе I расписания болезней, при наличии черепно-мозговой травмы (за исключением сотрясения головного мозга) в анамнезе за последние 3 года, подтвержденной медицинскими документами, заключение выносится по пункту «г». При наличии выраженных эмоционально-волевых или интеллектуально-мнестических расстройств, возникших вследствие травмы головного мозга, медицинское освидетельствование проводится по статье 14 расписания болезней. При наличии последствий поражений центральной нервной системы от воздействия внешних факторов (радиация, низкие и высокие температуры, свет, повышенное или пониженное давление воздуха или воды, другие внешние причины) медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» или «г» в зависимости от степени нарушения функций. При наличии повреждений и дефектов костей черепа кроме настоящей статьи применяются также соответствующие пункты статьи 81 расписания болезней. Медицинское освидетельствование лиц, перенесших острую травму головного, спинного мозга, проводится по статье 28 расписания болезней.
6.6	26	Болезни периферической нервной системы:				В настоящей статье предусматриваются заболевания, поражения (первичные и вторичные) краниальных (кроме II и VIII пар черепных нервов) и других нервов, нервных корешков, ганглиев и нервных сплетений. К пункту «а» относятся: последствия (неврологические симптомы, сохраняющиеся в течение 6 месяцев и более от начала заболевания) множественных нейропатий (полинейропатий), плекситов (плексопатий) компрессионно-ишемического, воспалительного, аллергического и токсического происхождения, опухолей периферических нервов, сопровождающиеся выраженными расстройствами движений, чувствительности и трофики (приведены в пояснениях к пункту «а» статьи 27 расписания болезней); частые (2 и более раза в год) рецидивирующие и длительно протекающие радикулопатии, сопровождающиеся стойким болевым синдромом с двигательными и вегетативно-трофическими нарушениями, требующие продолжительного лечения в стационарных условиях (4 и более месяцев в течение одного года); плексопатии и тяжелые формы невралгии тройничного нерва при безуспешном лечении. К пункту «б» относятся: заболевания периферических нервов и нервных сплетений, при которых умеренно нарушается основная функция; хронические, рецидивирующие радикулопатии, плексопатии, невропатии, сопровождающиеся в период обострения вынужденным положением тела, болями по ходу нервов, двигательными и чувствительными нарушениями, требующими лечения в стационарных условиях в течение 2–3 месяцев в течение 1 года. К пункту «в» относятся: рецидивирующие болезни периферических нервов и сплетений с редкими обострениями без тенденции к нарастанию двигательных, чувствительных и трофических расстройств; нерезко выраженные остаточные явления, обусловленные перенесенными в прошлом обострениями, незначительно нарушающие функцию. К пункту «г» относятся остаточные явления болезней периферических нервов в виде незначительных нарушений чувствительности, небольших атрофий или ослабления силы мышц, которые в целом не нарушают функцию конечности и имеют тенденцию к восстановлению. При вторичных поражениях периферической нервной системы применяются также соответствующие статьи расписания болезней.
6.7	27	Травмы периферических нервов и их последствия:				К пункту «а» относятся последствия травм или ранений нервных стволов и сплетений при наличии выраженных и стойких двигательных, чувствительных и трофических расстройств (резко выраженные атрофии мышц при одностороннем процессе (плеча – свыше 4 см, предплечья – свыше 3 см, бедра – свыше 8 см, голени – свыше 6 см), хронические трофические язвы, пролежни), а также последствия повреждений, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ	

		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	К пункту «б» относятся последствия повреждений нервов и сплетений, при которых из-за пареза группы мышц или отдельных мышц умеренно расстраивается основная функция конечности, параличи мимических мышц вследствие повреждения основного ствола или крупных ветвей лицевого нерва. К пункту «в» относятся последствия повреждения нервов, сплетений, при которых функция конечности нарушается незначительно (повреждение одного лучевого, срединного или локтевого нерва, при котором снижена сила разгибателей кисти и ограничена ее тыльная флексия без атрофии мышц, отсутствует чувствительность пальцев кисти). К пункту «г» относятся последствия повреждения нервов, когда их функции полностью восстановлены, а имеющиеся легкие остаточные явления в форме незначительно выраженных нарушений чувствительности или незначительного ослабления мышц, иннервируемых поврежденным нервом, не ограничивающие функцию конечности. После травм периферических нервов или оперативного лечения медицинское освидетельствование проводится по статье 28 расписания болезней.
6.8	28	Временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или оперативного лечения	ВН	ВН	ВН	В настоящей статье предусматриваются состояния после острых инфекционных, паразитарных и других заболеваний, интоксикационных поражений и травм нервной системы, острых преходящих нарушений церебрального или спинального кровообращения, а также острых сосудистых заболеваний головного, спинного мозга. Заключение ВВК о необходимости предоставления военнослужащему отпуска по болезни выносится после перенесенного острого серозного менингита, менингеальной формы клещевого энцефалита, генерализованных форм менингококковой инфекции (менингит, менингоэнцефалит, менингококкцемия), смешанных форм полирадикулонейропатий и других болезней с исходом в астеническое состояние после того, как закончено лечение. При неосложненном течении указанных заболеваний и полном выздоровлении в отношении военнослужащих выносится заключение о необходимости предоставления освобождения. При медицинском освидетельствовании военнослужащих, перенесших сотрясение или ушиб головного мозга, выносится заключение о необходимости предоставления освобождения или отпуска по болезни. После отпуска по болезни военнослужащие, проходящие военную службу в ССО, СпС, подлежат повторному медицинскому освидетельствованию. Граждане, перенесшие менингит либо менингоэнцефалит, при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе, если после окончания лечения прошло менее 6 месяцев. При отсутствии резидуальных явлений или при наличии лишь рассеянных органических знаков, не сопровождающихся расстройством функций, граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту освидетельствуются по пункту «г» статьи 22 расписания болезней. Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, признаются негодными к военной службе в ССО, а также к работе с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения и к службе в СпС. Годность военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, к работе с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения и к службе в СпС определяется индивидуально. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту в ССО, признаются временно негодными к парашютным прыжкам на 3–6 месяцев. По истечении указанного срока вопрос о категории годности к военной службе в ССО и о допуске к парашютным прыжкам решается индивидуально после их медицинского освидетельствования. Водолазы, перенесшие указанные заболевания, признаются негодными к водолазным работам. Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие менингит или менингоэнцефалит, признаются негодными к обучению по водолазной специальности. Граждане после острой закрытой травмы мозга (за исключением сотрясения головного мозга) при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе до 12 месяцев в зависимости от тяжести травмы и выраженности нарушения функций. В отношении военнослужащих, освидетельствуемых по графе III расписания болезней, после впервые перенесенного преходящего нарушения церебрального или спинального кровообращения, завершившегося восстановлением функций

						нервной системы или астеническим состоянием, выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни.
7	БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА (ШИФР ПО МКБ – 10 H00 – H59)					
7.1	29	Болезни век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы:				В настоящей статье предусматриваются врожденные и приобретенные анатомические изменения или недостатки положения век, заболевания век, слезных путей, глазницы и конъюнктивы. Заключение о категории годности к военной службе, службе в виде Вооруженных Сил, роде войск, службе по ВУС выносится в зависимости от степени выраженности анатомических изменений, тяжести течения заболевания, результатов лечения и функций глаза. К пункту «а» относятся: сращение век между собой или с глазным яблоком, если оно значительно ограничивает движения глаза или препятствует зрению; заворот век или рост ресниц по направлению к главному яблоку, вызывающий раздражение глаза; выворот, рубцовая деформация или недостатки положения век, препятствующие закрытию роговой оболочки; стойкий двусторонний лагофтальм. К пункту «б» относятся: резко выраженные язвенные блефариты с рубцовым перерождением и облысением краев век; хронические конъюнктивиты с гипертрофией и резко выраженной инфильтрацией подслизистой ткани с частыми (не менее 2 раз в год) обострениями при безуспешном лечении в стационарных условиях; хроническое трахоматозное поражение конъюнктивы; заболевания слезных путей и рецидивы крыловидной плевы с прогрессирующим нарушением функций глаза, не поддающиеся излечению после неоднократного оперативного лечения в стационарных условиях; птоз врожденного или приобретенного характера, при котором верхнее веко при отсутствии напряжения лобной мышцы прикрывает больше половины зрачка на одном глазу или более одной трети зрачка на обоих глазах; состояния после реконструктивных операций на слезных путях с введением лакопротеза; стойкий односторонний лагофтальм. При последствиях трахомы со стойкими нарушениями функций глаза заключение выносится по соответствующим статьям расписания болезней, предусматривающим данные нарушения. Простой блефарит с отдельными чешуйками и незначительной гиперемией краев век, фолликулярный конъюнктивит с единичными фолликулами, бархатистость конъюнктивы в углах век и в области конъюнктивальных сводов, отдельные мелкие поверхностные рубцы конъюнктивы нетрахоматозного происхождения, а также гладкие рубцы конъюнктивы трахоматозного происхождения без других изменений конъюнктивы, роговицы и без рецидивов трахоматозного процесса в течение 1 года, ложная и истинная крыловидная плева без явлений прогрессирования не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Военнослужащим после лечения по поводу острой трахомы заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни не выносится. При необходимости по статье 36 расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления освобождения от исполнения служебных обязанностей.
		а) выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы со значительным нарушением зрительных или двигательных функций на обоих глазах	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) то же на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах; резко выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) незначительно выраженные анатомические изменения или недостатки положения век, глазницы или конъюнктивы; умеренно или незначительно выраженные заболевания век, слезных путей, глазницы, конъюнктивы на одном или обоих глазах	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
7.2	30	Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки, цилиарного тела, хрусталика, сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела, глазного яблока, зрительного нерва:				В настоящей статье предусматриваются хронические, трудно излечимые или неизлечимые заболевания. В случаях с законченным процессом или непрогрессирующим течением с редкими обострениями (менее 2 раз в год), а также после пересадки тканей категория годности к военной службе освидетельствуемых по графам I, II, III расписания болезней определяется в зависимости от функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней. При наличии новообразований глаза и его придатков в зависимости от их характера медицинское освидетельствование проводится по статье 8 или 10 расписания болезней. Доброкачественные новообразования, не нарушающие функций глаза, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения, МСВУ, на работу (работе) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения. К пункту «а» относятся:
		а) резко выраженные с прогрессирующим снижением зрительных функций или частыми обострениями на обоих глазах	НГИ	НГИ	НГИ	

		б) резко выраженные с прогрессирующим снижением зрительных функций или частыми обострениями на одном глазу или умеренно выраженные на обоих глазах	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	заболевания с прогрессирующим снижением зрительных функций и не поддающиеся консервативному или оперативному лечению; состояния после кератопротезирования на одном или обоих глазах; тапеторетинальные абнотрофии независимо от функций глаза. Пигментная дегенерация сетчатой оболочки с пигментом или без него в сочетании с расстройством темновой адаптации (гемералопией) должна быть подтверждена посредством выполнения электроретинографии или другими контрольными методами. При стойком сужении поля зрения снизу и снаружи (по вертикальному и горизонтальному меридианам) от точки фиксации до уровня менее 30 градусов на обоих глазах заключение по всем графам расписания болезней выносится по пункту «а», на одном глазу – по пункту «б», от 30 до 45 градусов на обоих глазах – по пункту «б», на одном глазу – по пункту «в». К пункту «б» относятся: хронические увеиты и увеопатии, установленные в стационарных условиях и сопровождающиеся повышением внутриглазного давления; кератоглобус и кератоконус; афакия, артификация на одном или обоих глазах; состояние после сквозной кератопластики; инородное тело внутри глаза. Во всех случаях при наличии внутриглазных инородных тел вопрос о категории годности к военной службе, годности к службе по отдельной ВУС военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, решается не ранее чем через 3 месяца после ранения. При хороших функциях глаза, отсутствии воспалительных явлений и признаков металлоза указанные военнослужащие, кроме военнослужащих срочной военной службы, годны к военной службе с незначительными ограничениями, но негодны к военной службе в составе экипажей танков, боевых машин пехоты, бронетранспортеров, пусковых установок ракетных воинских частей, в качестве водителей механических транспортных средств, а также к работе, связанной с вибрацией тела. При наличии дегенеративно-дистрофических изменений на глазном дне освидетельствование проводится по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от нарушения зрительных функций глаза. При атрофии зрительного нерва категория годности к военной службе, годность к службе по ВУС определяются в зависимости от функций глаза. После оптикореконструктивных операций категория годности к военной службе граждан определяется по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от состояния функций глаза. Лица, перенесшие оптикореконструктивные операции, годны к поступлению в военные учебные заведения при отсутствии послеоперационных осложнений. Наличие периферической дегенерации сетчатки, при которой проведение лазеркоагуляции не показано, не является основанием для применения настоящей статьи. Перенесшие лазеркоагуляцию по поводу периферической дегенерации сетчатки и (или) нетравматического разрыва сетчатки (в том числе неоднократно) освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от нарушения зрительных функций. Указанные лица негодны к военной службе в ССО, в составе экипажей танков, боевых машин пехоты, бронетранспортеров, пусковых установок ракетных воинских частей и к работе, связанной с вибрацией тела. При афакии, артификации, кератоконусе, кератоглобусе на одном или обоих глазах в отношении военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, категория годности к военной службе определяется по соответствующим статьям расписания болезней в зависимости от функции глаза. Указанные военнослужащие негодны к поступлению в военные учебные заведения, к военной службе в ССО, к службе в СпС, в составе экипажей танков, боевых машин пехоты, бронетранспортеров, пусковых установок ракетных воинских частей, в качестве водителей механических транспортных средств и к работе, связанной с вибрацией тела.
		в) умеренно выраженные, непрогрессирующие с редкими обострениями на одном глазу	ГО	ГО	Г	

						Вывих и подвывих хрусталика оцениваются как афакия. Афакия на одном глазу оценивается как двусторонняя, если на втором глазу имеется помутнение хрусталика, понижающее остроту зрения этого глаза до 0,4 и ниже. Так называемая цветная переливчивость, радужность, глыбки, зернышки и вакуоли хрусталика, обнаруживаемые только при исследовании со щелевой лампой, а также врожденное отложение пигмента на передней капсуле хрусталика, не понижающие остроту зрения, не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения, МСВУ, на работу (работе) с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения. При обнаружении у лиц, работающих с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения, при биомикроскопии помутнений под задней капсулой хрусталика и наличии убедительных признаков прогрессирования помутнений хрусталика (значительное увеличение при длительном наблюдении их числа и размера) они признаются негодными к службе по ВУС. При стойких абсолютных центральных и парацентральных скотомах на одном или обоих глазах категория годности к военной службе, службе по ВУС освидетельствуемых по графам I, II, III определяется в зависимости от состояния функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней и приложениям 2–5. Лица с паренхиматозным кератитом сифилитического происхождения освидетельствуются по пункту «б» статьи 6 расписания болезней.
7.3	31	Отслойка сетчатки:				К пункту «а» относятся также случаи безуспешного повторного оперативного лечения посттравматической отслойки сетчатки на обоих глазах при прогрессирующем снижении функций глаз. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, после перенесенной отслойки сетчатки травматической этиологии на обоих глазах могут быть признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями в порядке индивидуальной оценки при условии сохранения хороших функций глаза. Они негодны к военной службе в ССО, в составе экипажей танков, боевых машин пехоты, бронетранспортеров, пусковых установок ракетных воинских частей, в качестве водителей механических транспортных средств, а также к работе, связанной с вибрацией тела. По пунктам «б» или «в» настоящей статьи также освидетельствуются призывники с травматическими разрывами сетчатки.
		а) нетравматической этиологии на обоих глазах	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) посттравматической этиологии на обоих глазах	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) любой этиологии на одном глазу	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
7.4	32	Глаукома:				Наличие глаукомы должно быть подтверждено в стационарных условиях. В сомнительных случаях показано проведение нагрузочных проб. Категория годности к военной службе определяется после лечения (медикаментозного или оперативного) с учетом степени стабилизации процесса и функций глаза (острота зрения, поле зрения, наличие парацентральных скотом, в том числе при нагрузочных пробах, а также экскавация диска зрительного нерва). По настоящей статье освидетельствуются также лица с вторичной глаукомой.
		а) в развитой и последующих стадиях на обоих глазах	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) то же на одном глазу	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) в начальной стадии, в стадии преглаукомы одного или обоих глаз	НГМ	НГМ	ГО	
7.5	33	Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз				К пункту «а» относится также стойкая диплопия после травмы глазницы с повреждением мышц глаза. Если диплопия является следствием какого-либо заболевания, то освидетельствование проводится по основному заболеванию. При наличии у освидетельствуемых двоения только при крайних отведениях глазных яблок в стороны и вверх освидетельствование проводится по пункту «б», а при взгляде вниз – по пункту «а». К пункту «б» относится также ясно выраженный качательный спазм мышц глазного яблока. Если нистагм является одним из признаков поражения нервной системы или вестибулярного аппарата, освидетельствование проводится по основному заболеванию. Нистагмоидные подергивания глаз при крайних отведениях глазных яблок не являются препятствием к прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
		а) стойкий паралич двигательных мышц глазного яблока при наличии диплопии	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		б) то же при отсутствии диплопии; содружественное	ГО	ГО	Г, ССО,	

		косоглазие при отсутствии бинокулярного зрения			СпС – ИНД	При содружественном косоглазии менее 10 градусов диагноз должен быть подтвержден путем проверки бинокулярного зрения. Наличие бинокулярного зрения является основанием для исключения содружественного косоглазия. При альтернирующем косоглазии с хорошим зрением обоих глаз следует воздерживаться от оперативного лечения из-за возможности появления диплопии. При содружественном косоглазии, паралитическом косоглазии без диплопии и при других нарушениях бинокулярного зрения категория годности к военной службе и годность к службе по ВУС определяются в зависимости от функций глаза по соответствующим статьям расписания болезней и приложениям 2–5.
7.6	34	Нарушения рефракции и аккомодации:				Вид и степень аномалии рефракции определяются с применением скиаскопии или рефрактометрии. В случае, когда при указанных в настоящей статье аномалиях рефракции по графе III расписания болезней предусмотрена индивидуальная оценка годности к военной службе, в том числе к военной службе в ССО и к службе в СпС, решающее значение придается остроте зрения. При стойком спазме, парезе или параличе аккомодации необходимо обследование с участием врача-невролога, врача-терапевта и врачей других специальностей. Если стойкий спазм, парез или паралич аккомодации обусловлены заболеваниями нервной системы, внутренних органов, то освидетельствование проводится по основному заболеванию. Спазм аккомодации является функциональным заболеванием, при котором рефракция, выявленная при циклоплегии, слабее, чем сила оптимальной отрицательной корригирующей линзы до циклоплегии. При спазме, парезе аккомодации на одном или обоих глазах после безуспешного лечения в стационарных условиях категория годности к военной службе определяется по статье 34 или 35 расписания болезней в зависимости от остроты зрения с коррекцией и степени аметропии, возвращающихся к прежнему уровню после неоднократной циклоплегии. При стойком параличе аккомодации на одном глазу категория годности к военной службе, годность к службе по ВУС определяются в зависимости от функций глаза.
		а) близорукость или дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 12,0 дптр, либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 6,0 дптр	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) близорукость или дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 8,0 дптр и до 12,0 дптр, либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 4,0 дптр и до 6,0 дптр	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) близорукость любого глаза в одном из меридианов более 6,0 дптр и до 8,0 дптр	ГО	ГО	ГО, СпС – ИНД	
		г) близорукость любого глаза в одном из меридианов более 3,0 дптр и до 6,0 дптр, дальнозоркость любого глаза в одном из меридианов более 6,0 дптр и до 8,0 дптр либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 2,0 дптр и до 4,0 дптр	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

7.7	35	Слепота, пониженное зрение, аномалии цветового зрения:				Острота зрения каждого глаза учитывается с коррекцией любыми стеклами, в том числе комбинированными, а также контактными линзами (в случае хорошей, не менее 20 часов, переносимости, отсутствия диплопии, раздражения глаз), а у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, – интраокулярными линзами. Лица, пользующиеся контактными линзами, должны иметь обычные очки, острота зрения в которых не препятствует прохождению военной службы. Острота зрения, не препятствующая прохождению военной службы для лиц, освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней, для дали с коррекцией должна быть не ниже 0,5 на один и 0,1 на другой глаз или не ниже 0,4 на каждый глаз. В сомнительных случаях острота зрения определяется с применением контрольных методов исследования. При коррекции обычными сферическими стеклами, а также при некорригированной анизометропии у освидетельствуемых по всем графам расписания болезней учитывается острота зрения с практически переносимой бинокулярной коррекцией, то есть с разницей в силе стекол для обоих глаз не более 2,0 дптр. Коррекция астигматизма любого вида должна быть проведена цилиндрическими или комбинированными стеклами полностью по всем меридианам. У поступающих в военные учебные заведения, МСВУ острота зрения с коррекцией, не превышающей указанного в приложении 5 предела рефракции, определяется только при наличии близорукости, простого или сложного близорукое астигматизма, а при прочих причинах понижения остроты зрения (в том числе при дальнозоркости, дальнозорком или смешанном астигматизме) – без коррекции. При остроте зрения на каждый глаз для дали без коррекции ниже 0,3 военнослужащие ССО, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, признаются негодными к военной службе в ССО, а категория годности к военной службе в ССО лиц, освидетельствуемых по графе III расписания болезней, определяется индивидуально. При диагностике форм и степеней понижения цветоощущения применяются пороговые таблицы для исследования цветового зрения.
		а) острота зрения одного глаза 0,09 и ниже или его слепота при остроте зрения другого глаза 0,3 и ниже, а также отсутствие глазного яблока при остроте зрения другого глаза 0,3 и ниже или острота зрения обоих глаз 0,2 и ниже	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) острота зрения одного глаза 0,09 и ниже или его слепота при остроте зрения другого глаза 0,4 и выше, а также отсутствие глазного яблока при остроте зрения другого глаза 0,4 и выше или острота зрения одного глаза 0,3 при остроте зрения другого глаза от 0,3 до 0,1	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) острота зрения одного глаза 0,4 при остроте зрения другого глаза от 0,3 до 0,1	НГМ	НГМ	ГО	
		г) дихромазия, цветослабость II–III степени	ГО	ГО	Г	
7.8	36	Временные функциональные расстройства органа зрения после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения	ВН	ВН	ВН	
8	БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА (ШИФР ПО МКБ – 10 H60 – H95)					
8.1	37	Болезни наружного уха: экзема наружного слухового прохода и ушной раковины; хронический диффузный наружный отит любой этиологии; приобретенные сужения	ГО, ВН	ГО	ГО, СпС – ИНД	Диагноз экземы наружного слухового прохода и ушной раковины, наружного отита при микозах устанавливается совместно с врачом-дерматовенерологом. Призывникам с экземой наружного слухового прохода и ушной раковины, хроническим диффузным наружным отитом, наружным отитом при микозах предоставляется отсрочка от призыва на срочную военную службу, службу в резерве до 6 месяцев по статье 41 расписания болезней с последующим медицинским освидетельствованием.

		наружного слухового прохода				
8.2	38	Болезни среднего уха и сосцевидного отростка:				Диагноз хронического гнойного заболевания среднего уха (эпитимпано-антральный, туботимпанальный средний отит) должен быть подтвержден отоскопическими данными (гнойные выделения, перфорация барабанных перепонки, грануляции, полипы, холестеотомные массы), рентгенологическими, КТ-исследованиями височных костей, исследованиями функции слуха и барофункции уха, частыми обострениями (не менее 2 раз в год), требующими лечения в стационарных или амбулаторных условиях. При хронических заболеваниях при необходимости предлагается оперативное лечение, а в случае отказа от него проводится освидетельствование по пункту «а». К пункту «а» также относится состояние после оперативного лечения хронических болезней среднего уха при неполной эпидермизации послеоперационной полости, наличии в ней гноя, грануляций или холестеотомных масс в течение более 30 суток после операции. К пункту «б» относятся: состояние после радикальных (общеполостных) операций на обоих ушах при полной эпидермизации послеоперационных полостей или реконструктивно-восстановительных операций на среднем ухе; двусторонние стойкие сухие перфорации барабанной перепонки. Под стойкой сухой перфорацией барабанной перепонки следует понимать наличие перфорации барабанной перепонки при отсутствии воспаления среднего уха в течение 12 и более месяцев; адгезивный процесс в барабанной полости или хронический катар среднего уха, когда при отоскопии определяются перфорация или рубцы барабанной перепонки на одном ухе с нарушением барофункции и снижением слуха; нарушение барофункции уха, устанавливаемое на основании жалоб освидетельствуемого, осмотра лор-органов, ушной манометрии. Стойкое нарушение барофункции уха определяется по данным повторных исследований и тимпанометрии. Водолазам исследование барофункции проводится в барокамере. Кандидаты для обучения по водолазной специальности, работы в СС, военной службы в ССО признаются годными при наличии у них хорошей проходимости слуховой трубы (барофункция I–II степени), а со стойким нарушением барофункции III степени признаются негодными. При стойком нарушении барофункции III степени годность обучающихся и проходящих военную службу в ССО, службу в СС, по военной специальности водолаза определяется индивидуально, а при нарушении барофункции IV степени они признаются негодными. Кандидаты для поступления в МСВУ, а также воспитанники МСВУ должны иметь барофункцию I–II степени. С барофункцией III степени они подлежат лечению, а при нарушении барофункции IV степени – признаются негодными для обучения в МСВУ.
		а) двусторонний или односторонний хронический средний отит, сопровождающийся полипами, грануляциями в барабанной полости, кариесом кости	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		б) стойкие остаточные явления перенесенного хронического среднего отита; резкое стойкое расстройство барофункции уха	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	
8.3	39	Нарушения вестибулярной функции:				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
		а) стойкие значительно выраженные вестибулярные расстройства, болезнь Меньера	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) нестойкие редко рецидивирующие, умеренно выраженные вестибулярно-вегетативные расстройства	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) стойкая и резко выраженная чувствительность	ГО	ГО	Г, ССО – НГ,	

		к вестибулярным раздражениям			СпС – ИНД	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.
8.4	40	Глухота, недоразвитие речи (I, II, III уровень) речевого развития, понижение слуха: а) глухота на оба уха или недоразвитие речи (I, II, III уровень) речевого развития б) стойкая полная глухота на одно ухо, а также стойкое понижение слуха на оба уха до восприятия шепотной речи менее 1 м в) стойкое понижение слуха на оба уха до степени восприятия шепотной речи от 1 до 2 м, а также стойкое понижение слуха при отсутствии восприятия шепотной речи на одно ухо и при восприятии шепотной речи на расстоянии до 3 м на другое ухо г) стойкое понижение слуха на оба уха до степени восприятия шепотной речи не менее 2 м на одно ухо и не менее 4 м на другое или 3 м на оба уха	НГИ	НГИ	НГИ	Глухоту на оба уха, глухонемому должен удостоверить врач-сурдолог государственной организации здравоохранения, других организаций или учебных заведений для глухонемых. Глухотой следует считать отсутствие восприятия крика ушной раковины. При оформлении акта, заключения врача в диагнозе следует указывать заболевание, приведшее к потере слуха (сосудистого, воспалительного, токсического, травматического и другого генеза), а затем степень понижения слуха. При определении степени понижения слуха необходимо кроме обычного исследования шепотной речи проводить повторное специальное исследование (не менее 3 раз) посредством шепотной и разговорной речи, камертонами, тональной пороговой аудиометрией с обязательным определением барофункции ушей. Для объективного определения глухоты на одно ухо используются импедансометрия и регистрация вызванной отоакустической эмиссии, коротколатентных вызванных слуховых потенциалов. При подозрении на аграммацию и симуляцию необходимо использовать трещотки Барани, опыты Говсеева, Попова, Штенгера, Хилова. При значительной разнице слуха (для исключения наличия опухолевого процесса) проводится рентгенография височных костей по Стенверсу. Восприятие шепотной речи, не препятствующее прохождению военной службы для освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней, должно быть на расстоянии не менее 2 м на одно ухо и не менее 4 м на другое ухо или не менее 3 м на оба уха. При индивидуальной оценке категории годности к военной службе учитываются конкретные условия военной службы военнослужащих, служебная и медицинская характеристики, данные функционального исследования слуха путем проверки слышимости через наушники при применении электроакустических средств связи (телефон, радиосвязь). При стойком понижении слуха, если восприятие шепотной речи менее 6 м хотя бы на одно ухо, кандидаты для поступления, а также воспитанники МСВУ признаются негодными к поступлению и обучению в МСВУ.
8.5	41	Временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы уха и сосцевидного	ВН	ВН	ВН	После радикальной операции на среднем ухе с одной стороны с хорошими результатами граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе сроком до 12 месяцев после проведенной операции. По истечении данного срока при полной эпидермизации послеоперационной полости заключение выносится по пункту «б» статьи 38 расписания болезней.

		отростка или оперативного лечения				
9	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ШИФР ПО МКБ – 10 I00 – I99)					
9.1	42	Хронические воспалительные ревматические, неревматические болезни сердца, кардиомиопатии, дегенеративные и дистрофические поражения сердца:				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 (далее – NYHA). Хроническая сердечная недостаточность I стадии должна быть подтверждена результатами эхокардиографии (далее – ЭхоКГ) (диастолическая дисфункция левого желудочка, фракция выброса левого желудочка 54 процента и менее, увеличение систолического и диастолического размеров левого желудочка и (или) левого предсердия) и сниженной толерантностью к физической нагрузке. Основным критерием для принятия решения о категории годности к военной службе при наличии пролапсов митрального или других клапанов является наличие или отсутствие органического ремоделирования клапана, изменение геометрии камер сердца, следствиями которых является регургитация. При отсутствии органического ремоделирования клапана медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи, а при наличии – по пунктам «в» или «б» настоящей статьи. 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, полная атриовентрикулярная (далее – АВ) блокада); - стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма сердца (постоянная форма фибрилляции предсердий, повторные пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий, если для восстановления ритма необходимо прибегать к электрической кардиоверсии); - синдром Бругада. 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 тяжелой регургитацией;
		а) с хронической сердечной недостаточностью III стадии	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с хронической сердечной недостаточностью II стадии	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с хронической сердечной недостаточностью I стадии	НГМ	НГМ	ГО	
		г) без хронической сердечной недостаточности	ГО	ГО	Г	

					изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а») при наличии хронической сердечной недостаточности I стадии; 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. Электрокардиографическим критерием синдрома удлиненного интервала Q-T является скорректированная величина интервала Q-T более 0,44 с на электрокардиографии (далее – ЭКГ) покоя у пациентов, не принимающих лекарственных препараты, прием которых способствует удлинению интервала Q-T; отдельные стойкие, трудно поддающиеся лечению формы нарушения ритма (частые пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий – 3 раза в год и чаще, частые пароксизмы суправентрикулярной тахикардии (частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) 120 в минуту и более) – 3 раза в год и чаще; частая полифокусная желудочковая экстрасистолия, парная желудочковая экстрасистолия, в том числе по данным суточного мониторирования ЭКГ при безуспешности повторного лечения в стационарных условиях; пароксизмальная желудочковая тахикардия; отдельные стойкие нарушения проводимости (стойкая АВ-блокада II степени, если она не индуцирована медикаментозно, полная блокада левой ножки пучка Гиса); 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. При транзиторных нарушениях ритма и проводимости, приводящих к появлению пауз более 3 с, медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи. К пункту «в» относятся заболевания сердца с хронической сердечной недостаточностью I стадии, а также: пролапс митрального или других клапанов сердца I или II степени с умеренной регургитацией и наличием органического ремоделирования клапана (увеличение толщины створки более 5 мм, вегетации, перфорация створок); изолированные приобретенные пороки сердца (кроме указанных в пункте «а») при отсутствии хронической сердечной недостаточности; отдельные нарушения ритма и проводимости: неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии (ЧСС от 60 до 120 в минуту); редкие (1–2 раза в год) пароксизмы наджелудочковой тахикардии (3 и более комплексов при ЧСС 120 в минуту и более); монотопные желудочковые экстрасистолы, наджелудочковые экстрасистолы количеством более 1 процента от общего числа циклов за сутки. Призывники по статье 48 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на срок до 6 месяцев и направляются на лечение в стационарных условиях. При безуспешности лечения медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи; стойкие нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению пауз от 2 с до 3 с и сопровождающиеся клинической симптоматикой (головокружения, синкопальные состояния и другие), если они не индуцированы медикаментозно. При транзиторных (нестойких) нарушениях ритма и проводимости, приводящих к появлению пауз от 2 с до 3 с и сопровождающихся клинической симптоматикой, медицинское освидетельствование проводится по результатам лечения. Призывники по статье 48 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на срок до 6 месяцев и направляются на лечение в стационарных условиях. При безуспешности лечения медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи;
--	--	--	--	--	--

						эпизоды (3 и более) АВ-блокады II степени в период бодрствования, при ЧСС 60 в минуту и более, без клинической симптоматики (головокружения, синкопальные состояния) или эпизоды АВ-блокады II степени в период бодрствования, при ЧСС 60 в минуту и более, с наличием клинической симптоматики (головокружения, синкопальные состояния); систоатриальная (далее – СА) блокада III степени с частотой замещающего ритма менее 40 сокращений в минуту; стойкая АВ-блокада I степени. 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 по статье 48 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе с последующим медицинским освидетельствованием. К пункту «г» относятся стойко компенсированные исходы заболеваний мышцы сердца при отсутствии хронической сердечной недостаточности, а также: пролапс митрального или других клапанов сердца I или II степени с незначительной или умеренной регургитацией без органического ремоделирования клапана; желудочковые экстрасистолы количеством от 0,5 до 1 процента включительно от общего числа циклов за сутки; стойкая полная блокада правой ножки пучка Гиса; стойкая блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса; единичные эпизоды (не более 2) АВ-блокады II степени при ЧСС 60 и более в минуту в период бодрствования, без клинической симптоматики (головокружения, синкопальные состояния); единичные парные желудочковые (не более 2), парные наджелудочковые (не более 8) экстрасистолы; транзиторные нарушения ритма и проводимости, приводящие к появлению на ЭКГ пауз от 2 с до 3 с, без клинической симптоматики (головокружения, синкопальные состояния), если они не индуцированы медикаментозно; СА-блокада II степени (тип II). Не являются основанием для применения настоящей статьи: синусовая аритмия; миокардиосклероз; СА-блокада II степени (тип I); функциональная (вагусная) АВ-блокада I степени; эпизоды АВ-блокады II степени, возникающие в период сна и (или) при ЧСС менее 60 в минуту; неполная блокада правой ножки пучка Гиса; локальное нарушение внутрижелудочковой проводимости; наджелудочковые экстрасистолы количеством от 0,5 до 1 процента включительно от общего числа циклов за сутки; желудочковые экстрасистолы количеством до 0,5 процента от общего числа циклов; миграция водителя ритма по предсердиям; синдром Клерка-Леви-Кристеско (синдром CLC), не сопровождающийся пароксизмальными нарушениями ритма. Требования по оформлению результатов ЭхоЭКГ, их интерпретации отражены в пояснениях к применению статьи 80 расписания болезней.
9.2	43	Артериальная гипертензия:				Артериальная гипертензия – хроническое стабильное повышение артериального давления (далее – АД), при котором
		а) III степени	НГИ	НГИ	НГИ, НГМ – ИНД	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

		б) II степени с поражением 2 и более органов-мишеней	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	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 поражений органов-мишеней. При осложнении артериальной гипертензии тяжелыми сосудистыми расстройствами, тесно и непосредственно связанными с гипертензивным синдромом (хроническая сердечная недостаточность II или III стадий, 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 освидетельствуемые признаются 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. К поражениям органов-мишеней, являющимся основанием для применения пункта «б» настоящей статьи, относятся: диастолическая дисфункция левого желудочка в сочетании с его гипертрофией (выявляемой при ЭхоКГ); протеинурия и (или) повышение креатинина в сыворотке крови (115–133 мкмоль/л у мужчин и 107–124 мкмоль/л у женщин); наличие атеросклеротических изменений в магистральных артериях в виде атеросклеротических бляшек (по данным ультразвукового исследования (далее – УЗИ) сосудов). Кроме того, возможны церебральные расстройства, динамические нарушения мозгового кровообращения с переходящими 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 с поражением 1 органа-мишени и (или) АКС, в том числе впервые выявленная; - артериальная гипертензия I степени с поражением 1 органа-мишени и (или) при наличии АКС, в том числе впервые выявленная. Диагноз артериальной гипертензии I или II степени с поражением органов-мишеней должен быть подтвержден результатами медицинского обследования в стационарных условиях. Призывники с артериальной гипертензией II степени без поражения органов-мишеней, рефрактерной к комбинированной гипотензивной терапии, при подтверждении заболевания неоднократным медицинским
		в) I степени или II степени с поражением 1 органа-мишени или при наличии ассоциированных клинических состояний (далее – АКС)	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) I или II степени без поражения органов-мишеней или АКС	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

					обследованием в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения и результатами документально подтвержденного диспансерного наблюдения до призыва на срочную военную службу, службу в резерве в течение не менее 6 месяцев, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. Военнослужащие срочной военной службы при наличии артериальной гипертензии II степени без поражения органов-мишеней, рефрактерной к комбинированной гипотензивной терапии, проводимой более 3 месяцев, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. Основанием для применения пункта «в» настоящей статьи является наличие следующих поражений органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка по результатам ЭхоКГ (индекс массы миокарда левого желудочка более 115 г/м² у мужчин и более 95 г/м² у женщин); утолщения стенки сонных артерий или наличие атеросклеротических бляшек по данным УЗИ сосудов; незначительного повышения креатинина в сыворотке крови (115–133 мкмоль/л у мужчин и 107–124 мкмоль/л у женщин). К пункту «г» относятся: артериальная гипертензия II степени без поражения органов-мишеней или АКС; артериальная гипертензия I степени без поражения органов-мишеней или АКС. 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. При необходимости проводится медицинское обследование в стационарных условиях.
9.3	44	Ишемическая болезнь сердца:			Наличие ишемической болезни сердца должно быть подтверждено инструментальными методами исследования (обязательные – ЭКГ в покое и с нагрузочными пробами, ЭхоКС; дополнительные – стресс-ЭхоКС, коронарография, суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводная электрокардиостимуляция левого предсердия и другие). Различаются 4 функциональных класса (далее – ФК) стабильной стенокардии напряжения: ФК 1 – обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии. Приступы появляются при нагрузках повышенной интенсивности, выполняемых длительно и в быстром темпе (латентная стенокардия), или сразу после ее прекращения. Ходьба по ровной местности в среднем темпе или подъем по лестнице более чем на два этажа, эмоциональные нагрузки приступов стенокардии не вызывают. Мощность переносимой нагрузки высокая – более 600 кгм/мин, двойное произведение более 270 условных единиц, потребление кислорода более 7 метаболических единиц (далее – МЕТ); ФК 2 – отмечается небольшое ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при среднем темпе ходьбы (80–100 шагов в минуту) по ровному месту на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице выше, чем на один этаж, подъеме в гору, в ближайшие часы после сна, при ходьбе после приема пищи, при эмоциональном возбуждении. Может отмечаться метеочувствительность – вероятность возникновения приступов стенокардии увеличивается в холодную, ветреную погоду, при ходьбе против ветра. Мощность переносимой нагрузки в пределах 400–600 кгм/мин, двойное произведение 220–270 условных единиц, потребление кислорода от 4,0 до 6,9 МЕТ;
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД

					ФК 3 – характеризуется выраженным ограничением обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают у пациента при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние 100–500 м, сразу после ускорения ходьбы, при подъеме по лестнице на один этаж. Возможны редкие приступы стенокардии покоя. Мощность переносимой нагрузки в пределах 150–300 кгм/мин, двойное произведение 160–210 условных единиц, потребление кислорода 2,0–3,9 МЕТ; ФК 4 – резко выраженное ограничение физической активности. Стенокардия возникает под влиянием небольших физических нагрузок, при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние менее 100 м, а также при минимальных бытовых и эмоциональных нагрузках, частые приступы стенокардии покоя. При небольшом повышении АД, тахикардии может возникать стенокардия при переходе из вертикального в горизонтальное положение. Мощность выполненной нагрузки менее 150 кгм/мин, двойное произведение менее 160 условных единиц, число МЕТ менее 2,0 (пробы часто не проводятся). Если качественные критерии ФК занимают промежуточное положение между соседними классами и показатели двойного произведения противоречат клиническим данным, предпочтение следует отдать последним. К пункту «а» относятся: - стабильная стенокардия напряжения ФК 3 – ФК 4; - стабильная стенокардия напряжения ФК 2 при наличии недостаточности кровообращения II стадии; - стабильная стенокардия напряжения ФК 2 с частыми (более 2 раз в год) эпизодами дестабилизации ишемической болезни в виде острого коронарного синдрома; - стабильная стенокардия напряжения ФК 2 со стойкой дисфункцией левого (правого) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам ЭхоКС. К данному пункту (независимо от выраженности стенокардии и недостаточности кровообращения) также относится аневризма сердца, крупноочаговый кардиосклероз, развившийся в результате трансмурального, крупноочагового или повторных инфарктов миокарда. К пункту «б» относятся: - стабильная стенокардия ФК 2; - стабильная стенокардия напряжения ФК 1 со стойкой дисфункцией левого (правого) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам ЭхоКС; - спонтанная стенокардия; - перенесенный мелкоочаговый инфаркт миокарда; - состояние после коронарного шунтирования, коронарной ангиопластики. Военнослужащим, проходящим военную службу по контракту и освідательствуемым в связи с предстоящим увольнением с военной службы по достижении предельного возраста состояния на военной службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» настоящей статьи; - распространенный стенозирующий процесс (свыше 75 процентов) одной и более коронарных артерий, стеноз (более 50 процентов) ствола левой коронарной артерии и (или) высокий изолированный стеноз (более 50 процентов) передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, стеноз (более 75 процентов) правой коронарной артерии при правом типе кровоснабжения миокарда. Военнослужащим, проходящим военную службу по контракту и освідательствуемым в связи с предстоящим увольнением с военной службы по достижении предельного возраста состояния на военной службе и (или) по организационно-штатным мероприятиям, заключение выносится по пункту «а» настоящей статьи. К пункту «в» относятся: - стабильная стенокардия ФК 1; - транзиторная дисфункция левого (правого) желудочка, обусловленная участками дискинезии по результатам стресс-ЭхоКС. При наличии хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма и (или) проводимости сердца медицинское освідательствование проводится также по статье 42 расписания болезней.
--	--	--	--	--	---

9.4	45	Болезни и последствия повреждения аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов:				При наличии показаний освидетельствуемым предлагается оперативное лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него категория годности к военной службе определяется в зависимости от выраженности патологического процесса. Оценка тяжести хронической ишемии конечностей проводится по классификации А.В.Покровского-Фонтейна. Оценка хронической венозной недостаточности проводится в соответствии с международной классификацией хронической венозной недостаточности (СЕАР).
		а) со значительным нарушением кровообращения и функций	НГИ	НГИ	НГИ	К пункту «а» относятся: артериальные и артериовенозные аневризмы магистральных сосудов; облитерирующий атеросклероз, эндартериит, тромбангиит, аортоартериит при декомпенсированных ишемиях конечностей (гангренозно-некротическая стадия);
		б) с умеренным нарушением кровообращения и функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	атеросклероз брюшного отдела аорты с частичной или полной облитерацией просвета ее висцеральных ветвей, подвздошных артерий с резким нарушением функций органов и дистального кровообращения;
		в) с незначительным нарушением кровообращения и функций	НГМ	НГМ	ГО	тромбоз воротной или поллой вены; часто рецидивирующий тромбофлебит, флеботромбоз, посттромботическая и варикозная болезни нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью С6 (открытая венозная язва);
		г) при наличии объективных данных без нарушения кровообращения и функций	ГО	ГО	Г, ССО – НГ	наличие имплантированного кава-фильтра; слоновость IV степени; ангиотрофоневрозы III стадии (гангренозно-некротической); состояния после реконструктивных операций на крупных магистральных (аорта, подвздошная, бедренная, брахиоцефальная артерии, воротная или полая вена) и периферических сосудах при хронической артериальной недостаточности (далее – ХАН) III–IV стадий. К пункту «б» относятся: облитерирующий эндартериит, тромбангиит, аортоартериит и атеросклероз сосудов нижних конечностей II стадии; посттромбофлебитическая или варикозная болезнь отечно-индуративной формы с хронической венозной недостаточностью С5 (зажившая венозная язва) и С4 (постоянный отек ноги, не проходящий за период отдыха с трофическими нарушениями кожи и подкожной клетчатки (гиперпигментация, венозная экзема, липодерматосклероз, белая атрофия); слоновость III степени; ангиотрофоневрозы II стадии с продолжительным болевым синдромом, посинением пальцев, скованностью движений на холоде при безуспешном повторном лечении в стационарных условиях; последствия реконструктивных операций на магистральных и периферических сосудах с ХАН ПА – ПБ стадий; варикозное расширение вен семенного канатика III степени (канатик опускается ниже нижнего полюса атрофированного яичка, имеются постоянный болевой синдром, нарушение сперматогенеза, протеинурия, гематурия). Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, при наличии варикозного расширения вен семенного канатика III степени освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. К пункту «в» относятся: облитерирующий эндартериит, тромбангиит, атеросклероз сосудов нижних конечностей с ХАН I стадии; посттромботическая или варикозная болезнь нижних конечностей с явлениями хронической венозной недостаточности С3 (постоянный отек ноги, не проходящий за период ночного отдыха без трофических нарушений) и С2 (периодическая отечность стоп и голеней после длительной ходьбы или стояния, исчезающая за период ночного отдыха без трофических нарушений, варикозно расширенные вены более 3 мм в диаметре при наличии несостоятельности клапанного аппарата по данным ультразвуковой доплерографии (далее – УЗДГ) вен и наличия рефлюкса); слоновость II степени; рецидивное (после повторного оперативного лечения) варикозное расширение вен семенного канатика II степени, если освидетельствуемый отказывается от дальнейшего лечения (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней применяется пункт «г» настоящей статьи). Однократный рецидив варикозного расширения вен семенного

						канатика не является основанием для применения пункта «в» настоящей статьи. При варикозном расширении вен семенного канатика II степени канатик опускается ниже верхнего полюса яичка, атрофии яичка нет; ангиотрофоневрозы I стадии. Наличие у призывников ангиотрофоневрозов не препятствует прохождению срочной военной службы, службы в резерве, и медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи. При прогрессировании заболевания в период военной службы медицинское освидетельствование проводится по пункту «б» настоящей статьи. К пункту «г» относятся: варикозная болезнь нижних конечностей с хронической венной недостаточностью C2 (варикозно расширенные вены более 3 мм в диаметре при отсутствии несостоятельности сафенофemorального и (или) сафенопоплитеального соустьев по данным УЗДГ вен) и с хронической венной недостаточностью C1 (телеангиоэктазии и (или) ретикулярные варикозные вены до 3 мм в диаметре). При наличии несостоятельности сафенофemorального и (или) сафенопоплитеального соустьев по данным УЗДГ вен и при отсутствии расширения стволов большой подкожной вены и (или) малой подкожной вены освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; состояние после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей без признаков хронической венной недостаточности; слоновость I степени (незначительный отек тыла стопы, уменьшающийся или исчезающий за период ночного или дневного отдыха); варикозное расширение вен семенного канатика II степени; ангионеврозы. Расширение вен нижних конечностей на отдельных участках в виде цилиндрических или извитых эластических выпячиваний без признаков венной недостаточности (C0), варикоцеле I степени не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. После ранений и других повреждений крупных магистральных артерий с полным восстановлением кровообращения и функций при освидетельствовании по графам I, II расписания болезней применяется пункт «в», а по графе III расписания болезней – пункт «г». Диагноз заболевания или последствия повреждения сосудов должны отражать стадию процесса и степень функциональных нарушений. Заключение о категории годности к военной службе выносится после обследования с применением методов, дающих объективные показатели (реовазография с нитроглицериновой пробой, ангио-, флебо-, лимфография).
9.5	46	Геморрой: а) с частыми обострениями и вторичной анемией б) с выпадением узлов в) без выпадения узлов	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	При наличии показаний освидетельствуемым предлагается оперативное или консервативное лечение. В случае неудовлетворительных результатов лечения или отказа от него освидетельствование проводится по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от выраженности вторичной анемии и частоты обострений. К частым обострениям геморроя относятся случаи, когда освидетельствуемый 3 и более раза в год находился на лечении в стационарных условиях с длительными (месяц и более) сроками госпитализации по поводу кровотечения, тромбоза и воспаления или выпадения геморроидальных узлов, а также когда заболевание осложняется повторными кровотечениями, требующими лечения в стационарных условиях. Наличие единичных геморроидальных узлов без признаков воспаления и выпадения, при отсутствии в медицинских документах данных об обострении заболевания в течение последних 3 лет, не является основанием для применения настоящей статьи.
9.6	47	Нейроциркуляторная астеня: а) при стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах и стойком нарушении ритма и (или) проводимости	НГМ	НГМ	ГО	Для нейроциркуляторной астении характерен синдром вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией артериального давления на какие-либо раздражители. Нейроциркуляторную астению с гипотензивными реакциями следует отличать от физиологической гипотонии здоровых людей, которые не предъявляют никаких жалоб, сохраняют трудоспособность и способность исполнять обязанности военной службы при показателях АД 90/50–100/60 мм рт. ст. Во всех случаях следует исключить симптоматическую гипотонию, обусловленную болезнями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, легких или другими болезнями. При выявлении повышения АД медицинское освидетельствование проводится по статье 43 расписания болезней.

		б) при стойких умеренно выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах, преходящем нарушении ритма и (или) проводимости	ГО	ГО	Г	У граждан, освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней, диагноз нейроциркуляторной астении должен быть подтвержден результатами медицинского обследования в стационарных условиях с участием врача-невролога, врача-офтальмолога, а при необходимости и других врачей-специалистов. Граждане при приписке к призывным участкам, у которых диагностирована нейроциркуляторная астения, признаются по статье 48 расписания болезней временно негодными к военной службе на 6 месяцев, подлежат медицинскому обследованию и лечению в стационарных условиях. К пункту «а» относится нейроциркуляторная астения, значительно снижающая трудоспособность и исполнение служебных обязанностей: - с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией АД ниже 100/60 мм рт. ст. при наличии постоянных жалоб, стойких значительно выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, стойкого нарушения ритма и (или) проводимости, безуспешности повторного лечения в стационарных условиях; - с наличием стойких кардиалгий, сопровождающихся значительно выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, стойким нарушением ритма и (или) проводимости, безуспешности повторного лечения в стационарных условиях. К пункту «б» относится нейроциркуляторная астения со стойкими умеренно выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, в том числе с преходящим нарушением ритма и (или) проводимости, не снижающими трудоспособность и исполнение служебных обязанностей. Нейроциркуляторная астения с незначительно выраженными проявлениями не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Характеристика нарушений ритма и (или) проводимости приведена в статье 42 расписания болезней. При нарушении ритма и (или) проводимости, обусловленном органическими изменениями миокарда, медицинское освидетельствование проводится по статье 42 расписания болезней.
9.7	48	Временные функциональные расстройства системы кровообращения после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или оперативного лечения	ВН	ВН	ВН	Освидетельствуемые по графе I расписания болезней после перенесенного неревматического миокардита признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев после выписки из государственной организации здравоохранения. В случае эпизода острой ревматической лихорадки призывники признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев. По завершении указанного срока временной негодности к военной службе повторно проводится медицинское освидетельствование для решения вопроса о категории годности к военной службе. Освидетельствуемые по графе II расписания болезней, перенесшие миокардиты неревматической этиологии, признаются временно негодными к военной службе на срок до 2 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием. В отношении освидетельствуемых по графе III расписания болезней, перенесших операции на сердце, коронарных сосудах, крупных магистральных и периферических сосудах, а также острую ревматическую атаку, неревматический миокардит, инфаркт миокарда с нарушением функций временного характера, когда для завершения реабилитационного лечения и полного восстановления способности исполнять обязанности военной службы требуется срок не менее 1 месяца, выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни. В дальнейшем экспертное решение принимается индивидуально в зависимости от степени нарушения функции органов по соответствующим статьям расписания болезней. В отношении освидетельствуемых по графе III расписания болезней после обострения хронической ишемической болезни (дестабилизация ишемической болезни в виде острого коронарного синдрома, преходящие нарушения сердечного ритма и проводимости, преходящие формы сердечной недостаточности), электроимпульсной терапии при купировании аритмии сердца, после купирования гипертонического криза выносится заключение о необходимости предоставления освобождения от исполнения служебных обязанностей.
10	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ШИФР ПО МКБ – 10 J00 – J99)					
10.1	49	Болезни полости носа, околоносовых пазух, глотки, аллергические риниты:				Диагноз озоны ставится на основании жалоб на затруднение носового дыхания, зловонных корок в полости носа, выделений из носа, дистрофических изменений в слизистых оболочках и подлежащих костных тканях полости носа,

		а) значительно выраженный зловонный насморк (озена), склерома верхних дыхательных путей	НГМ	НГМ	НГМ	выделения возбудителя озоны при бактериологическом исследовании. На начальных стадиях заболевания указанные клинические проявления могут отсутствовать. В таких случаях диагноз подтверждается только реакцией связывания комплемента с озонозным антигеном и выделением возбудителя озоны при бактериологическом исследовании. В клиническом течении склеромы различаются следующие формы заболевания: скрытая, инфильтративная, рубцовая, смешанная. Диагноз устанавливается на основании жалоб пациента, по эндоскопическим признакам по форме заболевания, данным серологических исследований (реакция связывания комплемента со склеромным антигеном) и в результате выделения клебсиеллы склеромы при бактериологическом исследовании. Инфильтративная форма может быть подтверждена гистологическим исследованием. Диагноз хронического гнойного заболевания околоносовых пазух должен быть подтвержден риноскопическими данными (гнойные выделения), рентгеномографией и (или) рентгенографией околоносовых пазух с контрастированием в двух проекциях, а при верхнечелюстном синусите – лечебно-диагностической пункцией. При необходимости проводится КТ, МРТ или видеоскопическое исследование. К пункту «б» относятся: гнойные и (или) полипозные синуситы, сопровождающиеся атрофическими или гипертрофическими процессами слизистой верхних дыхательных путей с нарушением носового дыхания; хронические гнойные и (или) полипозные синуситы без осложнений, протекающие с частыми (не менее 2 раз в год) обострениями; поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким, выраженным нарушением носового дыхания в течение всего теплого времени года (весна-осень), при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения; аллергические риниты с сенсibilизацией к бытовым аллергенам с частыми обострениями (3 и более раз в год), протекающие с выраженными клиническими проявлениями и нарушением трудоспособности, при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения. Военнослужащие срочной военной службы, службы в резерве после оперативного лечения освидетельствуются по статье 53 расписания болезней. При неудовлетворительных результатах лечения заключение о категории годности к военной службе принимается по пункту «б» настоящей статьи. К пункту «в» относятся хронические негнойные заболевания околоносовых пазух (катаральные, серозные, вазомоторные и другие негнойные формы синуситов) без признаков дистрофии тканей верхних дыхательных путей, без частых обострений. Стойкий характер нарушения барофункции околоносовых пазух устанавливается на основании жалоб освидетельствуемого, состояния носовой полости, испытания в барокамере на переносимость перепадов давления с рентгенологическим исследованием придаточных пазух носа до и после испытания (по показаниям), данных медицинских и служебных характеристик. Под хроническим декомпенсированным тонзиллитом следует понимать форму хронического тонзиллита, характеризующуюся частыми (не менее 2 раз в год) обострениями, наличием тонзиллогенной интоксикации (субфебрилитет, быстрая утомляемость, вялость, недомогание), вовлечением в воспалительный процесс околоминдаликовой ткани, регионарных лимфоузлов (паратонзиллярный абсцесс, регионарный лимфаденит). К объективным признакам относятся выделение гноя из лакун при надавливании шпателем или их зондировании, грубые рубцы на небных миндалинах, гиперемия и отечность небных дужек и сращение их с миндалинами, наличие в подэпителиальном слое нагноившихся фолликулов, увеличение лимфатических узлов шеи. Только такая форма хронического тонзиллита является основанием для применения пункта «г» настоящей статьи и препятствует поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Наличие других форм заболевания не является основанием для применения настоящей статьи и не препятствует поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Обследование призывников с поллинозами и аллергическими ринитами должно проводиться с обязательным привлечением врача-аллерголога.
		б) полипозные синуситы, сопровождающиеся стойким затруднением носового дыхания, гнойные синуситы с частыми обострениями, длительно текущие атрофические процессы в полости носа, осложненные перфорацией перегородки носа, сопровождающиеся частыми носовыми кровотечениями, подтвержденные анемией любой степени тяжести и нарушением дыхания	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) болезни носовой полости, носоглотки со стойким затруднением носового дыхания и (или) стойким расстройством барофункции околоносовых пазух	ГО	ГО	Г, ССО – НГ	
		г) хронический декомпенсированный тонзиллит, хронический атрофический, гипертрофический, гранулезный фарингит (назофарингит)	ГО	ГО	Г	
		д) аллергические риниты, поллинозы с клиническими проявлениями ринита со стойким нарушением носового дыхания, без утраты трудоспособности	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

						Искривление носовой перегородки с затруднением носового дыхания с обеих сторон, дистрофическими процессами верхних дыхательных путей с обеих сторон не препятствует поступлению в военные учебные заведения (кроме военных учебных заведений по подготовке специалистов с воздушно-десантной подготовкой, пограничных, внутренних войск) и МСВУ. Не является основанием для применения настоящей статьи: искривление носовой перегородки с затруднением носового дыхания с одной стороны; нестойкие субатрофические явления слизистой верхних дыхательных путей при свободном носовом дыхании; пристеночное утолщение слизистой верхнечелюстных пазух, если при диагностической пункции не получено гноя или трансудата и сохранена проходимость устья верхнечелюстной пазухи; остаточные явления после операции на верхнечелюстных пазухах (линейный рубец переходной складки преддверья рта, соустье оперированной пазухи с носовой полостью или вуаль на рентгенограмме); поллинозы и аллергические риниты без нарушения или с незначительным нарушением носового дыхания; бессимптомно протекающие кисты придаточных пазух носа.
10.2	50	Болезни и повреждения гортани, шейного отдела трахеи:				Статья предусматривает врожденные и приобретенные болезни, последствия повреждений гортани или шейного отдела трахеи при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него. К пункту «а» относятся стойкое отсутствие голосообразования, дыхания через естественные дыхательные пути, разделительной функции гортаноглотки, срединный стеноз гортани. К пункту «б» относятся стойкое затруднение дыхания с дыхательной недостаточностью II степени по обструктивному типу и (или) стойкое затруднение голосообразования (функциональная афония, охриплость, снижение звучности голоса), сохраняющиеся в течение 3 и более месяцев после проведенного лечения. Для подтверждения стойкого затруднения голосообразования необходимы многократные (не менее 3 раз за период обследования) проверки звучности голоса. К пункту «в» относится стойкое нарушение дыхания с дыхательной недостаточностью I степени по обструктивному типу.
		а) со значительно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренно выраженным нарушением дыхательной и (или) голосовой функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительно выраженным нарушением дыхательной функции	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
10.3	51	Другие болезни органов дыхания:				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; внелегочной саркоидоз. 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 настоящей статье освидетельствуются лица, страдающие поллинозом с клиническими проявлениями астматического бронхита в зависимости от степени дыхательной (легочной) недостаточности.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

						Степень дыхательной (легочной) недостаточности определяется в соответствии с показателями степени дыхательной (легочной) недостаточности настоящего расписания болезней.
10.4	52	Бронхиальная астма:				К пункту «а» относится бронхиальная астма с частыми обострениями заболевания, постоянными приступами в течение дня, значительным ограничением физической активности, с суточными колебаниями пиковой скорости выдоха (далее – ПСВ) или объема форсированного выдоха за первую секунду (далее – ОФВ1) более 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 менее 60 процентов должных значений в межприступный период. К пункту «б» относится бронхиальная астма с ежедневными приступами, ночными эпизодами заболевания не менее 1 раза в неделю, которые купируются бронхорасширяющими средствами, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 более 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 60–80 процентов должных значений в межприступный период, при неэффективности базисной терапии и нуждемости в лечении в стационарных условиях (3 и более раза в течение 1 года). К пункту «в» относится бронхиальная астма с непродолжительными симптомами реже 1 раза в день, которые легко купируются бронхорасширяющими средствами, при отсутствии симптомов и нормальной функции легких между обострениями, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 менее 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 более 80 процентов 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. При отсутствии документального подтверждения анамнеза заболевания верифицирующими тестами диагноза бронхиальной астмы при стойкой ремиссии являются фармакологические и (или) физические бронхопровокационные тесты. Дополнительным критерием может служить исследование в крови общего и (или) специфического иммуноглобулина Е. В случае, когда бронхоспастические синдромы (обтурационный, 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. К пункту «г» относятся случаи легкого течения бронхиальной астмы при отсутствии приступов в течение 5 лет и более на момент медицинского освидетельствования без приема бронхорасширяющих средств.
		а) тяжелое персистирующее течение	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) среднетяжелое персистирующее течение	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) легкое персистирующее течение	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) легкое течение при отсутствии приступов более 5 лет	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
10.5	53	Временные функциональные расстройства органов дыхания после острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или оперативного лечения	ВН	ВН	ВН	В случае осложненного течения 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.
11	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (ШИФР ПО МКБ – 10 K00 – K93)					
11.1	54	Нарушение развития и прорезывания зубов:				Пункт «в» применяется в случае, когда общее количество кариозных, пломбированных и удаленных зубов составляет более девяти, при этом не менее четырех зубов – с клиническими или рентгенологическими признаками хронического воспаления с поражением пульпы и периодонта, включая зубы с пломбированными корневыми каналами. Наличие у граждан, освидетельствуемых по графам I, II, III установленных брекет-систем, не препятствует прохождению ими военной службы, поступлению в военные учебные заведения, МСВУ.
		а) отсутствие десяти и более зубов на одной челюсти или замещение их съемным протезом; отсутствие восьми	НГМ	НГМ	Г, ССО, СпС – ИНД	

		коренных зубов на одной челюсти; отсутствие четырех коренных зубов на верхней челюсти с одной стороны и четырех коренных зубов на нижней челюсти с другой стороны или замещение их съемными протезами				
		б) отсутствие четырех и более фронтальных зубов на одной челюсти или отсутствие второго резца, клыка и первого малого коренного зуба подряд при невозможности замещения их несъемными протезами	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
		в) множественный осложненный кариес	Г	Г	Г	
11.2	55	Болезни твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, десен и пародонта, слюнных желез, мягких тканей полости рта, языка:				Статья применяется при наличии у освидетельствуемых генерализованной формы пародонтита или пародонтоза с частыми обострениями и (или) абсцедированием. Наличие пародонтита, пародонтоза устанавливается после исследования всей зубочелюстной системы с рентгенографией и выявлением сопутствующих заболеваний. При пародонтозе и пародонтите граждане при приписке к призывным участкам направляются на лечение. К пункту «а» относится пародонтит с глубиной зубодесневого кармана 5 мм и более, резорбцией костной ткани лунки зуба на 2/3 длины корня, подвижностью зуба II–III степени. К пункту «б» относятся заболевания слизистой оболочки полости рта, не поддающиеся лечению. При наличии стоматитов, хейлитов, гингивитов, лейкоплакий и других заболеваний, включая преканцерозы, граждане при приписке к призывным участкам направляются на лечение. К пункту «в» относится пародонтит легкой степени с глубиной зубодесневого кармана до 3 мм преимущественно в области межзубного промежутка, при начальной степени деструкции костной ткани межзубных перегородок, снижении высоты межзубных перегородок менее чем на 1/3, без подвижности зубов.
		а) генерализованные пародонтит или пародонтоз тяжелой степени	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		б) генерализованные пародонтит или пародонтоз средней степени, стоматиты, гингивиты, хейлиты и другие заболевания слизистой полости рта, слюнных желез и языка, не поддающиеся лечению	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	
		в) генерализованные пародонтит или пародонтоз легкой степени	ГО	ГО	Г	
11.3	56	Челюстно-лицевые аномалии (кроме врожденных пороков развития), другие болезни и изменения зубов и их опорного аппарата, болезни челюстей:				К пункту «а» относятся: дефекты верхней и (или) нижней челюстей, не замещенные трансплантатами после оперативного лечения; хронические часто обостряющиеся (более 2 раз в год для освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней и более 4 раз в год для освидетельствуемых по графе III расписания болезней) заболевания челюстей, слюнных желез, височно-челюстных суставов, анкилозы височно-нижнечелюстных суставов, контрактуры и ложные суставы нижней челюсти при отсутствии эффекта от лечения (в том числе оперативного) или отказе от него; неподдающийся лечению актиномикоз челюстно-лицевой области.
		а) со значительным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	НГИ	НГИ	НГИ	

		б) с умеренным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	В отдельных случаях при приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области после ортопедического лечения с удовлетворительными результатами, когда сохранена способность исполнять служебные обязанности, военнослужащий, проходящий военную службу по контракту, может быть освидетельствован по пункту «б». К пункту «б» относятся: хронические сиалоадениты с частыми обострениями; актиномикоз челюстно-лицевой области с удовлетворительными результатами лечения; хронический остеомиелит челюстей с наличием секвестральных полостей и секвестров; дефекты нижней челюсти, замещенные трансплантатами после оперативного лечения, у освидетельствуемых по графам I, II расписания болезней. К пункту «в» относится: аномалии прикуса II–III степени с разобщением прикуса более 5 мм с жевательной эффективностью менее 60 процентов по Н.И.Агапову; Граждане при приписке к призывным участкам с указанными в пункте «б» заболеваниями направляются на лечение. Военнослужащие после лечения освидетельствуются по статье 61 расписания болезней. При отказе от оперативного лечения или неудовлетворительном результате операции медицинское освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» настоящей статьи. Граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту признаются временно негодными к военной службе после оперативного лечения по поводу аномалий прикуса до 6 месяцев. Наличие аномалии прикуса I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно), наличие неудаленных металлических штифтов (пластин) при сросшихся переломах верхней и (или) нижней челюстей не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
		в) с незначительным нарушением жевательной, глотательной и речевой функций	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Г	Г	Г	
11.4	57	Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки:				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; 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 кг/м²), 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 кг/м²), язва анастомоза. К пункту «б» относятся: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом V степени (пищевод Барретта); дивертикулы пищевода с клиническими проявлениями; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с тяжелым эзофагитом (III–IV степени), часто рецидивирующая (3 и более раза в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более); рубцовые сужения пищевода, ахалазия кардии, не требующие систематического бужирования, дилатации или оперативного лечения; язва желудка с частыми рецидивами (2 и более раза в год); язва желудка с особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 3 см и более, каллезная язва, длительно не рубцующаяся язва – 3 месяца и более);
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г	

					язва двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами (3 и более раза в год), особенностями язвенного дефекта (гигантская язва – 2 см и более, каллезная язва, множественные язвы залуковичной локализации, длительно не рубцующаяся язва – 2 месяца и более); язва двенадцатиперстной кишки с выраженной (IV степени) рубцовой деформацией луковицы; язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки в течение первого года после массивного кровотечения (снижение объема циркулирующей крови до 30 процентов 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 кг/м²). К пункту «в» относятся: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с легким эзофагитом (I–II степени), часто рецидивирующая (3 и более раза в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более); последствия резекции желудка, наложения желудочно-кишечного анастомоза, стволовой или селективной ваготомии при развитии незначительного нарушения пищеварения (демпинг-синдром легкой степени, неустойчивый стул без нарушения состояния питания); особые формы хронического гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный); хронический гастрит с дисплазией эпителия; язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением (перфорацией) и подтвержденная медицинскими документами; язва двенадцатиперстной кишки с рецидивами 2 раза в год, множественные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. К пункту «г» относятся: язва желудка и (или) язва двенадцатиперстной кишки с редкими рецидивами (раз в год и реже) без осложнений (кровотечение, перфорация); гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с легким эзофагитом (I–II степени); хронические гастриты, за исключением упомянутых в пункте «в». Призывники, перенесшие острую язву (рецидив язвы) желудка и (или) острую язву (рецидив язвы) двенадцатиперстной кишки в течение 3 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 пилорoduodenальной 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 пациента) 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 уплощен (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 послеязвенной рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки считается деформация, отчетливо выявляемая при полноценно выполняемой дуоденографии в условиях искусственной гипотонии, сопровождаемая замедленной эвакуацией (задержка контрастного вещества в желудке более 2 ч). Рентгенологически луковица теряет свою форму, рубцовые укорочения и втяжения наблюдаются на обеих кривизнах, размеры луковицы уменьшены, хотя карманы могут быть перерастянуты, луковица приобретает форму трилистника, иногда выглядит как продолжение привратника, размер слизистой грубо изменен. Нарушения эвакуаторной функции выражены в различной степени вплоть до развития компенсированного стеноза. Гастрофиброскоп с трудом проводится за пределы луковицы двенадцатиперстной кишки, иногда провести его не удастся, эндоскопическая ревизия луковицы практически невозможна из-за ее резкой деформации и уменьшения размеров.
--	--	--	--	--	--

11.5	58	Болезни кишечника (кроме двенадцатиперстной кишки):				К пункту «а» относятся: тяжелые формы язвенного колита, болезни Крона; другие неинфекционные энтериты и колиты, сопровождающиеся нарушением всасывания и статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²) и требующие постоянной коррекции; синдром короткой кишки (резекция тонкой кишки не менее 1,5 м), состояния после резекции терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекального клапана, сопровождающиеся нарушением всасывания, статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²), требующие повторного лечения в стационарных условиях (не менее 2 месяцев в течение 1 года); состояния после резекции толстой кишки (не менее 30 см), сопровождающиеся диареей и нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²), требующие повторного лечения в стационарных условиях (не менее 2 месяцев в течение 1 года); выпадение всех слоев прямой кишки при ходьбе или перемещении тела в вертикальное положение (III стадия); протиестественный задний проход, кишечный или каловый свищ как завершающий этап оперативного лечения; недостаточность сфинктера заднего прохода III степени; хронический парапроктит со стойкими свищами (военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, освигительствуются по пункту «б»). К пункту «б» относятся: язвенный колит, болезнь Крона (кроме форм, указанных в пункте «а»), подтвержденные гистологически; другие неинфекционные энтериты и колиты, сопровождающиеся нарушением всасывания и статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²), требующие повторного лечения в стационарных условиях (не менее 2 месяцев в течение 1 года); целиакия; состояния после резекции тонкой кишки (1–1,5 м), резекции терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекального клапана, сопровождающиеся нарушениями функций пищеварения, нарушением состояния питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²). Военнослужащие, проходящие срочную военную службу и службу в резерве, освигительствуются по пункту «б» после операции без учета ИМТ; состояния после резекции толстой кишки (не менее 20 см), сопровождающиеся диареей и нарушением статуса питания (ИМТ менее 18,5 кг/м²). Военнослужащие, проходящие срочную военную службу и службу в резерве, освигительствуются по пункту «б» после операции без учета ИМТ; спаечный процесс брюшной полости, подтвержденный в ходе операции или рентгенологически и сопровождающийся функциональными нарушениями, требующими периодического (2 и более раза в год) лечения в стационарных условиях; выпадение прямой кишки при физической нагрузке (II стадия); недостаточность сфинктера заднего прохода II степени; хронический парапроктит с частыми (2 и более раза в год) обострениями. К пункту «в» относятся: недостаточность сфинктера заднего прохода I степени; спаечный процесс брюшной полости, подтвержденный в ходе операции или рентгенологически и сопровождающийся незначительными функциональными нарушениями, не требующими лечения в стационарных условиях; выпадение прямой кишки при дефекации (I стадия); хронический парапроктит с редкими обострениями. При выпадении прямой кишки, кишечных или каловых свищах, сужении заднего прохода или недостаточности сфинктера освигительствуемым предлагается оперативное лечение. После операции военнослужащим предоставляется отпуск по болезни по статье 61 расписания болезней. Граждане при призыве на срочную военную службу, службу в резерве признаются временно негодными к военной службе, если после операции прошло не более 6 месяцев. Категория их годности к военной службе определяется после повторного медицинского освигительствования в зависимости от степени нарушения функции. При рецидиве заболевания или отказе от оперативного лечения заключение о категории годности к военной службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» данной статьи. К пункту «г» относятся:
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

						варианты форм, размеров, положения кишечника, выявленные при инструментальных исследованиях (сигмоскопия, колоноскопия, ирригоскопия), без клинических проявлений и функциональных нарушений; долихосигма с незначительным замедлением опорожнения кишечника. Освидетельствуемые по графам I, II расписания болезней с функциональными заболеваниями кишечника (функциональная диарея, функциональный запор, функциональное вздутие живота, синдром раздраженной кишки) признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.
11.6	59	Болезни печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы:				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 степенями фиброза; 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 кг/м²) 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 3 раз в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях. К пункту «в» относятся: хронический гепатит с минимальной степенью активности; камни желчного пузыря, хронический калькулезный холецистит с редкими обострениями; хронический панкреатит без нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и статуса питания с хорошими результатами лечения; хронический неуточненный гепатит с минимальной степенью активности при 2–3-кратном стойком повышении активности трансаминаз. Граждане, освидетельствуемые по графе I расписания болезней, при впервые выявленном повышении уровня трансаминаз и отказе от биопсии печени по статье 61 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на срок до 6 месяцев и направляются на лечение в стационарных условиях. При безуспешном лечении и сохранении стойкого 2–3-кратного повышения активности трансаминаз медицинское освидетельствование проводится по пункту «в» настоящей статьи. При сохранении стойкого повышения активности трансаминаз до 2-кратных значений медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; состояние после удаления желчного пузыря или оперативного лечения болезней желчных протоков, поджелудочной железы с благоприятным исходом. Через год после удаления желчного пузыря, при отсутствии нарушений функции печени и поджелудочной железы, медицинское освидетельствование призывников и военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, проводится по пункту «г» настоящей статьи (призывники по статье 61 расписания болезней признаются временно негодными к военной службе на срок до 12 месяцев). 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 2 раз в год);
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

						хронический неуточненный гепатит с минимальной степенью активности при повышении трансаминаз до 2-кратных значений; стеатоз (жировая дегенерация печени). Функциональная гипербилирубинемия, функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также варианты форм, размеров, положения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы не являются основанием для применения настоящей статьи.
11.7	60	Грыжи: а) со значительным нарушением функций б) с умеренным нарушением функций в) при наличии объективных данных без нарушения функций	НГИ	НГИ	НГМ	При наличии грыжи у граждан, освидетельствуемых по графам I–II расписания болезней, предлагается оперативное лечение. После успешного лечения они годны к военной службе. Основанием для применения настоящей статьи являются неудовлетворительные результаты лечения (рецидив заболевания) или отказ от лечения, а также медицинские противопоказания для его проведения. К пункту «а» относятся: повторно рецидивные наружные грыжи больших размеров, требующие для вправления ручного пособия или горизонтального положения тела, либо грыжи, нарушающие функцию внутренних органов; диафрагмальные грыжи (в том числе приобретенная релаксация диафрагмы), нарушающие функцию органов грудной клетки или с частыми (2 и более раза в год) ущемлениями; невправимые вентральные грыжи. К пункту «б» относятся: грыжи пищевода отверстия диафрагмы III степени при удовлетворительных результатах лечения; умеренных размеров наружные грыжи, появляющиеся в вертикальном положении тела при физических нагрузках, кашле; рецидивные грыжи; вентральные грыжи, требующие ношения бандажа. К пункту «в» относятся грыжи незначительных размеров, легковправимые, исчезающие самостоятельно при горизонтальном положении тела; грыжи пищевода отверстия диафрагмы I и II степени. Небольшая (в пределах физиологического кольца) пупочная грыжа, предбрюшинный жировик белой линии живота, а также расширение паховых колец без грыжевого выпячивания при физической нагрузке, натуживании не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
11.8	61	Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или оперативного лечения	ВН	ВН	ВН	Данная статья предусматривает освобождение или (в случаях, когда для восстановления трудоспособности требуется срок более 30 суток) отпуск по болезни для освидетельствуемых по графам II, III расписания болезней, а в отношении граждан при призыве на срочную военную службу, службу в резерве – заключение о временной негодности к военной службе на срок до 6 месяцев.
12	БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ (ШИФР ПО МКБ – 10 L00 – L99)					
12.1	62	Болезни кожи и подкожной клетчатки: а) трудно поддающиеся лечению распространенные формы хронической экземы, тяжелые и осложненные	НГИ	НГИ	НГИ	Под распространенной формой гнездной плешивости (алопеции) понимается наличие множественных (3 и более) очагов облысения диаметром не менее 10 см каждый, а при слиянии плешин – отсутствие роста волос на площади свыше 50 процентов волосистой части головы. Под распространенной формой псориаза понимается наличие множественных бляшек на коже различных анатомических областей. Под распространенной формой экземы понимается площадь поражения 10 процентов и более кожного покрова.

	формы псориаза, атопический дерматит с распространенной лихенификацией кожного покрова, пузырчатка, герпетиформный дерматит, другие генодерматозы				Под распространенной лихенификацией при атопическом дерматите понимается наличие усиленного рисунка в областях утолщенной сухой кожи лица, шеи, локтевых, подколенных ямок, а также тотальное поражение. Часто рецидивирующими формами кожных заболеваний считаются такие формы, при которых обострения возникают 2 и более раз в год. К редко рецидивирующим формам кожных заболеваний относятся случаи обострения болезней кожи не более 1 раза в год в течение последних 3 лет. При экземе поражение одной из анатомических областей (стопа, голень, кисть, голова) расценивается как ограниченное.
	б) распространенная абсцедирующая и хроническая язвенная пиодермия; распространенный псориаз, ограниченные и часто рецидивирующие формы экземы, атопический дерматит с очаговой лихенификацией кожного покрова; дискоидная красная волчанка; фотодерматит, хроническая, упорная к проводимому лечению крапивница, рецидивирующие отеки Квинке	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «б» относятся: множественные конглобатные акне; приобретенные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви; ограниченные и часто рецидивирующие (2 и более раз в год) формы экземы; рецидивирующие отеки Квинке и (или) хроническая крапивница в случаях безуспешного лечения в стационарных условиях и непрерывного рецидивирования волдырей (уртикарий) на протяжении не менее 2 месяцев; холодовая аллергия рецидивирующего течения с клиническими проявлениями крапивницы и (или) отека Квинке, подтвержденная холодовой пробой в стационарных условиях. К пункту «в» относится: витилиго с локализацией на лице при площади поражения 1 процент кожного покрова и более. К пункту «г» относятся: витилиго, за исключением формы заболевания, указанной в пункте «в» настоящей статьи. Витилиго на закрытых участках тела суммарно не более 1 процента кожного покрова не является основанием для применения настоящей статьи; ограниченные формы экземы при отсутствии рецидива в течение последних 3 лет, за исключением экземы наружного слухового прохода и ушной раковины, при наличии которой медицинское освидетельствование проводится по статье 37 расписания болезней; красный плоский лишай.
	в) приобретенный ихтиоз, распространенные и тотальные формы гнездовой плешивости	НГМ	НГМ	ГО	Наличие у призывников псориаза или других болезней кожи и подкожной клетчатки в анамнезе (со слов освидетельствуемых или по информации из медицинских документов), при отсутствии клинических проявлений заболевания на момент медицинского освидетельствования, не препятствует призыву на срочную военную службу, службу в резерве.
	г) ограниченные формы псориаза (в том числе часто и редко рецидивирующие), редко рецидивирующие формы ограниченной экземы, ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии, гнездовой плешивости, ксеродермии, фолликулярного ихтиоза, атопический дерматит без лихенификации кожного покрова, ограниченная	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	Наличие атопического дерматита (детской экземы, нейродермита) в анамнезе, при отсутствии рецидива в течение последних 3 лет, разновидности ограниченной склеродермии – «болезни белых пятен», себореи, не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. В отношении освидетельствуемых по графе III расписания болезней наличие легких форм ихтиоза и единичных очагов псориаза в области локтевых и коленных суставов не препятствует прохождению военной службы. Медицинское освидетельствование граждан, обучающихся в МСВУ, проводится только после лечения.

		склеродермия (при любых формах заболевания)					
12.2	63	Временные функциональные расстройства после острого заболевания, обострения хронического заболевания кожи и подкожной клетчатки	ВН	ВН	ВН		
13	БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ШИФР ПО МКБ – 10 M00 – M99)						
13.1	64	Артропатии инфекционного и воспалительного происхождения, системные поражения соединительной ткани:				В настоящей статье предусматриваются ревматоидный артрит, болезнь Рейтера, узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера, псориатическая артропатия и иные артриты, связанные с инфекцией, другие системные заболевания соединительной ткани.	
		а) со значительным нарушением функций, стойкими и выраженными изменениями	НГИ	НГИ	НГИ	К пункту «а» относятся: системные болезни соединительной ткани вне зависимости от выраженности изменений со стороны органов и систем, частоты обострений и степени функциональных нарушений; ревматоидный артрит со значительными нарушениями функций или их системные формы со стойкой утратой способности исполнять обязанности военной службы.	
		б) с умеренным нарушением функций и частыми обострениями	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «б» относятся: медленно прогрессирующие формы воспалительных заболеваний с умеренно выраженными экссудативно-пролиферативными изменениями и функциональной недостаточностью суставов при отсутствии системных проявлений;	
		в) с незначительным нарушением функций и редкими обострениями	НГМ	НГМ	ГО	начальные формы ревматоидного артрита при наличии клинико-лабораторных признаков активности процесса. К пункту «в» относятся хронические заболевания суставов с редкими (1 раз в год и реже) обострениями. По пункту «в» освидетельствуются военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, с затяжным (3 и более месяца) течением острых воспалительных артропатий при сохраняющихся экссудативно-пролиферативных изменениях суставов, лабораторных признаках активности процесса и безуспешном лечении. При хронических инфекционных и воспалительных артритах категория годности к военной службе определяется по пунктам «а», «б» или «в» в зависимости от поражения других органов и систем, состояния функции суставов. Оценка объема движений в суставах определяется в соответствии с показателями объема движений в суставах. Объем движений в суставах (в градусах)	

						ульнарное	40	25	15	10	
						Тазобедренный	сгибание	75	100	110	120
							разгибание	180	170	160	150
							отведение	50	25	20	15
						Коленный	сгибание	40	60	90	110
							разгибание	180	175	170	160
						Голеностопный	подошвенное сгибание	130	120	110	100
							тыльное сгибание (разгибание)	70	75	80	85
						Хронические формы реактивных артритов при отсутствии обострения заболевания в течение более 5 лет и без нарушения функции суставов не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения, МСВУ. После острых воспалительных заболеваний суставов освидетельствование проводится по статье 86 расписания болезней.					
13.2	65	Хирургические болезни и поражения крупных суставов, хрящей, остеопатии, хондропатии:				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 (2 и более раза в год) рецидивами обострений болевого синдрома, разрушениями суставного хряща (ширина суставной щели менее 2 мм) и деформацией оси конечностей более 5 градусов; дефект костей более 1 см с нестабильностью конечности; остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров, длительно незаживающих или часто (2 и более раза в год) открывающихся свищей. При анкилозах крупных суставов в функционально выгодном положении, при хорошей функциональной компенсации искусственного сустава, категория годности к военной службе освидетельствуемых по графе III расписания болезней определяется по пункту «б». К пункту «б» относятся: асептический некроз головки бедренной кости; частые (3 и более раза в год) вывихи крупных суставов, возникающие вследствие незначительных физических нагрузок, с выраженной неустойчивостью (разболтанностью) или рецидивирующим синовитом сустава, сопровождающиеся умеренно выраженной атрофией мышц конечностей; деформирующий артроз в одном из крупных суставов (ширина суставной щели 2–4 мм) с болевым синдромом и наличием контрактуры; остеомиелит (в том числе первично хронический) с ежегодными обострениями; гиперостозы, препятствующие движению конечности или ношению военной формы одежды, обуви или снаряжения; остеомиелит с редкими (1 раз в 2–3 года) обострениями с наличием секвестральных полостей, секвестров; стойкие контрактуры одного из крупных суставов с умеренным ограничением объема движений.					
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ						
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД						
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО						
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД						

					К пункту «в» относятся: редкие (менее 3 раз в год) вывихи плечевого сустава, неустойчивость и синовит суставов вследствие умеренных физических нагрузок; нестабильность крупного сустава, надколенника с редкими (менее 3 раз в год) вывихами или неустойчивостью, определяемой клинически и подтвержденные рентгенологическими методами; разрыв акромиально-ключичного сочленения с полным вывихом ключицы; остеомиелит с редкими (1 раз в 2–3 года) обострениями при отсутствии секвестральных полостей, секвестров; стойкие контрактуры одного из крупных суставов с незначительным ограничением объема движений; нагрузочные остеодистрофии трубчатых костей нижних конечностей в случаях длительного (более 3 месяцев) лечения. Нестабильность крупного сустава или надколенника должна быть подтверждена медицинскими документами о вывихах, удостоверенными методами лучевой диагностики до и после вправления по одному из характерных признаков: костный дефект суставной поверхности; дисплазии суставных концов костей с патологической смещаемостью суставных поверхностей; отрыв суставной губы плечевого сустава. Граждане при призыве на срочную военную службу, службу в резерве при наличии хондропатий освидетельствуются по пунктам «а», «б», «в» или «г» в зависимости от объема движений. При хондропатиях с незаконченным процессом военнослужащие срочной военной службы, службы в резерве направляются на лечение в стационарных условиях. При безуспешности лечения категория годности к военной службе может быть определена по пункту «в» настоящей статьи. Остеомиелитический процесс считается законченным при отсутствии обострения, секвестральных полостей, секвестров в течение 3 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 по поводу нестабильности крупных суставов медицинское освидетельствование проводится по пунктам «а», «б», «в» или «г» в зависимости от объема движений. Освидетельствуемым по графе III расписания болезней после успешного оперативного лечения выносятся 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. Болезнь Осгуда-Шлаттера без нарушения функций суставов не является основанием для применения настоящей статьи. При оценке объема движений в суставах следует руководствоваться показателями объема движений в суставах (в градусах) настоящего расписания болезней.
13.3	66	Деформации, болезни позвоночника и их последствия:			К пункту «а» относятся:

		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	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;
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) с частыми обострениями (3 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 степеней;
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	распространенный остеохондроз IV степени всех отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный данными медицинских документов, корешковыми и (или) проводниковыми расстройствами; фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье); распространенный деформирующий спондилез III степени всех отделов позвоночника; инфекционный спондилит с частыми (3 и более раза в год) обострениями.
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	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 степеней не менее двух отделов позвоночника с рецидивирующим (3 и более раза в год) болевым синдромом с освобождением от исполнения служебных обязанностей, подтвержденным 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 степеней, сколиозу II и выше степеней, спондилезу II, III степеней, 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. При отсутствии корешковых расстройств медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; остеохондропатический кифоз III степени с клиновидной деформацией 3 и более позвонков со снижением высоты передней поверхности тел деформированных позвонков по отношению к задней поверхности в 2 раза и более; сколиоз III степени (кроме сколиоза III степени, указанного в пункте «б» настоящей статьи); 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 степеней не менее двух отделов позвоночника; ограниченный спондилез III степени не менее двух отделов позвоночника. К пункту «г» относятся: сколиоз II степени, сколиоз I степени;

					кифоз со структурными изменениями позвонков (кроме кифозов, указанных в пунктах «а», «б», «в» настоящей статьи); спондилолистез I степени; изолированный, ограниченный остеохондроз III, IV степеней одного отдела позвоночника; ограниченный или распространенный остеохондроз I, II степеней одного и более отделов позвоночника; ограниченный или распространенный спондилез I, II степеней одного и более отделов позвоночника. Бессимптомное течение межпозвонкового остеохондроза в виде грыж Шморля одного-двух позвонков, кифоз I степени, изолированный остеохондроз I, II степеней одного и более отделов позвоночника, изолированный спондилез I, II степеней одного и более отделов позвоночника, незаращение дужек V поясничного и I крестцового позвонков не являются основанием для применения данной статьи, не препятствуют прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ. Во всех случаях основанием для установления диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики при строгом соблюдении методик исследований. Основным методом диагностики дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника является рентгенологический метод. Он также является основным при вынесении экспертных решений. Характер патологических изменений позвоночника должен быть подтвержден многоосевыми, нагрузочными и функциональными исследованиями. КТ, МРТ, МРТ с функциональными пробами, спиральная КТ и другие лучевые методы исследований являются дополнительными и интерпретируются соответственно данным рентгенологического исследования. При исследовании снижение высоты 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 ниже-шейном 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 прогибе назад. Боковые движения (наклоны) в поясничном и грудном отделах возможны в пределах 25–30 градусов. Остеохондроз и спондилез позвоночника могут представлять собой рентгенологические находки, не сопровождаться нарушением функции позвоночника, спинного мозга и его корешков и, соответственно, не нарушать 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 – это изменения позвоночника, возникающие в процессе естественного старения при сохранности тургора пульпозного ядра и сохранении высоты межпозвонкового пространства, отсутствии склероза замыкательных пластинок, наличии остеофитов, образующихся на местах прикрепления продольных связок в виде скоб по передним и боковым поверхностям позвоночника вследствие обызвествления передней продольной связки. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются: при I степени – незначительные изменения конфигурации позвоночника в одном или нескольких сегментах, нестабильность межпозвонкового диска в условиях выполнения функциональных проб;
--	--	--	--	--	---

					при II степени – уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков, выпрямление физиологического лордоза, незначительное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск равен по высоте вышележащему), вентральные и дорзальные экзостозы тел позвонков; при III степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, умеренное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего), дистрофические изменения межпозвонковых суставов с умеренным сужением межпозвонковых отверстий (признаки спондилоартроза); при IV степени – субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, выраженное снижение высоты межпозвонкового диска (нижележащий диск меньше по высоте вышележащего в 2 и более раза), значительно выраженные дистрофические изменения межпозвонковых суставов со значительным сужением межпозвонковых отверстий и позвоночного канала. Определение степени деформирующего спондилеза по рентгенограммам: I степень – деформирующие изменения по краям тел позвонков (у лимбуса); II степень – краевые разрастания по направлению от позвонка к позвонку и не достигающие степени сращения; III степень – сращение 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 – это 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. Степени тяжести сколиотической деформации позвоночника: I степень – дуга деформации от 5 до 10 градусов;
--	--	--	--	--	---

						II степень – дуга деформации от 11 до 25 градусов; III степень – дуга деформации от 26 до 40 градусов; IV степень – дуга деформации от 41 градуса и более. Деформация позвоночника при патологическом грудном кифозе (ювенильный остеохондроз, болезнь Шойермана-May) 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 (V и XII грудные позвонки); параллельно замыкательным пластинкам верхнего края краниального и нижнего края каудального позвонков на снимке проводятся прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться с применением геометрического приема посредством проведения встречных перпендикуляров. Степень тяжести кифотической деформации позвоночника: I степень – угол кифоза от 31 до 40 градусов; II степень – угол кифоза от 41 до 50 градусов; III степень – угол кифоза от 51 до 70 градусов; IV степень – угол кифоза свыше 70 градусов.
13.4	67	Отсутствие, деформации, дефекты кисти и пальцев:				К пункту «а» относится отсутствие: двух кистей на уровне кистевых суставов (кистевым суставом называется комплекс суставов, соединяющих кисть с предплечьем, включающий лучезапястный, запястный, межпястные, запястно-пястные и межзапястные суставы, а также дистальный лучелоктевой сустав); по три пальца на уровне пястно-фаланговых суставов на каждой кисти; по четыре пальца на уровне дистальных концов основных фаланг на каждой кисти; первого и второго пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов на обеих кистях. К пункту «б» относятся: отсутствие: одной кисти на уровне кистевого сустава; одной кисти на уровне пястных костей; на одной кисти: трех пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов; четырех пальцев на уровне дистальных концов основных фаланг; первого и второго пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов; первого пальца на уровне межфалангового сустава и второго–пятого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг; первых пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов на обеих кистях; повреждение локтевой и лучевой артерий либо каждой из них в отдельности с резким нарушением кровообращения кисти и пальцев или развитием ишемической контрактуры мелких мышц кисти; застарелые вывихи или дефекты трех и более пястных костей; разрушение, дефекты и состояние после артропластики трех и более пястно-фаланговых суставов; застарелые повреждения или дефекты сухожилий сгибателей трех или более пальцев проксимальнее уровня пястных костей; совокупность застарелых повреждений трех и более пальцев, приводящих к стойкой контрактуре или значительным нарушениям трофики (анестезия, гипестезия и другие расстройства). К пункту «в» относятся: отсутствие первого пальца на уровне межфалангового сустава и второго пальца на уровне основной фаланги или третьего – пятого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг на одной кисти, второго – четвертого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг на одной кисти, по три пальца на уровне проксимальных концов средних
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

						фаланг на каждой кисти, первого или второго пальца на уровне пястно-фалангового сустава на одной кисти, первого пальца на уровне межфалангового сустава на правой (для левши – на левой) кисти или на обеих кистях, двух пальцев на уровне проксимального конца основной фаланги на одной кисти, дистальных фаланг второго – четвертого пальцев на обеих кистях, застарелые вывихи, остеохондропатии кистевого сустава; дефекты, вывихи двух пястных костей; ложные суставы, хронические остеомиелиты трех и более пястных костей; разрушения, дефекты и состояние после артропластики двух пястно-фаланговых суставов; синдром карпального или латерального каналов; застарелые повреждения сухожилий сгибателей двух пальцев на уровне пястных костей и длинного сгибателя первого пальца; совокупность повреждений структур кисти, кистевого сустава и пальцев, сопровождающихся умеренным нарушением функции кисти и трофическими расстройствами (анестезии, гипестезии), умеренным нарушением кровообращения не менее двух пальцев. К пункту «г» относятся повреждения структур кисти и пальцев, не указанные в пунктах «а», «б» или «в». Повреждения или заболевания костей, сухожилий, сосудов или нервов пальцев, приведшие к развитию стойких контрактур в порочном положении, считаются отсутствием пальца. Отсутствие фаланги на уровне ее проксимальной головки считается отсутствием фаланги.
13.5	68	Плоскостопие и другие деформации стопы:				В настоящей статье предусматриваются приобретенные фиксированные деформации стопы. Стопа с повышенными продольными сводами при правильной ее установке на поверхности при опорной нагрузке часто является вариантом нормы. Патологически полой считается стопа, имеющая деформацию в виде супинации заднего и пронации переднего отдела при наличии высоких внутреннего и наружного сводов (так называемая резко скрученная стопа), распластаный передний отдел стопы (широкий и несколько приведен), имеющая натоптыши под головками средних плюсневых костей и когтистую или молоткообразную деформацию пальцев. Наибольшие функциональные нарушения возникают при сопутствующих эверсионно-инверсионных компонентах деформации в виде наружной или внутренней ротации всей стопы или ее элементов. К пункту «а» относятся патологические конская, пяточная, варусная, полая, плоско-вальгусная, эквино-варусная стопы и другие, приобретенные в результате травм или заболеваний, необратимые резко выраженные искривления стоп, при которых невозможно пользование обувью установленного военного образца. К пункту «б» относятся: продольное III степени или поперечное III–IV степеней плоскостопие с выраженным болевым синдромом, экзостозами, контрактурой пальцев и наличием артроза в суставах среднего отдела стопы; стойкая комбинированная контрактура всех пальцев на обеих стопах при их когтистой или молоткообразной деформации; отсутствие части стопы на любом ее уровне; отсутствие, сведение или неподвижность всех пальцев на стопе (стопах); отсутствие, сведение или неподвижность всех пальцев на уровне основных фаланг на обеих стопах (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней в данном случае применяется пункт «в»); посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера от 0 градусов и менее, болевым синдромом и артрозом подтаранного сустава II стадии. При декомпенсированном или субкомпенсированном продольном плоскостопии боли в области стоп возникают в положении стоя и усиливаются обычно к вечеру, когда появляется их пастозность. Внешне стопа пронирирована, удлинена и расширена в средней части, продольный свод опущен, ладьевидная кость обрисовывается сквозь кожу на медиальном крае стопы, пятка вальгирована. К пункту «в» относятся: умеренно выраженные деформации стопы с незначительным болевым синдромом и нарушением статики, при которых можно приспособить для ношения обувь установленного военного образца;
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г	

					поперечное плоскостопие III степени; продольное плоскостопие III степени с деформирующим артрозом I стадии суставов среднего отдела стопы; деформирующий артроз первого плюсневого сустава III стадии с ограничением движений в пределах подошвенного сгибания менее 10 градусов и тыльного сгибания менее 20 градусов; посттравматическая деформация пяточной кости с уменьшением угла Белера от 0 до 10 градусов и наличием артроза подтаранного сустава; отсутствие, сведение или неподвижность первого или двух пальцев на одной стопе, второго–пятого пальцев на уровне средних фаланг на обеих стопах. К пункту «г» относятся: продольное плоскостопие III степени без деформирующего артроза суставов среднего отдела стопы; продольное или поперечное плоскостопие I или II степеней с деформирующим артрозом I или II стадии суставов среднего отдела стопы. Отсутствием пальца на стопе считается отсутствие его на уровне плюснефалангового сустава, а также полное сведение или неподвижность пальца. Продольное плоскостопие и молоткообразная деформация пальцев стоп оцениваются по профильным рентгенограммам в положении стоя под нагрузкой. На рентгенограммах посредством построения треугольника (соединение точек с подошвенной поверхности головки первой плюсневой кости, бугристости пяточной кости и нижнего края ладьевидно-клиновидного сочленения) определяются угол продольного свода и высота свода. Оценка степени плоскостопия осуществляется в соответствии с показателями степени плоскостопия.								
Показатели степени плоскостопия													
Формы стоп	Угол продольного свода стопы (в градусах)	Длина свода стопы в мм, L											
		135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
		Высота продольного свода стопы, мм											
Полая	90–110	48	49	50	51	52	53	54	55	56	–	–	–
Нормальная	111–135	47–27	48–28	49–29	50–29	51–30	53–32	54–33	54–33	55–34	55–35	–	–
Плоскостопие: I степени	136–145	28–21	29–22	30–23	30–24	31–24	32–25	33–25	34–26	35–27	36–28	37–28	38–29
II степени	146–155	21	21–17	22–17	22–17	23–17	24–18	24–18	25–18	26–19	27–20	28–20	28–21
III степени	156–165 и более	–	–	–	15	16–14	16–11	17–11	17–11	18–10	19–10	19–9	20–9
Для определения степени посттравматической деформации пяточной кости вычисляется угол Белера (угол суставной части бугра пяточной кости), образуемый пересечением двух линий, одна из которых соединяет наиболее высокую точку переднего угла подтаранного сустава и вершину задней суставной фасетки, а другая проходит вдоль верхней поверхности бугра пяточной кости. В норме данный угол составляет 20–40 градусов. Его уменьшение обычно сопровождается посттравматическим плоскостопием. Наиболее информативным исследованием для оценки состояния подтаранного сустава является КТ, выполненная в коронарной плоскости, перпендикулярной задней суставной фасетке пяточной кости. Поперечное плоскостопие оценивается по рентгенограммам переднего и среднего отделов стопы в прямой проекции, выполненным под нагрузкой. Достоверными критериями степени поперечного плоскостопия являются параметры угловых отклонений первой плюсневой кости и первого пальца. На рентгенограммах проводятся три прямые линии, соответствующие продольным осям I и II плюсневых костей и основной фаланге первого пальца. При I степени деформации угол между I и II плюсневыми костями составляет 10–12 градусов, а угол отклонения первого пальца – 15–20 градусов, при II степени данные углы соответственно увеличиваются до 15 и 30 градусов, при III													

						степени – соответственно до 20 и 40 градусов, а при IV степени превышают соответственно 20 и 40 градусов. При выявлении угла отклонения I пальца более 30 градусов и (или) угла между I и II плюсневых костями более 15 градусов медицинское освидетельствование граждан проводится по пункту «в» настоящей статьи. Деформирующий артроз I стадии суставов стопы рентгенологически характеризуется сужением суставной щели менее чем на 50 процентов и краевыми костными разрастаниями, не превышающими 1 мм от края суставной щели. Артроз II стадии характеризуется сужением суставной щели более чем на 50 процентов, краевыми костными разрастаниями, превышающими 1 мм от края суставной щели, деформацией и субхондральным остеосклерозом суставных концов сочленяющихся костей. При артрозе III стадии суставная щель рентгенологически не определяется, имеются выраженные краевые костные разрастания, грубая деформация и субхондральный остеосклероз суставных концов сочленяющихся костей. Продольное и поперечное плоскостопие I или II степени без артроза в суставах среднего отдела стопы, контрактуры пальцев и экзостозы не являются основанием для применения настоящей статьи, не препятствуют прохождению срочной военной службы, службы в резерве, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
13.6	69	Приобретенные деформации конечностей, вызывающие нарушение функции и (или) затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения: а) со значительным нарушением функций б) с умеренным нарушением функций в) с незначительным нарушением функций г) при наличии объективных данных без нарушения функций	НГИ	НГИ	НГИ	В настоящей статье предусматривается приобретенное укорочение конечностей, в том числе вследствие угловой деформации костей после переломов. К пункту «а» относится укорочение руки или ноги более 8 см. К пункту «б» относится укорочение руки или ноги более 5 см до 8 см включительно. К пункту «в» относится укорочение ноги от 2 до 5 см включительно. К пункту «г» относится укорочение руки до 5 см или ноги до 2 см.
13.7	70	Отсутствие конечностей: а) двусторонние ампутационные культы верхних или нижних конечностей на любом уровне; отсутствие всей верхней или нижней конечности б) отсутствие конечности до уровня верхней трети плеча или бедра	НГИ	НГИ	НГИ	При наличии ампутационных культей конечностей на любом уровне по поводу злокачественных новообразований или болезней сосудов (эндартериит, атеросклероз) заключение выносится и по статьям расписания болезней, предусматривающим основное заболевание. В случае неудовлетворительных результатов лечения при порочной культе, препятствующей протезированию, медицинское освидетельствование проводится по пункту «а».
14	БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (ШИФР ПО МКБ – 10 N00 – N99)					
14.1	71	Хронические заболевания почек: а) с резким нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	В настоящей статье предусматриваются гломерулярные хронические заболевания почек (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический нефротический синдром, нефротический синдром, наследственная нефропатия и иные гломерулярные поражения), хронические тубулоинтерстициальные заболевания (хронический тубулоинтерстициальный

		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	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 мочевого синдром, сохраняющийся более 12 месяцев, или стойкое снижение амплитуды колебаний относительной плотности мочи, или умеренное нарушение секреторно-экскреторной функции по данным радиоизотопной ренографии, или частые (более 2 раз в год) рецидивы болезни). К пункту «в» относятся хронические заболевания почек с незначительным нарушением или без нарушения функции почек (изолированный мочевого 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-экскреторной функции при радиоизотопной ренографии). Военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, после перенесенного острого гломерулонефрита отечно-гипертензивной формы независимо от исхода заболевания, а также при наличии патологических изменений в моче (белок, форменные элементы крови), выявляемых в течение 3 месяцев и более после перенесенных острых гломерулярных или тубулоинтерстициальных заболеваний почек, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. При этом в результате комплексного обследования с участием врача-дерматовенеролога, врача-уролога, а для женщин – и врача-гинеколога, должны быть исключены воспалительные заболевания нижних отделов мочевыводящих путей и половых органов. 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 рентгеноурологического 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»
		в) с незначительным нарушением или без нарушения функций	НГМ	НГМ	ГО	

						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.
14.2	72	Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия (гидронефроз, пионефроз), пиелонефрит (вторичный), мочекаменная болезнь, другие болезни почек и мочеточников, цистит, другие заболевания мочевого пузыря, невенерический уретрит, стриктура уретры, другие болезни уретры:				К пункту «а» относятся заболевания, сопровождающиеся значительно выраженными нарушениями выделительной функции почек или хронической почечной недостаточностью: мочекаменная болезнь с поражением обеих почек при неудовлетворительных результатах лечения (камни, гидронефроз, пионефроз, вторичный пиелонефрит, не поддающийся лечению); двусторонний нефроптоз III стадии; отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, при наличии любой степени нарушения функции оставшейся почки; состояние после резекции или пластики мочевого пузыря; склероз шейки мочевого пузыря, сопровождающийся пузырно-мочеточниковым рефлюксом и вторичным двусторонним хроническим пиелонефритом или гидронефрозом; стриктура уретры, требующая систематического бужирования. При посттравматическом отсутствии почки медицинское освидетельствование проводится по статье 83 расписания болезней.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	К пункту «б» относятся: мочекаменная болезнь с частыми (3 и более раза в год) приступами почечной колики, отхождением камней, умеренным нарушением выделительной функции почек; нефункционирующая почка или отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, без нарушения функции другой почки; двусторонний нефроптоз II стадии с постоянным болевым синдромом, вторичным пиелонефритом; односторонний нефроптоз III стадии; склероз шейки мочевого пузыря при вторичных односторонних изменениях мочевыделительной системы (односторонний гидроуретер, гидронефроз, вторичный пиелонефрит и другие); стриктура уретры, требующая бужирования не более 2 раз в год при удовлетворительных результатах лечения.
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «в» относятся: одиночные (до 0,6 см) камни почек, мочеточников с редкими (менее 3 раз в год) приступами почечной колики, подтвержденные данными УЗИ, при наличии патологических изменений в моче; одиночные (0,6 см и более) камни почек, мочеточников без нарушения выделительной функции почек; односторонний или двусторонний нефроптоз II стадии с незначительным нарушением выделительной функции почек; односторонний нефроптоз II стадии с вторичным пиелонефритом; хронические болезни мочевыделительной системы (цистит, уретрит) с частыми (3 и более раза в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях.
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	К пункту «г» относятся: состояние после инструментального удаления или самостоятельного отхождения одиночного камня из мочевыводящих путей (лоханка, мочеточник, мочевой пузырь) без повторного камнеобразования; состояние после дробления камней, находящихся в мочевыделительной системе (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней); мелкие (до 0,6 см) одиночные конкременты почек, мочеточников, подтвержденные только УЗИ, без патологических изменений в моче; односторонний или двусторонний нефроптоз II стадии без нарушения выделительной функции; односторонний или двусторонний нефроптоз I стадии. При наличии у освидетельствуемых по I или II графе одностороннего или двустороннего нефроптоза I стадии с нарушением выделительной функции почек они подлежат углубленному медицинскому обследованию в специализированном отделении организации здравоохранения с целью диагностики заболеваний мочеполовой
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

						системы, вызвавших нарушение выделительной функции почек. При отсутствии таких заболеваний медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи. По пункту «г» настоящей статьи также освидетельствуются призывники с хроническим пиелонефритом в анамнезе при отсутствии патологических изменений в моче. Нарушение выделительной функции почек должно быть подтверждено данными внутривенной урографии, а при необходимости – КТ почек с внутривенным усилением или радиоизотопными исследованиями. Стадию нефроптоза определяет врач-рентгенолог по рентгенограммам, выполненным при вертикальном положении обследуемого: I стадия – опущение нижнего полюса почки более полутора позвонков, II стадия – более двух позвонков, III стадия – на три позвонка и более. При наличии симптоматической артериальной гипертензии, обусловленной заболеванием почек, указанным в настоящей статье, заключение о категории годности к военной службе выносится по пунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи в зависимости от степени нарушения функции почек и по пунктам «а», «б» или «в» статьи 43 расписания болезней в зависимости от уровня АД. Физиологическая (ортостатическая) протеинурия не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
14.3	73	Болезни мужских половых органов:				В настоящей статье предусматриваются доброкачественная гиперплазия, воспалительные и другие болезни предстательной железы, водянка яичка, орхит и эпидидимит; избыточная крайняя плоть, парафимоз, другие болезни мужских половых органов. По поводу заболеваний мужских половых органов по показаниям освидетельствуемым предлагается оперативное лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него медицинское освидетельствование проводится в зависимости от степени функциональных нарушений. К пункту «а» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы III–IV стадий со значительным нарушением мочевого выделения при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; отсутствие полового члена. К пункту «б» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы II стадии с умеренным нарушением мочевого выделения (наличие остаточной мочи более 100 мл, которая должна быть неоднократно подтверждена данными ультразвукового или радиоизотопного исследования, а также прямым методом (катетеризация мочевого пузыря); хронический простатит, требующий лечения пациента в стационарных условиях 3 раза и более в год (для освидетельствуемых по графе III расписания болезней); рецидивная (после повторного оперативного лечения) односторонняя или двусторонняя водянка оболочек яичка или семенного канатика с объемом жидкости более 100 мл. Однократный рецидив водянки оболочек яичка или семенного канатика не является основанием для применения пункта «б». К пункту «в» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы I стадии; хронический простатит, требующий лечения военнослужащего срочной военной службы в стационарных условиях в урологическом отделении военной организации здравоохранения 3 раза в год и более; хронический простатит с камнями предстательной железы. При наличии хронического простатита с кальцинатами предстательной железы медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи. К пункту «г» относятся: отсутствие одного яичка после его удаления по поводу заболеваний (неспецифического и доброкачественного характера), ранения или других повреждений, врожденных заболеваний; гипоплазия яичка (яичек); водянка оболочек яичка или семенного канатика с объемом жидкости менее 100 мл;
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г	

						другие болезни мужских половых органов с незначительными клиническими проявлениями. Призывники с хроническим простатитом освідательствуются по пункту «г» настоящей статьи независимо от степени выраженности заболевания. Наличие фимоза не является основанием для применения настоящей статьи и не препятствует поступлению в военные учебные заведения и МСВУ.
14.4	74	Хронические воспалительные болезни женских половых органов:				В настоящей статье предусматриваются хронические воспалительные болезни яичников, маточных труб, тазовой клетчатки, брюшины, шейки матки, влагалища, вульвы с нарушением анатомопографических взаимоотношений женских половых органов, спаечный процесс в малом тазу, сопровождающиеся расстройством функции половой сферы. Спаечный процесс должен быть подтвержден данными УЗИ органов малого таза. К пункту «а» относятся воспалительные болезни женских половых органов с выраженными клиническими проявлениями, частыми (3 раза и более в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях, с давностью заболевания более 5 лет. К пункту «б» относятся воспалительные болезни женских половых органов с умеренными клиническими проявлениями, частыми (2 раза и более в год) обострениями, требующими лечения в стационарных условиях, с давностью заболевания не менее 3 лет. К пункту «в» относятся воспалительные болезни женских половых органов с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями.
		а) со значительным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	ГО	ГО	Г	
14.5	75	Эндометриоз:				К пункту «а» относится эндометриоз с выраженными клиническими проявлениями в виде нарушения менструальной функции, болевого синдрома, требующими лечения в стационарных условиях (3 раза и более в год) или длительных курсов гормонотерапии. К пункту «б» относится эндометриоз с умеренными клиническими проявлениями, частыми (2 раза и более в год) обострениями. К пункту «в» относится эндометриоз с незначительными клиническими проявлениями и редкими обострениями.
		а) со значительным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций, без нарушения функций	ГО	ГО	Г	
14.6	76	Выпадения, свищи и другие невоспалительные болезни женских половых органов:				К пункту «а» относятся полное выпадение матки или влагалища, свищи с вовлечением половых органов (мочеполовые, кишечнополовые) при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него. Полным выпадением матки считается такое состояние, когда в положении стоя (или лежа при натуживании) вся матка выходит за пределы половой щели наружу, вывертывая за собой стенки влагалища. К пункту «б» относится опущение женских половых органов. Опущением матки и влагалища считается такое состояние, когда при натуживании половая щель зияет и из нее показывается шейка матки либо передняя или задняя стенка влагалища, но они не выходят за ее пределы. К данному пункту также относится доброкачественная дисплазия молочной железы с пролиферацией эпителия, подтвержденная данными гистологического исследования. При опущении половых органов, осложненном недержанием мочи, освидетельствование проводится по пункту «а» или «б» в зависимости от результатов лечения. При неправильном положении матки, сопровождающемся меноррагиями, другими расстройствами функции половой сферы, запорами, болями в области крестца и внизу живота (в том числе в результате послеоперационного спаечного процесса), освидетельствование проводится по пункту «в». К пункту «в» относятся: незначительные опущения стенок влагалища; рубцовые и спаечные процессы в области малого таза без болевого синдрома; доброкачественная дисплазия молочной железы без пролиферации эпителия.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	

						Неправильное положение матки без нарушения функций не является основанием для применения настоящей статьи, не препятствует прохождению военной службы, поступлению в военные учебные заведения
14.7	77	Расстройства овариально-менструальной функции:				В настоящей статье предусматриваются нарушения овариально-менструальной функции (аменорея, меноррагия, метроррагия, гипоменорея, альгодисменорея). К пункту «а» относятся: органически не обусловленные стойкие кровотечения, приводящие к анемии; климакс, сопровождающийся выраженными вазомоторными реакциями, колебаниями АД, астеноподобными приступами, расстройствами желудочно-кишечного тракта, дизурическими явлениями, болезненными ощущениями в мышцах, суставах, костях. К пункту «б» относятся нарушения овариально-менструальной функции, проявляющиеся олигоменореей, аменореей (непослеоперационной), в том числе при синдроме Штейна-Левенталя. К пункту «в» относятся половой инфантилизм при удовлетворительном общем развитии, бесплодие.
		а) со значительным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	Г	Г	Г	
14.8	78	Временные функциональные расстройства мочеполовой системы, состояние после острого заболевания, обострения хронического заболевания, удаления камня, литотрипсии или другого хирургического лечения	ВН	ВН	ВН	Призывники, перенесшие острое гломерулярное или тубулоинтерстициальное (в том числе вызванное лекарственными средствами) заболевание почек, признаются временно негодными к военной службе сроком от 6 до 12 месяцев с последующим медицинским обследованием в стационарных условиях и медицинским освидетельствованием. При благоприятном течении острых заболеваний почек военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, выносится заключение о нуждаемости во временном освобождении от исполнения служебных обязанностей и динамическом наблюдении врача-уролога. Военнослужащие срочной военной службы признаются негодными к военной службе в ССО и СпС. Заключение о нуждаемости военнослужащих в отпуске по болезни выносится только после перенесенного острого гломерулонефрита (за исключением отечно-гипертензивной формы), тубулоинтерстициального нефрита с затяжным течением и длительностью лечения в стационарных условиях более 1 месяца (по заключению врача-нефролога).
15	БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (ШИФР ПО МКБ – 10 O00 – O99)					
15.1	79	Беременность, послеродовой период и их осложнения	ВН	ВН	ВН	При токсикозе беременных легкой и средней степени тяжести выносится заключение о необходимости предоставления освобождения от исполнения служебных обязанностей, а при тяжелой степени тяжести – отпуска по болезни. При угрозе прерывания беременности заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни выносится после лечения в стационарных условиях. Военнослужащие женского пола при установлении у них беременности признаются временно негодными к военной службе в СпС, работе с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП и лазерного излучения. По настоящей статье военнослужащим женского пола предоставляются отпуска по беременности и родам, по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь. Отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет может быть предоставлен отцу-военнослужащему.
16	ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ (ШИФР ПО МКБ – 10 Q00 – Q99)					
16.1	80	Врожденные аномалии развития органов и систем:				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:
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	

		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г	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); тазовая дистопия почек; 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 стадий; 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 выступающими мышелками бедренных костей по данным рентгенографии 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 (9 мм и более), пролапс митрального или других клапанов сердца II степени (от 6 до 8,9 мм) с тяжелой регургитацией; малые аномалии сердца (избыточная трабекулярность желудочков, аномальное крепление створочных хорд, аномальное положение хорд, аномалии папиллярных мышц и другие) или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся нарушением диастолической функции желудочка (по результатам ЭхоКГ) и (или) нарушениями ритма и проводимости сердца, указанными в пунктах «а», «б», «в» статьи 42 расписания болезней; пороки и аномалии развития черепа (краниостеноз, платибазия, базиллярные импрессии, макро- или микроцефалия и другие) при стойких или медленно прогрессирующих изменениях с умеренным нарушением функции; врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью II степени;
--	--	---	----	----	---	---

					деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания II степени; односторонняя тазовая дистопия почки; 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 по данным рентгенографии 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. Через 12 месяцев после эндоваскулярного оперативного лечения или оперативного лечения на «открытом сердце» при отсутствии послеоперационных осложнений медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; пролапс митрального или других клапанов сердца I (от 3 до 5,9 мм) или II (от 6 до 8,9 мм) степеней с умеренной регургитацией и наличием органического ремоделирования клапана (увеличение толщины створки более 5 мм, вегетации, перфорация створок); малые аномалии сердца или их сочетание, изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка и сопровождающиеся низкой толерантностью к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб. При сохраненной толерантности к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб освидетельствовании проводится по пункту «г» настоящей статьи; аневризма межпредсердной перегородки при максимальной экскурсии части или всей межпредсердной перегородки в сторону правого или левого предсердия более 10 мм или суммарно общий размер экскурсии более 15 мм; деформация костей с укорочением ноги от 2 до 5 см; О-образное искривление ног (при расстоянии между выступами внутренних мыщелков бедренных костей по данным рентгенографии 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; поясничная дистопия почек с незначительным нарушением выделительной функции; аномалии почек и (или) почечных сосудов с симптоматической артериальной гипертензией, соответствующей по уровню АД I степени; солитарные кисты, единичные кисты размером более 40 мм в диаметре с клиническими проявлениями и нарушением выделительной функции почек (для освидетельствуемых по графам II, III расписания болезней). Степень нарушения выделительной функции почек оценивается по результатам внутривенной урографии, КТ почек с внутривенным усилением или радиоизотопной ренографии;
--	--	--	--	--	---

					поликистоз почки с незначительным нарушением или без нарушения выделительной функции; полное удвоение почки, подковообразная почка с незначительным нарушением выделительной функции; свищ мочеиспускательного канала от корня до середины полового члена; задержка яичек в брюшной полости, паховых каналах или у их наружных отверстий; рецидивирующие дермоидные кисты копчика после неоднократного (3 и более раз) радикального оперативного лечения; врожденный доминантный (простой) ихтиоз; врожденные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви. К пункту «г» относятся: бикуспидальный аортальный клапан без регургитации; пролапс митрального или других клапанов сердца I или II степеней с незначительной или умеренной регургитацией без органического ремоделирования клапана; открытое овальное окно; аневризма межпредсердной перегородки при максимальной экскурсии части или всей межпредсердной перегородки в сторону правого или левого предсердия 10 мм и менее или суммарно общий размер экскурсии 15 мм и менее; пороки и аномалии развития черепа без нарушения функции; односторонняя или двусторонняя микроглия; неполное удвоение почек и их элементов, дисплазии почек и другие; полное удвоение почек, подковообразная почка без нарушения выделительной функции; солитарные единичные кисты почек; задержка одного яичка в брюшной полости; задержка одного яичка в паховом канале или у его наружного отверстия; деформация костей с укорочением руки до 5 см и ноги до 2 см. В случае выявления пролапса митрального или других клапанов сердца с регургитацией или без нее как проявления классифицируемых наследственных нарушений соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенного остеогенеза и другие) медицинское освидетельствование проводится по основному заболеванию. Пролапс митрального клапана считается истинным, если он регистрируется при ЭхоКГ в двух сечениях – парастернальном и апикальном двухкамерном. 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 5 мм свидетельствует о патологических изменениях (миксоматоз и другие). Основным критерием для принятия решения о категории годности к военной службе при наличии пролапсов митрального или других клапанов является наличие или отсутствие органического ремоделирования клапана, изменение геометрии камер сердца, следствиями которых является регургитация. При отсутствии органического ремоделирования клапана медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи, а при наличии – по пунктам «в» или «б» настоящей статьи. Степень тяжести регургитации (незначительная, умеренная, тяжелая) определяется по параметрам, регистрируемым при ЭхоКГ: перешейку регургитации (vena contracta), радиусу площади проксимальной изоскоростной поверхности (PISA), площади отверстия регургитации (EROA), объему регургитации. При регистрации незначительной регургитации на аортальном клапане медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи, а при регистрации, умеренной регургитации – по пункту «в» настоящей статьи. К протоколу ЭхоКГ обязательно прилагается графическое изображение, подтверждающее выявленную степень пролабирования и (или) регургитации. Протокол ЭхоКГ должен быть подтвержден подписями врача ультразвуковой (функциональной) диагностики и начальника (заведующего) отделения, в котором проводилось ЭхоКГ. Не являются основанием для применения настоящей статьи:
--	--	--	--	--	---

						незначительная регургитация 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; малые аномалии сердца или их сочетание, не изменяющие геометрию полости левого (правого) желудочка; сакрализация V поясничного или люмбализация I крестцового позвонка, незаращение дужек указанных позвонков; гипоспадия у коронарной борозды, задержка одного яичка в паховом канале или у его наружного отверстия; изолированная деформация грудины без дыхательной недостаточности. При наличии дефектов костей черепа вследствие незаращения родничков медицинское освидетельствование проводится по статье 81 расписания болезней. 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 статьям 14 или 20 расписания болезней соответственно характеру дефекта. Лица с врожденными пороками кисти или стопы освидетельствуются по статьям 67 или 68 расписания болезней.
17	ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ (ШИФР ПО МКБ – 10 S00 – T98)					
17.1	81	Переломы костей черепа, другие повреждения, последствия повреждений черепа, оперативных вмешательств на черепе:				К пункту «а» относятся: дефекты и деформации челюстно-лицевой области после ранений и травм, не замещенные трансплантатами; анкилозы височно-нижнечелюстных суставов; ложные суставы нижней челюсти, контрактуры челюстно-лицевой области при отсутствии эффекта от лечения, в том числе оперативного, или отказе от него. Дефект костей черепа после костно-пластической трепанации определяется как дефект, замещенный аутокостью, и относится к дефекту черепа, замещенному пластическим материалом. Накладываемые после черепно-мозговой травмы диагностические фрезевые отверстия суммируются в дефект костей черепа, замещенный соединительнотканым рубцом. Лица с последствиями повреждений челюстно-лицевой области, не указанными в настоящей статье, освидетельствуются по статье 56 расписания болезней. Кандидаты для поступления в военные учебные заведения, МСВУ, имеющие дефекты костей черепа любых размеров и локализаций, негодны к поступлению в военные учебные заведения, МСВУ. Освидетельствуемые с линейными переломами свода (основания) черепа в анамнезе признаются годными к военной службе не ранее, чем через 3 года после даты травмы при условии консолидации перелома свода (основания) черепа (по результатам компьютерной томографии черепа не определяется линия перелома, имевшаяся непосредственно после травмы).
		а) с наличием инородного тела в полости черепа, с дефектом костей свода черепа более 20 см ² , незамещенным пластическим материалом	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с дефектом костей свода черепа более 20 см ² , замещенным пластическим материалом, или 8–20 см ² , не замещенным пластическим материалом, множественные переломы черепа	НГМ	НГМ	НГМ	
		в) с дефектом костей свода черепа 8–20 см ² , замещенным пластическим материалом, с дефектом от 4 до 8 см ² , незамещенным пластическим материалом, или несколькими дефектами костей свода	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

		черепе общей площадью 12 см², замещенными или не замещенными пластическим материалом г) с дефектом костей свода черепа до 4 см², с замещенным дефектом костей свода черепа от 4 до 8 см², старые вдавленные переломы, одиночные, множественные линейные переломы свода черепа, переломы основания черепа	НГМ	НГМ	ГО	
17.2	82	Переломы позвоночника, последствия оперативных вмешательств на позвоночнике; переломы костей туловища, верхних и нижних конечностей (переломы костей таза, лопатки, ключицы, грудины, ребер, плечевой, лучевой и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, других трубчатых костей): а) со значительным нарушением функций б) с умеренным нарушением функций в) с незначительным нарушением функций г) при наличии объективных данных без нарушения функций	НГИ	НГИ	НГИ	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 степеней и (или) переломы дужек двух и более позвонков; последствия компрессионных переломов одного и более позвонков II–III степеней 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, в том числе с применением спондило- и (или) корпородеза; последствия односторонних переломов костей таза с нарушением целостности тазового кольца при неудовлетворительных результатах лечения; последствия центрального вывиха головки бедренной кости с умеренным нарушением функции конечности; переломы шейки бедра при неудовлетворительных результатах лечения; осложненные переломы длинных трубчатых костей с умеренным нарушением функции конечности.

						К пункту «в» относятся: компрессионные переломы 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 позвонков I степени в виде клиновидной деформации I степени (снижение высоты передней поверхности тела позвонка на 25 процентов и более). При деформации тела позвонка (позвонков) менее 25 процентов медицинское освидетельствование проводится по пункту «г» настоящей статьи; 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 (освидетельствуемые по графе III расписания болезней освидетельствуются по пункту «г» настоящей статьи); 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. Медицинское освидетельствование призывников, которым показано удаление металлических конструкций, при отказе от их удаления проводится по пункту «г» настоящей статьи; осложненные переломы длинных трубчатых костей с незначительным нарушением функции конечности. Сросшиеся изолированные переломы отдельных костей таза без деформации тазового кольца, ключицы, ребер, грудины, лопаток, малоберцовых костей 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.
17.3	83	Травмы внутренних органов грудной, брюшной полости и таза (травматические пневмо- и гемоторакс, травма сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, тазовых органов, других органов брюшной полости, множественная тяжелая травма):				К пункту «а» относятся: последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью III степени, обширная облитерация перикарда; аневризма сердца или аорты вследствие ранения или травмы; резекция пищевода, желудка или наложение желудочно-кишечного соустья, резекция тонкой (не менее 1,5 м) или толстой (не менее 30 см) кишки вследствие ранения или травмы при значительном нарушении функций пищеварения (не поддающийся лечению демпинг-синдром, упорные поносы) или выраженном упадке питания (ИМТ 18,5 кг/м² и менее); желчные или панкреатические свищи, возникшие вследствие ранения или травмы, при неудовлетворительных результатах лечения; резекция доли печени или части поджелудочной железы вследствие ранения или травмы;
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	посттравматическое отсутствие почки при нарушении функции оставшейся почки независимо от степени его выраженности; полный разрыв промежности (разрыв, при котором целостность мышц промежности нарушена полностью и они замещены рубцовой тканью, переходящей на стенку прямой кишки, задний проход зияет и не имеет правильных очертаний); посттравматическое отсутствие полового члена. При дыхательной недостаточности II или III степени после удаления легкого, при наличии инородного тела, расположенного в корне легкого, в сердце или вблизи от крупных сосудов, независимо от наличия осложнений или функциональных нарушений граждане при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве освидетельствуются по пункту «а». Категория годности к военной службе освидетельствуемых по графе III может определяться по пункту «б». При последствиях ранений сердца, перикарда, оперативного удаления инородных тел из средостения в области крупных сосудов заключение о категории годности к военной службе освидетельствуемых по графе III определяется по статье 42 расписания болезней в зависимости от стадии нарушения общего кровообращения, при наличии дыхательной недостаточности – по пунктам «а», «б» или «в» статьи 51 расписания болезней, а освидетельствуемых по графам I, II – по пунктам «а», «б» или «в» статьи 42 расписания болезней либо по пункту «а» или «б» статьи 51 расписания болезней. При этом одновременно применяется настоящая статья. При последствиях политравмы органов двух или более полостей с умеренным нарушением их функций освидетельствование проводится по пункту «а» настоящей статьи. К пункту «б» относятся: последствия ранений и травм бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью II степени; отсутствие легкого независимо от степени дыхательной недостаточности; резекция желудка, тонкой (не менее 1 м) или толстой (не менее 20 см) кишки, наложение желудочно-кишечного соустья вследствие ранения или травмы с редкими проявлениями демпинг-синдрома (неустойчивый стул, нарушение питания); наложение билиодигестивных или панкреатодигестивных анастомозов вследствие ранения или травмы; посттравматическое отсутствие почки при нормальной функции оставшейся почки. К пункту «в» относятся состояния после хирургических заболеваний, последствий оперативных вмешательств, ранений и травм органов грудной и брюшной полости с незначительным нарушением функции; удаление доли легкого; резекция почки; отсутствие селезенки. К пункту «г» относятся состояния (для освидетельствуемых по графе I расписания болезней – наступившие не ранее 6 месяцев с момента получения ранения или травмы) после перенесенных атипичных резекций легких без дыхательной недостаточности, торакотомий или лапаротомий в целях остановки кровотечения, ликвидации пневмо- или гемоторакса, ушивания ран кишечника, желудка, печени с исходом в выздоровление. В отношении военнослужащих после атипичной резекции легкого без дыхательной недостаточности по завершении лечения в стационарных условиях выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни по статье 53 расписания болезней. По настоящей статье освидетельствуются также лица с последствиями оперативного лечения воспалительных заболеваний и аномалий.
17.4	84	Последствия травм кожи и подкожной клетчатки:				
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	К пункту «а» относятся: значительно ограничивающие движения в суставах или препятствующие ношению военной формы одежды, обуви или снаряжения массивные келлоидные, гипертрофические рубцы в области шеи, туловища и конечностей, спаянные

		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	с подлежащими тканями, изъязвленные или легко ранимые и часто изъязвляющиеся при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; состояния после глубоких ожогов площадью 20 и более процентов поверхности кожи или осложненных амилоидозом почек. К пункту «б» относятся: умеренно ограничивающие движения в суставах или значительно затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения неизъязвляющиеся келлоидные, гипертрофические и атрофические рубцы, а также рубцы, обезображивающие лицо, при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; последствия глубоких ожогов 50 и более процентов поверхности кожи нижней конечности. К пункту «в» относятся: незначительно ограничивающие движения в суставах или незначительно затрудняющие ношение военной формы одежды, обуви или снаряжения эластичные рубцы, неизъязвляющиеся при длительной ходьбе и других физических нагрузках; последствия глубоких ожогов с пластикой более 70 процентов поверхности кожи верхней конечности. При оценке объема движений в суставах следует руководствоваться показателями объема движений в суставах настоящего расписания. При наличии рубцов с явлениями каузалгии после безуспешного оперативного лечения заключение о категории годности к военной службе выносится по статье 26 расписания болезней. Лица с последствиями ожогов и отморожений с повреждением глаз, кистей или стоп освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней.
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	
17.5	85	Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения; последствия воздействия внешних причин (радиации, низких и высоких температур, света, повышенного давления воздуха или воды и других внешних причин), аллергические заболевания и реакции:				В настоящей статье предусматриваются последствия отравлений лекарственными средствами, КРТ, другими токсическими веществами, острого или хронического воздействия источников ЭМП, лазерного, ионизирующего излучения, других внешних причин, аллергических реакций. Медицинское освидетельствование проводится после окончания лечения в стационарных условиях. При медицинском освидетельствовании военнослужащих, перенесших лучевую болезнь, учитываются не только изменения в составе периферической крови, но и другие клинические проявления болезни. При незначительных остаточных явлениях после перенесенной военнослужащими, проходящими срочную военную службу, службу в резерве, лучевой болезни I степени, а военнослужащими, проходящими военную службу по контракту, лучевой болезни II степени медицинское освидетельствование проводится по пункту «б» настоящей статьи. Лица, перенесшие острую лучевую болезнь без каких-либо последствий, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. Военнослужащие, работающие с РВ, ИИИ и получившие облучение, превышающее годовую предельно допустимую дозу в 5 раз, направляются на медицинское обследование в стационарных условиях. При отсутствии признаков лучевой болезни военнослужащие, проходящие срочную военную службу, службу в резерве, по пункту «в» признаются негодными к работе с РВ и ИИИ, а годность к работе с РВ и ИИИ военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, определяется индивидуально. При рецидиве синдрома хронического воздействия ЭМП II–III степеней даже при благоприятном исходе заболевания военнослужащие признаются негодными к работе с источниками ЭМП. Лица, страдающие пищевой аллергией на пищевые продукты общевойскового пайка, с клиническими проявлениями по типу отека Квинке, подтвержденной результатами медицинского обследования в стационарных условиях, освидетельствуются по пункту «в» настоящей статьи. Наличие отека Квинке в анамнезе на пищевые продукты общевойскового пайка должно быть подтверждено медицинскими документами. Лица, страдающие пищевой аллергией на пищевые продукты общевойскового пайка, с другими клиническими проявлениями освидетельствуются по соответствующим статьям расписания болезней. После острых отравлений, токсико-аллергических воздействий, острых аллергических заболеваний (анафилактический шок, сывороточная болезнь, синдром Лайела, Стивенса-Джонсона, отек Квинке), воздействий других внешних причин категория годности к военной службе и службе по ВУС определяется в зависимости от исхода заболеваний и функций пораженных органов или систем по соответствующим статьям расписания болезней.
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГМ	
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО, ССО, СпС – ИНД	

17.6	86	Временные функциональные расстройства костно-мышечной системы, соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки после лечения болезней, ранений, травм, отравлений и других воздействий внешних факторов	ВН	ВН	ВН	Освидетельствуемые по графе I расписания болезней, перенесшие острые воспалительные заболевания суставов, признаются временно негодными к военной службе на 6 месяцев после окончания лечения. При отсутствии признаков воспаления в течение 6 месяцев после перенесенных острых форм воспалительных заболеваний суставов они признаются годными к военной службе. Заключение о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни выносится в случаях, когда после завершения лечения в стационарных условиях сохраняются умеренные, преходящие болевые ощущения в суставах после физической нагрузки при отсутствии клинических и лабораторных признаков воспаления и для восстановления способности исполнения обязанностей военной службы требуется 1 месяц и более. Заключение о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни при временных ограничениях движений после операций на костях и суставах, пластики или тендолиза сухожилий (кроме пальцев кисти и стопы), при неокрепших костных мозолях после переломов костей выносится в случаях, когда для восстановления способности исполнять обязанности военной службы требуется 1 месяц и более. При стойких неудовлетворительных результатах лечения последствий переломов трубчатых костей заключение о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни не выносится, а выносится заключение о категории годности к военной службе по пунктам «а», «б» или «в» статьи 82 расписания болезней. При переломах мелких костей кисти, стопы, а также лодыжек в отношении освидетельствуемых по графе II расписания болезней выносится заключение о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни или освобождения с указанием необходимых лечебных мероприятий. В отношении освидетельствуемых по графе I расписания болезней для проведения операции по удалению пластин, интрамедуллярных штифтов, болтов-стяжек и других металлических конструкций (кроме единичных шурупов, проволоки, спиц, микровинтов и микропластин) после сращения переломов длинных трубчатых костей, костей таза, костей предплюсны, плюсневых костей, пяточной, таранной костей, ключицы, лопатки, пястных костей и костей запястья выносится заключение о временной негодности к военной службе до 6 месяцев. При отказе от операции освидетельствование проводится по статье 82 расписания болезней. После переломов остистых и (или) одного-двух поперечных отростков позвонков, ушибов позвоночника, удаления штифта, пластины или других конструкций в отношении военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, выносится заключение о необходимости предоставления освобождения от служебных обязанностей. При неосложненных закрытых переломах мелких костей, не требующих лечения в стационарных условиях, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, разрешается освидетельствовать амбулаторно с вынесением заключения о необходимости предоставления им отпуска по болезни или освобождения от служебных обязанностей. При неосложненных закрытых переломах трубчатых или других костей, требующих только иммобилизации гипсовой повязкой, освидетельствуемые по графе III расписания болезней могут быть выписаны из военных медицинских организаций для амбулаторного лечения до снятия гипсовой повязки с вынесением заключения о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни или освобождения. Курсантов военного учебного заведения для продолжения лечения целесообразно помещать в лазарет военного учебного заведения, а военнослужащих, проходящих срочную военную службу, – в медицинские пункты воинских частей при наличии там необходимых условий для пребывания указанных пациентов с обязательным осмотром у врача-хирурга (врача-травматолога) не реже 1 раза в месяц. Освидетельствование указанных лиц для определения необходимости предоставления отпуска по болезни проводится после завершения лечения в лазарете военного учебного заведения, медицинском пункте воинской части. При необходимости военнослужащие могут быть госпитализированы повторно. Основанием для вынесения заключения о необходимости предоставления военнослужащим отпуска по болезни при последствиях травм челюстей и мягких тканей лица являются замедленная консолидация переломов, наличие плотных рубцов или переломов, потребовавших сложных методов хирургического или ортопедического лечения, а также переломы, сопровождающиеся травматическим остеомиелитом.
------	----	--	----	----	----	--

						При оценке объема движений в суставах следует руководствоваться показателями объема движений в суставах настоящего приложения. При остаточных явлениях после острых экзогенных воздействий и интоксикаций освидетельствуемые по графе I расписания болезней признаются временно негодными к военной службе до 6 месяцев. В дальнейшем категория годности к военной службе определяется по статье 85 расписания болезней в зависимости от степени восстановления функций органов и систем.
18	ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ (ШИФР ПО МКБ – 10 R00 – R99)					
18.1	87	Недостаточное физическое развитие:				Освидетельствуемые по графам I, II расписания болезней с хорошим физическим развитием, пропорциональным телосложением, массой тела не менее 45 кг и ростом не менее 150 см признаются годными к военной службе и предназначаются по видам и родам войск в соответствии с приложениями 2–5.
		а) масса тела менее 45 кг, рост менее 150 см	НГМ	НГМ	–	
		б) то же, впервые выявленное при приписке или при призыве на срочную военную службу, службу в резерве	ВН	–	–	Освидетельствуемые по графе I расписания болезней с массой тела менее 45 кг и (или) ростом менее 150 см подлежат медицинскому обследованию с участием врача-эндокринолога. На основании пункта «б») указанные лица признаются временно негодными к военной службе на 12 месяцев. При сохраняющемся недостаточном физическом развитии медицинское освидетельствование проводится по пункту «а».
18.2	88	Энкопрез, энурез	НГМ	НГМ	ГО	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.
18.3	89	Нарушения речи:				При наличии нарушений речи освидетельствуемый подвергается углубленному медицинскому обследованию с привлечением врача-оториноларинголога, врача-невролога, врача-психиатра и учителя-логопеда, работающего в государственной организации здравоохранения. Заключение о категории годности к военной службе выносится на основании данных обследования и изучения документов, полученных из воинской части, военного комиссариата, государственной (военной) организации здравоохранения или с места учебы (работы) до поступления на военную службу и характеризующих состояние здоровья.
		а) высокая степень заикания, охватывающая весь речевой аппарат, с нарушением дыхания и резкими невротическими проявлениями, другие нарушения речи, делающие ее малопонятной	НГМ	НГМ	НГМ	Степень выраженности заикания определяется путем динамического наблюдения за состоянием речевой функции в различных условиях и оценивается по ее состоянию в моменты наиболее выраженного проявления заболевания. Существенное значение в экспертной оценке имеют характеристика командования и указание о том, в какой мере заикание освидетельствуемого отражается на исполнении им обязанностей военной службы по занимаемой воинской должности. К пункту «в») относятся случаи расстройства речи, проявляющегося лишь в задержке произношения, «спотыкании» в начале фразы, остальные слова небольшой фразы произносятся (на одном дыхании) свободно или слегка замедленно, но без повторения слогов. Стойкое заикание или косноязычие в любой степени является препятствием к поступлению и обучению в МВСУ. Случаи произношения отдельных звуков или замену их на другие не является основанием для применения настоящей статьи.
		б) умеренное заикание и другие нарушения речи, делающие ее недостаточно внятной	НГМ	НГМ	ГО, ССО – ИНД	
		в) незначительно выраженное заикание или другие нарушения, не вызывающие невнятную речь	ГО	ГО	Г, ССО, СпС – ИНД	

Приложение 2
к Инструкции об определении
требований к состоянию
здоровья граждан, связанных
с воинской обязанностью
(в редакции постановления
Министерства обороны
Республики Беларусь
и Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.01.2023 № 1/10)

ПОКАЗАТЕЛИ
физического развития, перечня болезней и статей расписания болезней для граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, поступлении на военную службу по контракту на должности, замещаемые солдатами, сержантами, старшинами, военнослужащих, проходящих срочную военную службу, службу в резерве

№ п/п	Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней		Графы предназначения											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
			Наименования соединений, воинских частей и подразделений Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований, органов и организаций, воинских должностей.											
			Графы предназначения											
			основные подразделения соединений, воинских частей специального назначения (в том числе ССО Вооруженных Сил), рота почетного караула (далее – РПК)	десантные соединения ССО Вооруженных Сил, воинские формирования Комитета государственной безопасности	органы пограничной службы	специальные милицейские соединения и воинские части	механики-водители и члены экипажей танков, самоходно-артиллерийских установок, инженерных машин на базе танков и тягачей	специальные сооружения	механики-водители (водители), члены экипажей боевых машин пехоты, бронетранспортеров и пусковых установок ракетных воинских частей	воинские части по охране объектов Вооруженных Сил и Министерства внутренних дел	соединения, воинские части и подразделения радиационной, химической и биологической защиты, специалисты горючих и смазочных материалов	соединения, воинские части и подразделения ракетных, зенитных ракетных войск	соединения, воинские части и подразделения радиоэлектронной борьбы, радиотехнических войск, войск связи, подразделения обеспечения, а также воинские должности, не связанные с систематическим совершением прыжков с парашютом, соединений и воинских частей ССО Вооруженных Сил, соединений, воинских частей специального назначения и специальных милицейских частей внутренних войск	остальные воинские части Вооруженных Сил, других войск, воинских формирований, органов и организаций
1	Рост	не выше	185, РПК – 195				175	180	180					
		не ниже	165, РПК – 185	165	155	165				155				

2	Орган зрения	острота зрения для дали не ниже	без коррекции		0,6/0,6	0,6/0,6	0,6/0,6	0,5/0,5	0,5/0,4 механики-водители – 0,8/0,4	0,5/0,1	0,5/0,1 механики-водители – 0,8/0,4	0,5/0,1	0,5/0,1	0,5/0,1	для ССО – 0,6/0,6	
			с коррекцией											0,5/0,1	0,5/0,1 или 0,4/0,4	
		цветовосприятие	дихромазия		НГ	НГ			механики-водители – НГ	НГ	механики-водители – НГ		НГ			
			цветослабость	III степени (А) или II степени (В)	НГ	НГ			механики-водители – НГ	НГ	механики-водители – НГ		НГ			
	I степени (С)										НГ					
3	Шепотная речь (м), не менее				6/6	6/6	6/6	6/6	6/6, члены экипажа – 4/4	5/5	6/6, члены экипажа – 4/4	6/6	5/5	5/5	5/5	2/4 или 3/3
4	К статье 1 Состояния после перенесенных вирусного гепатита, тифопаратифозных заболеваний с исходом в полное выздоровление и стойкостью ремиссии в течение 12 месяцев				НГ	НГ										
5	Статья 2 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ						
6	Статья 13 (пункт «д») (при ожирении I степени – годны по графам 1–12)				НГ	НГ										
7	К статье 13 Ожирение II степени				НГ	НГ	НГ		НГ							
8	Статья 14 (пункт «г»), статья 16 (пункт «в»), а также в анамнезе отсрочка по статье 14 (пункт «в»), статье 16 (пункт «в») или по психическим расстройствам при острых или хронических инфекциях с исходом в полное выздоровление и при отсутствии явлений органического поражения центральной нервной системы				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
9	Статья 22 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ									
10	Статья 23 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ								
11	Статья 24 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
12	Статья 25 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ	механики-водители – НГ							
13	Статья 26 (пункт «г»), статья 27 (пункт «г»)				НГ	НГ										
14	Статья 29 (пункт «в»)				НГ	НГ	НГ	НГ								
15	К статье 29 Другие аллергические заболевания конъюнктивы, прогрессирующая истинная крыловидная плева				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ				
16	Статья 30 (пункт «в»)				НГ	НГ			НГ							
17	Статья 33 (пункт «б»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	механики-водители – НГ	НГ				
18	Статья 34 (пункт «г»), статья 34 (пункт «в»)				НГ	НГ	НГ		НГ		механики-водители – НГ					
19	Статья 37, статья 38 (пункт «б»), статья 39 (пункт «в»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ					

50	К статье 80 Пролапсы клапанов сердца I, II степеней с умеренной регургитацией	НГ	НГ	НГ								
51	К статье 80 Врожденная деформация грудной клетки без нарушения функции внешнего дыхания, пороки и аномалии развития черепа без нарушения функции, микротия, укорочение руки до 3 см или ноги до 1 см, удвоение почек без нарушения выделительной функции	НГ										
52	Статья 82 (пункт «г»), статья 83 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ							
53	Статья 89 (пункт «в»)	НГ										

Приложение 3
к Инструкции об определении требований
к состоянию здоровья граждан, связанных
с воинской обязанностью

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
для граждан при отборе для прохождения военной службы и военнослужащих, проходящих военную службу с РВ, ИИИ, КРТ, ЭМП и лазерного излучения

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

Статья 13-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Недостаточная масса тела с ИМТ менее 18,0 кг/м ²	НГ	НГ	НГ	
Ожирение I степени с ИМТ от 33,0 до 34,9 кг/м ²	НГ	НГ	НГ	
Ожирение II степени с ИМТ от 35,0 до 37,0 кг/м ²	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 14-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 16-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 18-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 19-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 22-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 23-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 24-г	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 25-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 26-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Катаракта	НГ	НГ	НГ	НГ
Дегенеративно-дистрофические заболевания сетчатки глаза	ИНД	ИНД	НГ	НГ
Хронические конъюнктивиты, блефариты	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 31-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 32-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 33-б	НГ	НГ	НГ	НГ
Экзема наружного слухового прохода, ушной раковины, околоушной области	НГ	НГ	ИНД	
Статья 38-б	НГ	НГ		
Статья 40-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 42-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 43-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 44-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 45-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 46-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 47-а	ИНД	ИНД	НГ	ИНД
Статья 47-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 49-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Распространенные субатрофические изменения всех отделов верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит	НГ	НГ		
Статья 51-в	НГ	НГ	ИНД	ИНД
Статья 52-в	НГ	НГ	НГ	
Лейкоплакия и облигатные преканцерозы (абразивный хейлит Манганати, болезнь Брауна и другие)	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 57-в	НГ	НГ	НГ	НГ
К статье 57	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки с редкими рецидивами без осложнений				
Статья 58-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 59-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 60-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 62-б	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 62-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД

Статья 64-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 67-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Обменные полиартриты с незначительным нарушением функций	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 71-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 72-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 73-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 76-в	ИНД	ИНД	ИНД	
Статья 79	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 80-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 81-г	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 82-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 83-в	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Статья 85-в	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 88	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 89-б	ИНД	ИНД	ИНД	ИНД
Состояние после лучевой болезни	НГ	НГ	НГ	НГ
Стойкие изменения состава периферической крови (содержание гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин, количество лейкоцитов менее 4,5 x 10 ⁹ /л, количество тромбоцитов менее 180 x 10 ⁹ /л)	НГ	НГ	НГ	НГ

Приложение 4
к Инструкции об определении требований
к состоянию здоровья граждан, связанных
с воинской обязанностью

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
для граждан при отборе для обучения и прохождения военной службы и военнослужащих, проходящих
военную службу по отдельным ВУС

Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней	Графы предназначения													
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	водолаз-глубоководник, акванавт	водолаз, водолазный специалист, другие специа-листы, работающие в условиях повышенного давления газовой среды	специалист оптических средств измерения (дально-мерщик, визирщик), специалист средств управления ракетным оружием (штурман-ский	специа-лист радио-техни-ческих средств наблю-дения (радио-метр-ист)	специа-лист управ-ления средствами радиосвязи (радио-телегра-фист)	авиа-цион-ный меха-ник	механик воинской части и подразде-ления обеспечения ВВС и войск ПВО (специалист тепловых машин, кислородчик, компрес-	оператор радио-локационной станции, а также лица, работающие с дисплеями и другими блоками отобра-жения инфор-мации,	оператор противо-танкового управ-ляемого реактивного снаряда	верхолаз, крановщик башенного, козлового, мостового, гусеничного, автомо-бильного и железно-дорожного кранов	водитель железнодорожного тран-спорта	электро-монтер, электро-слесарь, обслужи-вающий дейст-вующие электро-установки	пожар-ный	оператор котельной (кочегар)

						электрик ракетного оружия, специалист приборного управления стрельбой), оператор центрального поста управления				сорщик и другие)	операторы беспилотных летательных аппаратов						
Рост (см)				170-180	170-180												
Орган зрения	острота зрения не ниже	без коррекции	для дали	0,6/0,6	0,6/0,6, по графе III от 0,3/0,3 до 0,5/0,5 – ИНД	1,0/1,0						0,6/0,6	верхолазы 0,5/0,2, крановщики – 0,8/0,4	1,0/1,0		0,8/0,5	
			для близи			1,0/1,0	0,8/0,8					1,0/1,0		1,0/1,0			
		для дали с коррекцией					0,8/0,8	0,5/0,2	0,5/0,5	0,5/0,5	0,7/0,5				0,5/0,2		0,5/0,2
	рефракция (в дптр) не более	близорукость		0,5/0,5	0,5/0,5	НГ	3,0/3,0	6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	2,0/2,0		0,5/0,5			
		дальнозоркость			1,0/1,0	НГ	НГ	3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	2,0/2,0		1,0/1,0			
		астигматизм		0,5/0,5	0,5/0,5	НГ	1,0/1,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	1,0/1,0		0,5/0,5			
	цветовосприятие	дихромазия		НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		
		цветослабость	III ст. (А) или II ст. (В)	НГ	НГ	НГ	НГ			НГ	НГ		НГ				
			I ст. (С)			НГ								НГ			
Слух		шепотная речь (м), не менее		6/6	6/6, по графе III – 4/4	6/6	6/6	6/6			6/6	6/6	1/4 или 3/3	6/6	1/4 или 3/3	6/6	1/4 или 3/3
Статья 2-г				НГ	НГ											НГ	НГ
К статье 10 Множественные бородавчатые и пигментные невусы				НГ	НГ												
К статье 13 Недостаточная масса тела с ИМТ менее 18,0 кг/м²				НГ	НГ	НГ							НГ			НГ	
Ожирение I степени				НГ	НГ	НГ										НГ	
Статья 14-г				НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 16-в				НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 18-г				НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 19-в				НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	

[illegible]

[illegible]

Статья 80-г	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ			НГ	
Старый вдавленный перелом костей свода черепа без признаков органического поражения и нарушения функций центральной нервной системы	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 83-в	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
Статья 82-в	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 82-г	НГ	НГ								НГ			НГ	
Статья 83-г	НГ	НГ	НГ	НГ									НГ	
Статья 84-в	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 85-в	НГ	НГ	НГ	НГ						НГ	НГ		НГ	
Статья 89-б	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ				НГ	НГ	НГ		НГ	

Приложение 5
к Инструкции об определении
требований к состоянию
здоровья граждан, связанных
с воинской обязанностью
(в редакции постановления
Министерства обороны
Республики Беларусь
и Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.01.2023 № 1/10)

ПОКАЗАТЕЛИ
физического развития для граждан при поступлении в военные учебные заведения и МСВУ

№ п/п	Показатели физического развития, перечень болезней и статей расписания болезней	Графы предназначения				
		31	32	33	34	35
		Граждане до 18 лет	Граждане, не состоящие на военной службе. Военнослужащие, не имеющие офицерских званий			
		МСВУ	военные учебные заведения, в которых осуществляется подготовка специалистов по управлению мобильными подразделениями, подразделениями войсковой и специальной разведки, других специалистов с воздушно- десантной подготовкой, военные учебные заведения	военные учебные заведения по подготовке специалистов по управлению мотострелковыми и танковыми подразделениями	военные учебные заведения противовоздушной обороны, связи, авиационные (кроме подготовки летного состава), по подготовке специалистов по управлению подразделениями ракетных войск и артиллерии, специалистов радиационной, химической и биологической защиты	другие военные учебные заведения, обеспечивающие получение высшего образования

					органов пограничной службы, внутренних войск					
1	Рост (см)			не выше			танковые – 175			
				не ниже		155, для ССО – 170	150	150	150	
2	Орган зрения	острота зрения не ниже	без коррекции	для дали	0,7/0,7	0,6/0,6	0,6/0,6	0,1		
				для близи						
			с коррекцией	для дали					0,8/0,5	
				для близи						
		рефракция (в дптр) не более	близорукость		1,0/1,0	3,0/3,0	3,0/3,0	6,0/6,0	6,0/6,0	
			дальнозоркость		2,0/2,0	3,0/3,0	3,0/3,0	8,0/8,0	8,0/8,0	
			астигматизм		1,0/1,0	2,0/2,0	2,0/2,0	4,0/4,0	4,0/4,0	
		цветоощущение	дихромазия		НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
			цветослабость	III степени (А) или II степени (В)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
				I степени (С)				химической защиты – НГ		
3	Шепотная речь (м), не менее				6/6	6/6	6/6	6/6	5/5	
4	Статья 2 (пункт «г»), статья 3 (пункт «г»), статья 6 (пункт «в»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
5	Статья 13 (пункт «д»)				НГ	НГ	НГ	НГ		
6	К статье 13 Недостаточная масса тела с индексом массы тела менее 16,9 кг/м² Ожирение I степени					НГ				
7	Ожирение II степени				НГ	НГ	НГ			
8	Статья 14 (пункт «г»), статья 16 (пункт «в»), статья 18 (пункт «г»), статья 19 (пункт «в»), статья 22 (пункт «г»), статья 23 (пункт «г»), статья 25 (пункт «г»), статья 26 (пункт «г»), статья 27 (пункт «г»), статья 29 (пункт «в»), статья 33 (пункт «б»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
9	Спазм или паралич аккомодации на одном глазу, непрогрессирующая атрофия зрительного нерва нетравматической этиологии				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
10	Статья 38 (пункт «б»), статья 39 (пункт «в»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
11	Статья 42 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
12	К статье 42 Пролапсы клапанов сердца I степени с незначительной регургитацией или без регургитации				НГ	НГ				
13	Статья 43 (пункт «г»)				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	
14	К статье 43 (пункт «г») Артериальная гипертензия I степени без поражения органов- мишеней				НГ	НГ	НГ	НГ		
15	Статья 45 (пункт «г»), статья 46 (пункт «в»), статья 47 (пункт «б»)				НГ	НГ	НГ			
16	Статья 49 (пункт «в»), статья 51 (пункт «в»), статья 54 (пункт «а»), статья 54 (пункт «б»), статья 55 (пункт «б»), стойкие, не поддающиеся лечению стоматиты, гингивиты, хейлиты				НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	

17	Статья 49 (пункт «г»), статья 49 (пункт «д»)	НГ	НГ			
18	Статья 52 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	
19	Статья 55 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ	
20	Статья 56 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ		
21	Статья 57 (пункт «г»)	НГ	НГ			
22	К статье 57 (пункт «г») Язва желудка или 12-перстной кишки	НГ	НГ	НГ	НГ	
23	Статья 59 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	
24	Статья 62 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ		
25	Статья 65 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
26	Статья 66 (пункт «г»)	НГ	НГ			
27	К статье 66 Сколиоз II степени с углом искривления 18 градусов и более, кифоз III степени (кроме кифоза III степени, указанного в пояснениях к применению пункта «в» статьи 66 расписания болезней)	НГ	НГ	НГ	НГ	
28	Статья 67 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
29	Статья 68 (пункт «г»)	НГ	НГ			
30	К статье 68 (пункт «г») Продольное плоскостопие III степени без артроза	НГ	НГ	НГ	НГ	
31	Статья 72 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
32	К статье 72 (пункт «г») Односторонний или двусторонний нефроптоз I стадии без нарушения выделительной функции	НГ	НГ	НГ		
33	Статья 73 (пункт «г»)	НГ	НГ			
34	Статья 74 (пункт «в»), статья 75 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ		
35	Статья 76 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
36	Статья 77 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ		
37	Статья 79	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
38	Статья 80 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ
39	К статье 80 (пункт «г») Пролапсы клапанов сердца I степени с незначительной регургитацией или без регургитации	НГ	НГ			
40	К статье 80 (пункт «г») Аневризма межпредсердной перегородки, открытое овальное окно, двустворчатый аортальный клапан без регургитации, дефект межпредсердной перегородки или дефект межжелудочковой перегородки через год после хирургического лечения, удвоение почек без нарушения выделительной функции, кисты почек без нарушения выделительной функции, задержка одного яичка в брюшной полости, в паховом канале или у его наружного отверстия, деформация костей с укорочением руки до 5 см и ноги до 2 см, деформация грудной клетки без нарушения функции внешнего дыхания	НГ	НГ	НГ		
41	Статья 82 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	

42	Статья 83 (пункт «г»), статья 89 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ	
----	--	----	----	----	----	--