

**Об изменении постановления Министерства обороны
Республики Беларусь и Министерства
здравоохранения Республики Беларусь от 3 января
2020 г. № 1/1**

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. Внести в Инструкцию об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью, утвержденную постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2020 г. № 1/1, следующие изменения:

в абзаце шестом части первой пункта 2 цифры «37» заменить цифрами «35»;

абзац второй пункта 5 изложить в следующей редакции:

«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;»;

в приложении 1 к этой Инструкции:

подпункт 4.2 пункта 4 изложить в следующей редакции:

«4.2	13	Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ:			К пункту «а» относятся: заболевания гипофиза, 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, гангреной стопы, невропатическими отеками, остеоартропатиями (синдром диабетической стопы); при рецидивирующих гипогликемических и кетоацидотических состояниях, гипогликемических и диабетических комах. К пункту «б» относятся: заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, с умеренным нарушением функций в состоянии 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). К пункту «в» относятся:
		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ
		б) с умеренным нарушением функций; ожирение III степени	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД
		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

					заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез, а также заболевания щитовидной железы, не вошедшие в статью 12 расписания болезней, в состоянии клинико-гормональной компенсации на фоне медикаментозной терапии; диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова), в состоянии клинико-гормональной компенсации без назначения медикаментозной терапии; состояние после медицинских вмешательств на эндокринной железе (оперативное удаление, в том числе частичное, лучевая терапия и другие) при клинико-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 клинико-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: $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса тела (кг)} / \text{квадрат величины роста (м}^2\text{)}$. 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/м² – ожирение II степени;
--	--	--	--	--	--

ИМТ 40,0 кг/м² и более – ожирение III степени.»;

подпункт 6.3 пункта 6 изложить в следующей редакции:

«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, спиноцереbellарные дегенерации, опухоли головного, спинного мозга, детский церебральный паралич, врожденные аномалии (пороки развития), болезни нервно-мышечного соединения и мышц, а также другие болезни центральной нервной системы (гидроцефалия, церебральная киста и другие). К пункту «а» относятся тяжелые врожденные аномалии (пороки развития) и болезни нервной системы, а также болезни с быстро прогрессирующим течением или сопровождающиеся резким нарушением функций (опухоль головного, спинного мозга, сирингомиелия с резко выраженными нарушениями трофики, боковой амиотрофический склероз, миастения, 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	

в пункте 7:

подпункты 7.2 и 7.3 изложить в следующей редакции:

«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: заболевания с прогрессирующим снижением зрительных функций и не поддающиеся консервативному или оперативному лечению; состояния после кератопротезирования на одном или обоих глазах;
		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	тапеторетинальные абиотрофии независимо от функций глаза. Пигментная дегенерация сетчатой оболочки с пигментом или без него в сочетании с расстройством темновой адаптации (гемералопией) должна быть подтверждена 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, артифакция 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, артифакции, 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. 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 переливчатость, радужность, глыбки, зернышки и вакуоли хрусталика, обнаруживаемые только при исследовании со щелевой лампой, а также врожденное отложение пигмента на передней капсуле хрусталика, не понижающие
	в) умеренно выраженные, не прогрессирующие с редкими обострениями на одном глазу	ГО	ГО	Г	

						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	

подпункт 7.6 изложить в следующей редакции:

«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	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

		и до 12,0 дптр, либо астигматизм любого вида на любом глазу с разницей рефракции в двух главных меридианах более 4,0 дптр и до 6,0 дптр				
		в) 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	

в пункте 9:

подпункты 9.1 и 9.2 изложить в следующей редакции:

«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.
		а) с хронической сердечной	НГИ	НГИ	

		недостаточностью III стадии				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).
		б) с хронической сердечной недостаточностью II стадии	НГИ	НГИ	НГМ, ГНС – ИНД	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.
		в) с хронической сердечной недостаточностью I стадии	НГМ	НГМ	ГО	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.
		г) без хронической сердечной недостаточности	ГО	ГО	Г	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; - 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 лекарственные 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 полиморфная 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); синоатриальная (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 ЭхоКГ, 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 систолическое АД равно 140 мм рт. ст. или выше и (или) диастолическое АД равно 90 мм рт. ст. или выше. Если значения систолического АД и диастолического АД попадают в различные категории, выставляется степень артериальной гипертензии по более высоким показателям АД. Артериальная гипертензия, при которой повышение АД обусловлено известными или устраняемыми причинами, рассматривается как симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия. К пункту «а» относятся артериальная гипертензия III степени и быстро прогрессирующая (злокачественная) форма артериальной гипертензии.
		а) III степени	НГИ	НГИ	НГИ, НГМ – ИНД	
		б) II степени с поражением 2 и более органов-мишеней	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

		в) I степени или II степени с поражением I органа-мишени или при наличии ассоциированных клинических состояний (далее – АКС)	НГМ	НГМ	ГО, СпС – ИНД	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 I органа-мишени и (или) АКС, в том числе впервые выявленная; - артериальная гипертензия I степени с поражением I 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 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.
		г) I или II степени без поражения органов-мишеней или АКС	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

					Военнослужащие срочной военной службы при наличии артериальной гипертензии II степени без поражения органов-мишеней, рефрактерной к комбинированной гипотензивной терапии, проводимой более 3 месяцев, освивдательствуются 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 освивдательствовании 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, освивдательствование 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.»;
--	--	--	--	--	--

подпункты 9.4 и 9.5 изложить в следующей редакции:

«9.4	45	Болезни и последствия повреждения аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов:				При наличии показаний освивдательствуемым предлагается оперативное лечение. При неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него категория годности к военной службе определяется в зависимости от выраженности патологического процесса.
		а) со значительным нарушением кровообращения и функций	НГИ	НГИ	НГИ	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). К пункту «а» относятся:
		б) с умеренным нарушением кровообращения и функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	артериальные и артериовенозные аневризмы магистральных сосудов; облитерирующий атеросклероз, эндартериит, тромбангиит, аортоартериит при декомпенсированных ишемиях конечностей (гангренозно-некротическая стадия);
		в) с незначительным нарушением кровообращения и функций	НГМ	НГМ	ГО	атеросклероз брюшного отдела аорты с частичной или полной облитерацией просвета ее висцеральных ветвей, подвздошных артерий с резким нарушением функций органов и дистального кровообращения; тромбоз воротной или поллой вены; часто рецидивирующий тромбофлебит, флеботромбоз, посттромботическая и варикозная болезни нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью Сб (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 C5 (зажившая венозная язва) и C4 (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 IIА – IIБ 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 C3 (постоянный отек ноги, не проходящий за период ночного отдыха без трофических нарушений) и C2 (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 венозной 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 венозной 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 венозной 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 венозной 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:				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.»;
		а) с частыми обострениями и вторичной анемией	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		б) с выпадением узлов	НГМ	НГМ	ГО	
		в) без выпадения узлов	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	

в пункте 10:

подпункт 10.1 изложить в следующей редакции:

«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, 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.
		а) значительно выраженный зловонный насморк (озена), склерома верхних дыхательных путей	НГМ	НГМ	НГМ	
		б) полипозные синуситы, сопровождающиеся стойким затруднением носового дыхания,	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	

	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				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 шпателью или их зондировании, грубые рубцы на небных миндалинах, гиперемия и отечность небных дужек и сращение их с миндалинами, наличие в подэпителиальном слое нагноившихся фолликулов, увеличение лимфатических узлов шеи. Только такая форма хронического тонзиллита является 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. 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 транссудата 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.»;
	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	

подпункт 10.4 изложить в следующей редакции:

«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 необходимости 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	

подпункт 11.6 пункта 11 изложить в следующей редакции:

«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/м ²) и (или) с нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом; осложнения спустя год после операции на поджелудочной железе (свищи и другие);
		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	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;
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	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); 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.»;

подпункт 12.1 пункта 12 изложить в следующей редакции:

«12.1	62	Болезни кожи и подкожной клетчатки:			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.
		а) трудно поддающиеся лечению	НГИ	НГИ	

		распространенные формы хронической экземы, тяжелые и осложненные формы псориаза, атопический дерматит с распространенной лихенификацией кожного покрова, пузырчатка, герпетиформный дерматит, другие генодерматозы				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. 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 раза 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. К пункту «б» относятся: множественные конглобатные акне; приобретенные кератодермии ладоней, нарушающие функцию кистей, а также подошв, затрудняющие ходьбу и ношение стандартной обуви;
		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	ограниченные и часто рецидивирующие (2 и более раза 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. 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. 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.»;
		в) приобретенный ихтиоз, распространенные и тотальные формы гнездной плешивости	НГМ	НГМ	ГО	

	г) ограниченные формы псориаза (в том числе часто и редко рецидивирующие), редко рецидивирующие формы ограниченной экземы, ограниченные формы экземы в стойкой ремиссии, гнездной плешивости, ксеродермии, фолликулярного ихтиоза, атопический дерматит без лихенификации кожного покрова, ограниченная склеродермия (при любых формах заболевания)	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	
--	---	----	----	--------------	--

в пункте 13:

подпункты 13.2 и 13.3 изложить в следующей редакции:

«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;
	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	дефект костей более 1 см с нестабильностью конечности; остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров, длительно незаживающих или часто (2 и более раз 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 раз в год) вывихи крупных суставов, возникающие вследствие незначительных физических нагрузок, с выраженной неустойчивостью (разболтанностью) или рецидивирующим синовиитом 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. К пункту «в» относятся: - редкие (менее 3 раз в год) вывихи плечевого сустава, неустойчивость и синовиит 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 остео дистрофии 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 выносится заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни до 45 суток, с последующим освобождением от строевой, физической подготовки и управления транспортными средствами всех видов на 6 месяцев, а после лечения нестабильности коленного сустава, обусловленной повреждением связок и капсулы, – на 12 месяцев. При кистозном перерождении костей и отсекающем остеохондрозе крупного сустава предлагается оперативное лечение. При отказе от оперативного лечения или его неудовлетворительных результатах заключение о категории годности к военной службе выносится в зависимости от степени нарушения функций конечности или сустава. 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: врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника, подтвержденные рентгенологически клиновидными деформациями тел позвонков, их ротацией в местах наибольшего изгиба позвоночника (кифозы, сколиозы IV степени и другие) и сопровождающиеся резкой деформацией грудной клетки (реберный горб и другие), а также нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу; анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) с частыми обострениями (3 и более раза в год); врожденный и (или) приобретенный 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; распространенный остеохондроз IV степени всех отделов позвоночника с болевым синдромом, подтвержденный данными медицинских документов, корешковыми и (или) проводниковыми расстройствами; фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье); распространенный деформирующий спондилез III степени всех отделов позвоночника; инфекционный спондилит с частыми (3 и более раза в год) обострениями. К пункту «б» относятся: врожденные и приобретенные фиксированные искривления позвоночника (кифозы, сколиозы III степени) с умеренной деформацией грудной клетки и нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному типу; врожденный и (или) приобретенный 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;
		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	

					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 сопровождаются нарушением функции позвоночника, спинного мозга и его корешков и, соответственно, не нарушают функции организма в целом. Остеохондроз характеризуется первичным невоспалительным дегенеративным поражением хряща вплоть до его некроза с последующим вовлечением в процесс замыкательных пластинок смежных позвонков (склероз) и образованием краевых остеофитов. Остеофиты при остеохондрозе образуются из краевых пластинок перпендикулярно продольной оси позвоночника. Спондилез – 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-Мау) 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.»;
--	--	--	--	--	--	--

подпункт 13.5 изложить в следующей редакции:

«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.
		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	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 коггистой 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 пронижена, 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 обуви установленного военного образца; 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
						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 посттравматическое плоскостопие. 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 плюсневыми 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.»;													

в пункте 14:

подпункты 14.2 и 14.3 изложить в следующей редакции:

«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;
-------	----	--	--

		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	состояние после резекции или пластики мочевого пузыря; склероз шейки мочевого пузыря, сопровождающийся пузырно-мочеточниковым рефлюксом и вторичным двусторонним хроническим пиелонефритом или гидронефрозом;
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	стриктура уретры, требующая систематического бужирования. При посттравматическом отсутствии почки медицинское освидетельствование проводится по статье 83 расписания болезней. К пункту «б» относятся:
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	мочекаменная болезнь с частыми (3 и более раза в год) приступами почечной колики, умеренным нарушением выделительной функции почек; нефункционирующая почка или отсутствие одной почки, удаленной по поводу заболеваний, без нарушения функции другой почки;
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г, ССО – ИНД	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. 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. 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 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 мочеиспускания при неудовлетворительных результатах лечения или отказе от него; отсутствие полового члена. К пункту «б» относятся: доброкачественная гиперплазия предстательной железы II стадии с умеренным нарушением мочеиспускания (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; другие болезни мужских половых органов с незначительными клиническими проявлениями. Призывники с хроническим простатитом освидетельствуются 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.»;
		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	

подпункт 16.1 пункта 16 изложить в следующей редакции:

«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)
-------	----	--	--

		а) со значительным нарушением функций	НГИ	НГИ	НГИ	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.
		б) с умеренным нарушением функций	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	К пункту «а» относятся: комбинированные или сочетанные врожденные пороки сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии) при наличии
		в) с незначительным нарушением функций	НГМ	НГМ	ГО	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;
		г) при наличии объективных данных без нарушения функций	ГО	ГО	Г	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 выступами внутренних мыщелков бедренных костей по данным рентгенографии более 20 см) или Х-образное искривление ног (при расстоянии между внутренними лодыжками голеней 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, базилярные импрессии, макро- или микроцефалия и другие) при стойких или медленно прогрессирующих изменениях с умеренным нарушением функции; врожденные аномалии органов дыхания с дыхательной недостаточностью II степени; деформации грудной клетки с нарушением функции внешнего дыхания II степени; 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 – парастеральном 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 мониторингирования 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.»;
--	--	--	--	--	---

в пункте 17:

подпункты 17.1 и 17.2 изложить в следующей редакции:

«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 ,	НГМ	НГМ	НГМ	

		не замещенным пластическим материалом, множественные переломы черепа				
		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 черепа общей площадью 12 см ² , замещенными или не замещенными пластическим материалом	НГМ	НГМ	НГМ, ГНС – ИНД	
		г) с дефектом костей свода черепа до 4 см ² , с замещенным дефектом костей свода черепа от 4 до 8 см ² , 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	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;			

		и локтевой костей, шейки бедра и бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, других трубчатых костей):				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) корпорореза; 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
		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	

					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.»;
--	--	--	--	--	--

подпункт 17.5 изложить в следующей редакции:

«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	

приложение 2 к этой Инструкции изложить в новой редакции (прилагается);
приложение 5 к этой Инструкции изложить в новой редакции (прилагается).

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

**Министр обороны
Республики Беларусь
генерал-лейтенант
В.Г.Хренин**

**Министр здравоохранения
Республики Беларусь
Д.Л.Пиневиц**

СОГЛАСОВАНО

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Служба безопасности Президента
Республики Беларусь

Оперативно-аналитический центр
при Президенте Республики Беларусь

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 милиционные 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 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 милиционных 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					

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 04.02.2023, 8/39478)

		не ниже	165, РПК – 185	165	155	165				155				
2	Орган зрения для дали не ниже	острота зрения 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	НГ			
16	Статья 30 (пункт «в»)		НГ	НГ			НГ							
17	Статья 33 (пункт «б»)		НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	механики-водители – НГ	НГ				

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 04.02.2023, 8/39478)

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					
20	Статья 42 (пункт «г») (при пролапсах клапанов сердца I степени без регургитации или с незначительной регургитацией – годны по графам 1–12)	НГ	НГ										
21	К статье 42 Пролапсы клапанов сердца I, II степеней с умеренной регургитацией	НГ	НГ	НГ									
22	Статья 43 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ									
23	К статье 43 Артериальная гипертензия II степени без поражения органов-мишеней	НГ	НГ	НГ		НГ		НГ				НГ	
24	Статья 45 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
25	К статье 45 Варикозное расширение вен семенного канатика II степени, ангионевроз	НГ											
26	Статья 46 (пункт «в»), статья 47 (пункт «б»)	НГ	НГ										
27	Статья 49 (пункт «в»), статья 49 (пункт «д»)	НГ	НГ							НГ			
28	Статья 49 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
29	Статья 51 (пункт «в»), статья 52 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ			НГ			
30	Статья 54 (пункт «б»), статья 55 (пункт «б»), статья 55 (пункт «в»), статья 56 (пункт «в»)	НГ											
31	Статья 57 (пункт «г») (при хроническом гастрите – годны по графам 1–12)	НГ											
32	К статье 57 Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	НГ	НГ	НГ	НГ								
33	Статья 58 (пункт «г»)	НГ											
34	Статья 59 (пункт «г»)	НГ	НГ							НГ			
35	Статья 60 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
36	Статья 62 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ					НГ			
37	К статье 62 Витилиго с локализацией на лице	РПК – НГ											
38	Статья 65 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
39	Статья 66 (пункт «г»)	НГ	НГ										
40	К статье 66 Сколиоз I степени, кифоз II степени	НГ											
41	Статья 67 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
42	Статья 68 (пункт «г»)	НГ	НГ										
43	К статье 68 Продольное или поперечное плоскостопие II степени с деформирующим артрозом II стадии, продольное плоскостопие III степени без деформирующего артроза	НГ	НГ	НГ	НГ								
44	Статья 69 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ								
45	К статье 69 Укорочение руки до 3 см или ноги до 1 см	НГ											
46	Статья 72 (пункт «г»), статья 73 (пункт «г»)	НГ	НГ										
47	Статья 74 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ		НГ		НГ					

48	Статья 75 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ	НГ		НГ					
49	Статья 80 (пункт «г»)) (при пролапсах клапанов сердца I степени без регургитации или с незначительной регургитацией – годны по графам 1–12)	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, микроглия, 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 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 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,	другие военные учебные заведения, обеспечивающие получение высшего образования

					военные учебные заведения органов пограничной службы, внутренних войск		химической и биологической защиты			
1	Рост (см)			не выше			танковые – 175			
				не ниже		155, для ССО – 170	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			

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 04.02.2023, 8/39478)

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») Пропалсы 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	НГ	НГ	НГ		

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 04.02.2023, 8/39478)

	отверстия, деформация костей с укорочением руки до 5 см и ноги до 2 см, деформация грудной клетки без нарушения функции внешнего дыхания					
41	Статья 82 (пункт «г»)	НГ	НГ	НГ	НГ	
42	Статья 83 (пункт «г»), статья 89 (пункт «в»)	НГ	НГ	НГ	НГ	