

Додаток 2
до Порядку проведення медичної (лікарської)
експертизи кандидатам на службу та
співробітникам Служби судової охорони, у тому
числі особам, звільненим зі служби в Службі
судової охорони, у закладах охорони здоров'я
Міністерства внутрішніх справ України (пункт 4
розділу I)

ПОЯСНЕННЯ

щодо застосування статей Переліку захворювань і фізичних вад, що перешкоджають проходженню служби в Службі

I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00 - B99)

1. Стаття 1: стаття передбачає стани після перенесених тяжких гострих форм інфекційних і паразитарних захворювань (черевного тифу, паратифу, лептоспірозу, дифтерії, малярії, сальмонельозної інфекції тощо) з ускладненнями, а також хронічні рецидивні форми цих захворювань, які не піддаються або важко піддаються лікуванню. За наслідками цих захворювань у разі збереження стійких порушень функцій органів та систем експертне рішення (постанова) щодо придатності до служби слід приймати з урахуванням відповідних статей Переліку захворювань і фізичних вад, що перешкоджають проходженню служби в Службі (далі - Перелік захворювань);

1) у разі затяжного, рецидивного перебігу гострого інфекційного або паразитарного захворювання, паразитозів, коли протягом 2 місяців зберігаються стійкі зміни у функціональному стані органу або системи, формуються різноманітні ускладнення, особам зі стійким виділенням збудників кишкових захворювань, що не піддаються лікуванню, після завершення курсу лікування медичний огляд проводиться за пунктом «а». За цим самим пунктом проводиться медичний огляд осіб, у яких за даними стаціонарного обстеження виявлено хронічний перебіг інфекційного або паразитарного захворювання із значним або помірним порушенням функцій, що знижують працездатність;

2) до пункту «б» належать наслідки перенесених гострих інфекційних і паразитарних захворювань, хронічні захворювання за наявності стійких помірних порушень функцій, що виявляються протягом року та більше;

3) до пункту «в» належать стани після перенесених гострих інфекційних, паразитарних захворювань за наявності тимчасових функціональних розладів, коли після завершення стаціонарного лікування у хворих залишаються загальна астенизація, занепад сил, розлади харчування (протягом року після захворювання).

Медичний огляд кандидатів на службу в Службу, які перенесли гострі інфекційні та паразитарні хвороби, незалежно від ступеня тяжкості проводиться за результатами стаціонарного обстеження не раніше ніж через шість місяців після завершення курсу лікування. У разі якщо при стаціонарному обстеженні осіб, які перенесли інфекційні та паразитарні хвороби, функціональних порушень з боку органів та систем не виявлено, стаття 1 не застосовується.

2. Стаття 2:

1) до пункту «а» належать:

усі форми туберкульозу легень, респіраторної системи з бактеріовиділенням, розпадом легеневої тканини (або без них) з вираженими симптомами інтоксикації, що унеможливають проходження служби;

генералізований (міліарний) туберкульоз з переважним ураженням легень та плеври;

фістульозна (норицева) форма туберкульозного бронхоаденіту, фістульозні ураження бронхів із виділенням мікобактерій;

великі залишкові зміни в легенях, плеврі, що супроводжуються значними порушеннями функції зовнішнього дихання;

наслідки хірургічного лікування туберкульозу легень, рубцеві зміни легень та плеври із зміщенням легень та межистіння, які супроводжуються значними або помірними порушеннями

функції зовнішнього дихання, за неефективного лікування або відмови від його продовження.

Питання придатності співробітників до служби в Службі вирішується при визначеному лікарсько-експертному наслідку (результаті) лікування захворювання, загальний строк якого, ураховуючи госпітальний та санаторний періоди, може сягати 12 місяців (але не менше 3 місяців). Медичний огляд проводиться не раніше ніж через 3 місяці повного курсу лікування;

2) до пункту «б» належать усі встановлені в результаті стаціонарного обстеження форми активного туберкульозу легень, плеври або наслідки радикального хірургічного лікування без виділення мікобактерій, без розпаду легеневої тканини з помірно вираженими клінічними симптомами;

3) до пункту «в» належать усі форми туберкульозу легень, внутрішньогрудних лімфовузлів та плеври, коли в результаті тривалого госпітального та санаторно-курортного лікування досягнуто зникнення клініко-рентгенологічних симптомів хвороби: симптоми інтоксикації зникли, інфільтративні зміни в легенях переважно розсмокталися, порожнини розпаду зарубцювалися і виділення мікобактерій закінчилося. Згідно із цим самим пунктом оглядаються особи з великими залишковими змінами, з неактивними комбінованими змінами в межах 3 і більше сегментів, а також особи в найближчі 3 роки після клінічноговилікування із залишковими змінами внаслідок перенесеного туберкульозного ексудативного плевриту, наслідками хірургічного лікування при незначному порушенні або без порушення функції зовнішнього дихання.

До великих залишкових змін належать:

множинні (більше 5) компоненти первинного комплексу (вогнище Гона) і кальциновані лімфовузли розміром 1,5 см і більше;

множинні (більше 5), інтенсивні, чітко окреслені вогнища розміром 1,5 см і більше;

туберкуломи, у тому числі з розпадом;

поширений фіброз (більше 3 сегментів);

циротичні зміни будь-якої протяжності;

масивні плевральні нашарування (з кальцинацією плеври і без неї);

зміни після резекції сегмента чи частки легені, після пульмонектомії, торакопластики, плевректомії, кавернотомії, екстраплеврального пневмолізу.

Медичний огляд осіб, які перенесли туберкульозний плеврит понад 3 роки тому і не мають рентгенологічних змін у легенях, здійснюється згідно із статтею 48 Переліку захворювань залежно від ступеня порушення функції зовнішнього дихання;

4) до пункту «г» належать малі залишкові зміни післявилікуваного (у тому числі спонтанного) туберкульозу легень без порушень функцій.

До малих залишкових змін належать:

одиначні (не більше 5) компоненти первинного комплексу (вогнище Гона і кальциновані лімфатичні вузли) розміром менше 1,5 см;

одиначні (не більше 5) інтенсивні, чітко окреслені вогнища розміром менше 1,5 см;

обмежений фіброз у межах до трьох сегментів.

У разі поєднання двох і більше ознак, характерних для малих залишкових змін, слід розцінювати ці залишкові зміни як великі.

Повторний медичний огляд осіб,вилікуваних від туберкульозу легень, проводиться після обстеження у стаціонарі не раніше ніж через 3 роки після клінічноговилікування.

Особи, які перебували в контакті з хворими на туберкульоз та яким проводиться специфічна профілактика, визнаються непридатними до служби в Службі до завершення курсу специфічної профілактики.

3. Стаття 3:

1) до пункту «а» належать:

туберкульоз мозкових оболонок, головного та спинного мозку;

генералізований туберкульоз із багатоваріантним перебігом, сукупним ураженням різних органів

і систем (легень, плеври, периферичних лімфатичних залоз, мозкових оболонок, очеревини, кишечника, сечостатевого органів, кісток і суглобів, очей, шкіри тощо) незалежно від результатів лікування;

активний прогресуючий туберкульоз хребта, кісток і суглобів з розладами функцій у вигляді значних паралічів і парезів, напливними абсцесами чи норицями;

туберкульоз сечостатевого органів з розпадом та/або бактеріовиділенням;

туберкульоз очей з прогресуючим зниженням зору;

поширені і спотворювальні форми туберкульозу шкіри;

прогресуючий туберкульоз перикарда, очеревини і внутрішньочеревних лімфатичних залоз шлунка, кишечника, печінки, селезінки, ЛОР-органів;

метатуберкульозний нефросклероз;

залишкові зміни, наслідки перенесеного туберкульозу сечостатевої системи, стан після видалення нирки та іншого хірургічного лікування нирок і сечовивідних шляхів із значними порушеннями функцій (рубцеві зміни сечового міхура із значними розладами сечовипускання, стан після двосторонньої кастрації внаслідок туберкульозу) та ХНН другої - третьої стадій;

2) до пункту «б» належать активний обмежений туберкульоз хребта, кісток і суглобів, сечостатевого органів та інших позагрудних локалізацій у стадії згасання без натічників і нориць; залишкові зміни чи наслідки перенесеного туберкульозу органів сечової системи, стани після хірургічного лікування туберкульозу нирок і сечовивідних шляхів із ХНН першої стадії чи помірними розладами сечовипускання, стан після хірургічного лікування інших органів з помірними розладами функції.

До цього пункту належить активний згасаючий туберкульоз позагрудної локалізації після закінчення основного курсу специфічної терапії протягом 3–5 років;

3) до пункту «в» належить туберкульоз позагрудних локалізацій після клінічного вилікування через 3 роки, а туберкульоз хребта, трубчастих кісток та суглобів - через 5 років.

Діагноз туберкульозу позагрудної локалізації повинен бути підтверджений цитологічними, мікробіологічними, гістологічними, імунологічними та іншими методами. Лікування хворих на кістково-суглобовий туберкульоз триває не менше 9–12 місяців (сечостатевої системи - не менше 4–6 місяців).

Повторний медичний огляд співробітників Служби, вилікуваних від туберкульозу хребта, великих кісток та суглобів з метою медичної та професійної реабілітації проводиться після обстеження в стаціонарі не раніше ніж через 5 років після клінічного вилікування.

4. Стаття 4: передбачає стани після перенесених гострих та хронічних вірусних гепатитів, діагнози яких установлені після обстеження на маркери гепатитів, консультації інфекціоніста (за можливості - гепатолога);

Придатність співробітників до служби в Службі визначається залежно від ступеня порушень функцій печінки та їх стійкості. Виявлення в співробітників Служби антигенів вірусного гепатиту «В» або антитіл до вірусного гепатиту «С» є підставою для ретельного обстеження з метою виключення хронічного захворювання печінки (білірубін, АЛТ, альбумін, загальний білок, оцінка за шкалами METAVIR) згідно з клінічними протоколами. Експертне рішення (постанова) приймається після обстеження в межах амбулаторної допомоги, при важкому перебігу - у стаціонарі;

1) до пункту «а» належать гострі та хронічні вірусні гепатити, диференційовані за маркерами, що мають тяжкий або тривалий перебіг, важко лікуються або не піддаються лікуванню, а також стійкі (протягом року) значно виражені порушення функції печінки, інших органів, систем, які зберігаються після закінчення проведеного лікування;

2) пункт «б» передбачає хронічний та рецидивний перебіг вірусних гепатитів, диференційованих за маркерами, що встановлені у стаціонарі після проведення курсу лікування, із стійкими помірними порушеннями функції печінки (збільшення трансаміназ у 5–10 разів понад норму);

3) до пункту «в» належить хронічний перебіг вірусних гепатитів з проведенням лікування або без нього, з незначним порушенням функції печінки або мінімальною активністю.

Особи з хронічним ВГС підлягають лікуванню із застосуванням препаратів прямої противірусної дії з наступним визначенням СВВ12/СВВ24 та винесенням експертного рішення (постанови) через 6 місяців після закінчення лікування. Кандидатам на службу, яким проведено курс противірусної терапії хронічного ВГС, що привів до досягнення СВВ12/СВВ24 при наявності anti-HCV та за відсутності РНК ВГС при дослідженні крові методом полімеразної ланцюгової реакції (якісної або кількісної), медичний огляд за цією статтею не проводиться.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли гострий вірусний гепатит, за відсутності в них порушень функцій печінки і шлунково-кишкового тракту можуть бути визнані придатними до служби в Службі не раніше ніж через 12 місяців після закінчення лікування.

5. Стаття 5: передбачає різні клінічні стадії хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за рубриками В20–В24, та безсимптомне носійство ВІЛ (Z21).

Під час проведення медичного огляду співробітникам Служби за цією статтею обов'язковими є огляд інфекціоністом, імунологічне дослідження сироватки крові на наявність антитіл до ВІЛ, визначення рівнів вірусного навантаження та абсолютного значення CD4 Т-лімфоцитів (CD4).

Лабораторне підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться відповідно до чинної нормативної бази щодо системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу.

Наявність ВІЛ-інфекції не може виступати дискримінуючим фактором. Антиретровірусна терапія (АРТ) є єдиним способом ефективного контролю за ВІЛ-інфекцією, а досягнутий невизначуваний рівень вірусного навантаження (ВН) ВІЛ у крові внаслідок високої прихильності до прийому АРТ прирівнюється до нульового ризику передачі ретровірусів здоровим особам. Рівень CD4 є допоміжним результатом обстеження хворого та відіграє прогностичну роль для прийняття експертних рішень (постанов).

Клінічні стадії ВІЛ-інфекції визначаються на підставі класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я та чинної нормативно-правової бази. Визначені клінічні стадії ВІЛ-інфекції включають окремі нозологічні одиниці, що шифруються в МКХ-10 кодами В20–22 для клінічних стадій II–IV та В23–24 для клінічної стадії I, для безсимптомного носійства - ВІЛ – Z21.

Ступені вираженості Т-клітинної імунної недостатності визначаються рівнями CD4 за класифікацією Центрів профілактики та лікування захворювань, а саме: імунна компенсація - CD4 $\geq$ 500 кл/мкл, імунна субкомпенсація - CD4 200–499 кл/мкл, імунна декомпенсація - CD4 < 200 кл/мкл.

Рівень ВН, прийом антиретровірусних препаратів та перевага в лікуванні АРТ є допоміжними факторами у прогнозуванні клінічного перебігу ВІЛ-інфекції;

1) до пункту «а» належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії IV, а також клінічних стадій II–III за рівня CD4 < 200 кл/мкл, незалежно від рівня ВН та прийому АРТ.

За наявності ВІЛ-індукованої анемії (гемоглобін $\times$ 109/л) та/або хронічної тромбоцитопенії (<50 $\times$ 109/л) незалежно від рівня CD4 співробітники Служби оглядаються за пунктом «а».

У разі прогнозованого тривалого стаціонарного лікування або несприятливого прогнозу перебігу захворювання медичний огляд за пунктом «а» проводиться до завершення повного курсу лікування опортуністичного захворювання за рішенням лікарського консилиуму в найкоротші строки;

2) до пункту «б» належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічних стадій II–III, з рівнем CD4 $\geq$ 200 кл/мкл.

Співробітникам Служби із встановленою в минулому клінічною стадією IV, що не мають ознак прогресування ВІЛ-інфекції та віддалених наслідків раніше перенесених бактеріальних, вірусних, грибкових інфекцій та протозойних інфекцій, які приймають призначене лікування та дотримуються щоденного прийому АРТ, мають рівень CD4 $\geq$ 200 кл/мкл та невизначуваний рівень ВН, оглядаються за пунктом «б», а за рівня CD4 $\geq$ 500 кл/мкл - за пунктом «в».

За наявності кандидозу стравоходу, трахеї, бронхів чи легенів за умови перебування на АРТ, при рівні $CD4 \geq 200$ кл/мкл після проведеного протигрибкового лікування, особа оглядається за пунктом «б»;

3) до пункту «в» належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії I–III (B20, B22–B24 та Z21) та з імунною компенсацією.

Голова та члени М(ВЛ)К зобов'язані вживати необхідних заходів щодо забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам.

З метою забезпечення конфіденційності відомостей про ВІЛ-статус особи в експертному документі дозволяється формулювати діагноз як «хронічна ретровірусна інфекція».

У разі захворювання співробітника Служби протягом перших шести місяців від початку служби захворювання на ВІЛ не пов'язується з проходженням служби в Службі.

6. Стаття 6: діагнози захворювань, що належать до пунктів «а», «б», встановлюються в спеціалізованих закладах охорони здоров'я (відділеннях) після ретельного обстеження. У разі ураження сифілісом внутрішніх органів, кісток, нервової системи залежно від ступеня порушення їх функцій огляд проводиться також за відповідними статтями Переліку захворювань.

У разі діагностування в кандидатів на службу в Службу первинного, вторинного, прихованого або неуточненого сифілісу під час лікування або одразу після завершення курсу протисифілітичного лікування вони визнаються непридатними до вилікування. Критеріями вилікування слід вважати документально підтверджений факт зняття їх з диспансерного клініко-серологічного нагляду в дерматовенеролога після закінчення курсу лікування в строк, регламентований відповідними чинними інструкціями МОЗ, негативні результати лабораторних досліджень та відсутність клінічних ознак захворювання. У разі сповільненої негативації класичних серологічних реакцій на сифіліс огляд проводиться за пунктом «б».

7. Стаття 7:

1) під дію пункту «а» підпадають співробітники Служби, що хворіють на глибокі мікози, у разі незадовільних результатів їх лікування;

2) критерієм вилікування оніхомікозу для вирішення питання щодо придатності осіб до служби в Службі за наявності в них мікотичного ураження 1–3 нігтьових пластинок може вважатися факт видалення уражених нігтів або їх уражених частин при проведенні курсу системної та/або місцевої протигрибкової терапії.

II. Новоутворення (C00 – D48)

1. Стаття 8:

1) до пункту «а» належать:

новоутворення головного мозку та спинного мозку;

злоякісні новоутворення кісток та суглобів незалежно від поширеності та стадії;

злоякісні новоутворення органів та систем з віддаленими та регіонарними метастазами, рецидивами пухлин, стани після хірургічного лікування, цитостатичної, променевої терапії злоякісних новоутворень при неможливості радикального вилікування або при відмові хворого від лікування;

стани після радикального лікування злоякісних новоутворень органів і систем незалежно від наявності або відсутності функціональних порушень протягом перших 3 років;

2) до пункту «б» належать стани після радикального лікування злоякісних новоутворень органів і систем за відсутності функціональних порушень.

Після завершення 5-річного строку після успішного радикального лікування первинної пухлини в співробітників Служби медичний огляд проводиться за його результатами за відповідними статтями Переліку захворювань залежно від ступеня порушення функції.

2. Стаття 9:

1) до пункту «а» належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та

споріднених тканин, мієлодиспластичні синдроми з прогресуючим перебігом, значними змінами у складі крові, періодичними загостреннями, відсутністю або недостатнім ефектом лікування, наявністю рецидивів.

Також до пункту «а» належать:

хронічні лейкози у стадії виражених клініко-гематологічних проявів та в термінальній стадії;

лімфогранулематоз та неходжкінська лімфома IV стадії;

лімфогранулематоз та неходжкінська лімфома I–III стадій у разі неможливості досягнення стійкої ремісії з використанням препаратів I лінії, у разі рецидиву захворювання;

справжня поліцитемія в еритремійній та анемічній стадіях;

2) до пункту «б» належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин без прогресуючого перебігу з тривалим позитивним ефектом лікування та загостреннями не частіше одного разу на рік.

Хронічні мієло- та лімфопроліферативні захворювання в початковій стадії за відсутності показань до специфічного лікування або тривалий (більше 1 року) позитивний ефект від лікування препаратами I лінії;

лімфогранулематоз та неходжкінська лімфома I–III стадій за відсутності ранніх (до завершення стандартного курсу лікування) рецидивів та при досягненні стійкої (більше 1 року) ремісії після проведеного лікування;

гостра лейкемія при досягненні повної клініко-гематологічної ремісії після проведення курсів індукції та консолідації ремісії при збереженій працездатності;

справжня поліцитемія в початковій стадії;

мієлодиспластичний синдром з рефрактерною анемією за наявності незначної дисплазії лише одного еритроїдного паростка за відсутності показань до трансфузій еритромаси і збереження працездатності;

3) до пункту «в» належать:

лімфогранулематоз I–III стадій у фазі тривалої стійкої (понад 5 років після останнього курсу специфічного лікування) ремісії;

розлади стану здоров'я тимчасового характеру, зумовлені проведенням променевого або цитостатичного лікування.

3. Стаття 10: за наявності доброякісних новоутворень особам, які проходять медичний огляд, пропонується лікування та проведення експертизи за його результатами;

1) до пункту «а» належать:

новоутворення центральної чи периферичної нервової системи такі: що прогресують або призводять до паралічів, парезів кінцівок зі стійкими порушеннями чутливості або трофіки (гіпотрофії м'язів; контрактури, хронічні трофічні виразки); такі, що супроводжуються розладом функцій кори або підкоркових утворень, порушенням функції черепних нервів, ендокринними розладами, а також стійким больовим синдромом (каузалгія, неврома, що викликає різкі болі);

фіброми носоглотки з прогресуючим перебігом, середостіння з порушенням функцій органів (зміщення, здавлення, руйнування навколишніх органів);

новоутворення бронхолегеневого апарату, що супроводжуються кровохарканням, бронхостенозом, ателектазом або іншими клінічними проявами;

новоутворення органів травлення, що призводять до зниження ступеня вгодованості і потребують стаціонарного лікування;

новоутворення залоз внутрішньої секреції, що викликають порушення функції прилеглих органів унаслідок зміщення, здавлення без ендокринних розладів;

міоми матки при клінічно значущих розмірах, що супроводжуються кровотечами, які призводять до анемії, а також наявність субмукозних або субсерозних вузлів з порушенням їх кровопостачання, швидким ростом;

поширені або множинні папіломи сечового міхура, які супроводжуються дизуричними явищами

або кровотечею, що знижують працездатність;

2) до пункту «б» належать новоутворення:

органів травлення з незначним порушенням функції або без порушення функції, що не потребують стаціонарного лікування;

жіночих статевих органів, що підлягають видаленню (поліпи ендометрія, кісти, фіброми піхви тощо);

клінічно значущі міоми матки, прояви яких не підпадають під пункт «а»;

куприкові кісти та рецидивні дермоїдні куприкові кісти після хірургічного лікування;

3) до пункту «в» належать доброякісні новоутворення шкіри:

новоутворення шкіри, підшкірної тканини, відповідних кровоносних або лімфатичних судин на ділянках, які може натерти формений одяг, спорядження, взуття, що ускладнює їх носіння;

пігментні невуси значних розмірів на відкритих ділянках шкіри, що спричиняють косметичний дефект;

меланомонебезпечні невуси (гігантський пігментний невус, синій невус Яддосона, меланоз Дюбрея тощо);

гемангіоми значних розмірів, що спричиняють косметичний дефект за неможливості його усунення, або такі, що можуть утруднювати носіння форменого одягу;

вірусні бородавки - особи тимчасово непридатні, потребують лікування. Придатні після видалення.

За наявності кіст, поліпів, гемангіом внутрішніх органів придатність кандидатів на службу в Службу визначається індивідуально залежно від локалізації та ступеня порушення їх функції, у тому числі за відповідними статтями Переліку захворювань.

Радикальне хірургічне лікування доброякісних новоутворень без порушення функції не обмежує придатності осіб до служби в Службі.

III. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (E00 – E90)

1. Стаття 11: до цієї статті належать різновиди нетоксичного зоба (простий зоб, нетоксичний вузловий зоб), гіпотиреоз, тиреотоксикоз, тиреоїдит, хвороби щитоподібної залози та близькі стани, пов'язані з йодною недостатністю, інші розлади щитоподібної залози. Наявність хвороби і ступінь її прояву мають бути підтверджені ендокринологом;

1) до пункту «а» належать захворювання та патологічні стани, що знижують працездатність хворого:

вузловий та дифузний токсичний зоб тяжкого або середнього ступеня тяжкості;

гіпотиреоз тяжкого ступеня тяжкості за наявності ускладнень, що потребують призначення у складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозі 125 мкг та більше на добу.

2) до пункту «б» належать:

гіпотиреоз середнього та легкого ступеня тяжкості, що потребують призначення у складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозі до 125 мкг на добу;

легкі зворотні форми дифузного токсичного зоба;

стани після часткової струмектомії з незначним порушенням функції залози;

3) до пункту «в» належить дифузний зоб II стадії за відсутності ендокринних порушень. За цим пунктом проводиться медичний огляд співробітників Служби, які перенесли гострі та підгострі тиреоїдити, та співробітників Служби після хірургічних втручань на щитоподібній залозі в разі нормалізації її функцій після лікування.

При підозрі на наявність вузлів особам проводять ультразвукове обстеження з повторним оглядом ендокринологом. За відсутності функціональних порушень (гормони тиреоїдного профілю в межах норми) та структурних змін щитоподібної залози пальпаторні розміри 0–I патологією не вважаються. За наявності вузлового зоба та змішаного зоба III стадії рішення (постанова) щодо кандидатів на службу в Службу приймається за пунктом «б».

У разі виявлення вузлового зоба пропонується пункційна біопсія щитоподібної залози під

контролем ультразвукового дослідження із цитологією біоптату. У разі відсутності даних про новоутворення або виявлення доброякісного новоутворення медичний огляд проводиться за відповідними пунктами цієї статті або статті 10 залежно від розміру щитоподібної залози і наявності функціональних порушень, у разі виявлення злоякісних новоутворень - за пунктами статті 8.

За наявності аутоімунного тиреоїдиту (зоба Хашимото) оцінка проводиться після інструментальних та клінічних обстежень залежно від наявності порушень функції.

2. Стаття 12: наявність хвороби і ступінь її прояву мають бути підтверджені ендокринологом. Медичний огляд співробітників Служби проводиться після стаціонарного обстеження та лікування.

1) до пункту «а» належать:

цукровий діабет з лабільним перебігом (часті гіпоглікемії і/або кетоацидозні стани);

цукровий діабет 1 та 2 типу тяжкого ступеня із стійкими вираженими розладами, гіперглікемією і глюкозурією, ацетонурією, кетозом, діабетичною периферичною полінейропатією, автономною полінейропатією, тяжкими судинними ускладненнями: діабетичною ретинопатією (препроліферативна або проліферативна стадія); діабетичною нефропатією (стадія протеїнурії або хронічної ниркової недостатності); синдромом діабетичної стопи; станом після перенесеного інфаркту (ІХС: постінфарктного кардіосклерозу із серцевою недостатністю); станом після інсульту або порушення мозкового кровообігу; оклюзійним ураженням судин нижніх кінцівок;

цукровий діабет, що потребує для компенсації вуглеводного обміну регулярного введення інсуліну більше 60 одиниць на добу;

цукровий діабет з лабільним перебігом за відсутності стійкого ефекту лікування, за наявності в анамнезі діабетичної коми;

нецукровий діабет, що потребує постійного проведення замісної терапії;

хвороби залоз внутрішньої секреції (гіпофіза, надниркової, щитоподібної, парашитоподібних і статевих залоз);

2) до пункту «б» належать:

цукровий діабет I та II типів середнього ступеня тяжкості, коли компенсація вуглеводного обміну досягається введенням інсуліну до 60 одиниць на добу або регулярним пероральним уживанням цукрознижуючих препаратів на фоні постійної дієтотерапії, за відсутності в анамнезі ацетонурії, кетозу, діабетичної коми;

стійкі розлади, зумовлені хворобами ендокринних залоз середньої тяжкості, коли при відповідному лікуванні зберігається зниження працездатності;

аліментарне ожиріння III ступеня;

3) до пункту «в» належать:

цукровий діабет легкого ступеня тяжкості з невисокою гіперглікемією, яка нормалізується дієтотерапією і не потребує стаціонарного лікування;

гіпоталамічний синдром;

аліментарне ожиріння II ступеня.

При ожирінні іншого походження ступінь придатності до служби визначається з урахуванням тяжкості основного захворювання за відповідними статтями Переліку захворювань.

Для оцінки стану вгодованості використовується індекс маси тіла. Можуть використовуватися такі показники:

ожиріння I ступеня: ІМТ 30,0–34,9;

ожиріння II ступеня: ІМТ 35,0–39,9;

ожиріння III ступеня: ІМТ більше 40,0.

Медичний огляд осіб з незбалансованим харчуванням та недостатнім фізичним розвитком проводиться за статтею 83 Переліку захворювань.

IV. Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (D50 – D89)

1. Стаття 13: хвороби крові і кровотворної системи, окремі порушення із залученням імунного

механізму, їх наслідки, установлені стаціонарним обстеженням і оглядом гематолога.

При імунodefіцитних станах, які супроводжуються, крім патологічних змін кровотворної системи, порушеннями інших органів, огляд проводиться залежно від ступеня порушень функцій ураженого органу або системи органів за відповідними статтями Переліку захворювань;

1) до пункту «а» належать: апластичні та сидеробластичні анемії, спадкові форми гемолітичних анемії, спадкові форми тромбоцитопатій, гемофілій, коагулопатій, які супроводжуються кровотечами, крововиливами, швидкопрогресуючі системні захворювання крові та кровотворних органів, стійкі імунodefіцитні стани (крім хвороби, викликаної вірусом імунodefіциту людини), що супроводжуються частими (2 та більше разів на рік) рецидивами інфекційних ускладнень, коли працездатність стійко втрачена і відсутній позитивний ефект лікування;

2) до співробітників Служби за відсутності ознак прогресування в разі стійкого ефекту лікування при досягненні ремісії захворювання крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму застосовується пункт «б», у разі тривалої стійкої ремісії (понад 5 років після останнього курсу специфічного лікування) може бути застосований пункт «в».

Особи з аліментарними, набутими гемолітичними анеміями, набутими порушеннями системи гемостазу, іншими порушеннями, що належать до непухлинних хвороб системи крові, оглядаються за пунктами «а», «б», «в» залежно від перебігу захворювання, стійкості змін у складі крові та функції системи гемостазу, порушення функції кровотворних органів та ефекту від проведеного лікування. Особи, які перенесли епізод аліментарної або постгеморагічної анемії, набутої гемолітичної анемії, набутого порушення системи гемостазу та інших набутих минулих змін у системі крові більше ніж за рік до проходження медичного огляду і в яких на момент огляду дані про патологію відсутні, під дію цієї статті не підпадають.

Обстеження хворих з підозрою на саркоїдоз проводиться в умовах спеціалізованого відділення. Діагноз саркоїдозу повинен бути підтверджений морфологічно. За неможливості морфологічної верифікації або відмови від неї діагноз устанавлюється на основі комплексу клініко-рентгенологічних ознак. Експертне рішення (постанова) приймається за пунктами «а», «б» чи «в» залежно від ступеня порушень функцій уражених органів, поширеності та перебігу захворювання.

Кандидати на службу в Службу при вперше виявлених тимчасових розладах функцій крові та кровотворних органів (симптоматичні анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, порушення функцій еритроцитів та тромбоцитів), не зумовлених системними захворюваннями крові протягом місяця, визнаються непридатними до служби з повторним оглядом М(ВЛ)К.

V. Розлади психіки та поведінки (F00 – F99)

1. Стаття 14:

1) до пункту «а» належать слабоумство (деменція), амнестичний синдром, за винятком обумовленого зловживанням психоактивних речовин, затяжні (більше 1 місяця) психотичні (галюцинаторні, маячні, афективні, дисоціативні) розлади, органічні розлади особистості та поведінки зі стійкою соціальною дезадаптацією;

2) до пункту «б» належать короточасні (до 1 місяця) психотичні розлади з розвитком стійких непсихотичних порушень, повторні непсихотичні розлади та первинні стійкі (хронічні) непсихотичні розлади, що постійно обмежують працездатність;

3) до пункту «в» належать короточасні (до 1 місяця) непсихотичні розлади в гострому періоді травми або органічного ураження головного мозку, які закінчилися повним одужанням.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли короточасні непсихотичні розлади з повним одужанням, у разі стійкої компенсації психічного здоров'я протягом 5 років за відсутності залишкових явищ ураження головного мозку визнаються придатними до служби в Службі.

Сприятливе закінчення цих психічних розладів повинно бути підтверджене клінічним психологічним дослідженням з визначенням ступеня вираженості порушень психічної діяльності за результатами доказових методик з обов'язковим застосуванням таких засобів: MMSE-шкали, Монреальського когнітивного опитувальника (MoCA).

2. Стаття 15:

1) до пункту «а» належать деменція, амнестичний синдром, затяжні та хронічні психотичні розлади, розлади особистості та поведінки зі стійкою соціальною дезадаптацією, обумовлені вживанням психоактивних речовин;

2) до пункту «б» належать короточасні (до 1 місяця) психотичні розлади, розлади особистості та поведінки з нестійкою соціальною дезадаптацією, стійкі когнітивні розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин, стан відміни, синдром залежності, стани гострої інтоксикації з делірієм, судомами, патологічне сп'яніння;

3) до пункту «в» належать: вживання психоактивних речовин із згубними наслідками*, епізодичне вживання наркотичних речовин**, документально чи лабораторно підтверджене, стан гострої інтоксикації*** неускладнений.

* Під згубними наслідками слід розуміти погіршення соматичного стану, до якого призвело виключно вживання психоактивних речовин, що доведено клінічно.

** Епізодичне вживання наркотичних речовин - періодичне нерегулярне вживання без ознак залежності, але не частіше 4 разів на рік.

*** Стан гострої інтоксикації - ефект, спричинений дією психоактивної речовини, для виникнення якого її було вжито.

Співробітники Служби не підпадають під дію цього пункту. Питання щодо їх подальшої служби вирішується в дисциплінарному порядку.

3. Стаття 16:

1) до пункту «а» належать усі форми та типи шизофренії, шизотипові розлади, хронічні маячні розлади, гострі та транзиторні психотичні розлади (тривалістю більше 1 місяця), індуковані маячні розлади, шизоафективні розлади;

2) до пункту «б» належать гострі та транзиторні психотичні розлади (тривалістю до 1 місяця) при повному одужанні.

4. Стаття 17:

1) до пункту «а» належать епізоди манії, депресії, змішані афективні стани з помірними чи тяжкими проявами та рекурентні афективні розлади;

2) до пункту «б» належать епізоди гіпоманії, легкі депресивні розлади, хронічні афективні розлади (циклотимія, дистимія тощо).

5. Стаття 18:

1) до пункту «а» належать повторні, стійкі, затяжні (більше 4 місяців) дисоціативні розлади, стійкі, зі значними проявами, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які зумовлюють повну непрацездатність;

2) до пункту «б» належать гострі, короточасні (до 1 місяця) дисоціативні розлади з виходом у повне одужання, повторні, стійкі чи затяжні (більше 4 місяців) невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які стійко обмежують працездатність;

3) до пункту «в» належать невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (тривалістю до 4 місяців), які закінчилися повним одужанням.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли короточасні непсихотичні розлади з повним одужанням, у разі стійкої компенсації психічного здоров'я протягом 5 років визнаються придатними до служби в Службі.

6. Стаття 19:

1) до пункту «а» належать специфічні, змішані, стійкі розлади особистості, що проявляються частими декомпенсаціями, значною соціальною дезадаптацією, а також поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами, які супроводжуються значними органічними чи функціональними розладами відповідних органів і систем (наприклад, нервова анорексія із значним зниженням маси тіла, дистрофічними змінами внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції, гіповітамінозом тощо);

2) до пункту «б» належать специфічні, змішані, стійкі розлади особистості з періодичною соціальною дезадаптацією.

7. Стаття 20:

1) до пункту «а» належить помірна, тяжка, глибока розумова відсталість (JQ від 49 балів і нижче);

2) до пункту «б» належать легка розумова відсталість (JQ 50–69 балів) та порушення психологічного розвитку.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли в минулому психози, за відповідними статтями визнаються непридатними до служби в Службі.

VI. Хвороби нервової системи (G00 – G99)

1. Стаття 21:

1) до пункту «а» належать хвороби нервової системи, що супроводжуються паралічами або глибокими парезами, вираженим паркінсонізмом, вираженими гіперкінезами, дієнцефальними кризами (крім психогенно зумовлених вегетосудинних пароксизмів), нападами Кожевниковської або Джексоновської епілепсії, атактичними розладами, вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку більше 20 мм), оптикохіазмальним арахноїдитом з розладом зору, а також наслідками перенесеного мієліту з явищами паралічу або вираженого парезу;

2) до пункту «б» належать форми хвороб, які повільно протікають і за ступенем порушення функцій центральної нервової системи обмежують можливість виконання службових обов'язків, але не виключають її повністю (залишкові явища вторинного енцефаліту з помірно вираженим геміпарезом у формі зниження сили м'язів, незначного підвищення тону м'язів, що не супроводжується розладом мови, пам'яті, ходьби, помірною гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку до 15–20 мм);

3) до пункту «в» належать залишкові явища ураження нервової системи із незначним порушенням функцій (гіпомімія, анізорефлексія, недостатність конвергенції тощо) з окремими органічними ознаками, поєднаними з вегетосудинною нестійкістю та астено-невротичними проявами.

За цим пунктом кандидати протягом 12 місяців після перенесення гострих запальних хвороб ЦНС нетяжкого перебігу за відсутності наслідків визнаються непридатними до служби в Службі;

При оцінюванні клінічної картини гіпертензивного синдрому, крім підвищення тиску спинномозкової рідини, ураховується наявність застійних змін на очному дні, наявність розширення шлуночкової системи мозку та його ступінь (за даними пневмоенцефалограми, КТ або МРТ).

При виявленні нейроінфекції або її наслідків разом з пунктами цієї статті слід застосовувати пункти інших відповідних статей Переліку захворювань (статті 1, 6).

2. Стаття 22:

1) до пункту «а» належать: розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, аміотрофічний бічний склероз, лейкодистрофія, церебральний ліпідоз, хорея Гетінгтона, торсійна дистонія, атаксія Фрідрейха, спинально-м'язова атрофія, сириномієлія з різко вираженими порушеннями трофіки, тяжкі форми мієлопатій, дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми;

2) до пункту «б» належать хвороби, перебіг яких характеризується повільним, протягом тривалого часу (1–2 роки) наростанням симптомів (повільно прогресуюча сириномієлія з атрофією м'язів та розладом чутливості, краніостеноз із синдромом внутрішньочерепної гіпертензії тощо) при помірному порушенні функції;

3) до пункту «в» належать хвороби нервової системи, коли об'єктивні ознаки виражені незначно (сириномієлія з нерізко вираженим дисоційованим розладом чутливості, без атрофії м'язів та трофічних розладів), коли симптоми захворювання довго утримуються в тому самому стані або повільно прогресують тривалий час (більше 2 років).

3. Стаття 23:

1) до пункту «а» належать такі форми невральної аміотрофії, міастенії, міопатії, пароксизмальної міоплегії, наслідки поліневритів (поліневропатій), плекситів запального та інтоксикаційного

походження, що мають несприятливий перебіг та супроводжуються значно вираженими розладами рухів, чутливості і трофіки (різко виражені атрофії м'язів при односторонньому процесі: плеча - більше 4 см, передпліччя - більше 3 см, стегна - більше 8 см, гомілки - більше 6 см, контрактури, хронічні трофічні виразки, пролежні, розлади чутливості, каузалгія). До цього пункту належать радикуліти із частими рецидивами (більше 2 разів на рік) і тривалим перебігом, що супроводжуються тяжким стійким больовим синдромом з вираженими руховими та вегетативно-трофічними порушеннями, які потребують довготривалого лікування, а також плексопатії (плексити) і тяжкі форми невралгії в разі безуспішного лікування;

2) до пункту «б» належать деякі форми невральної аміотрофії із сприятливим перебігом (синдром Руссі-Леві), хвороби периферичних нервів та сплетінь, при яких помірно порушена основна функція; стійкий параліч лицьового нерва, порушення функцій кінцівок. До цього пункту належать хронічні рецидивні радикулопатії (радикуліти), плексопатії (плексити), невропатії (неврити) з помірним порушенням функції під час загострення та вираженим больовим синдромом, що важко стихає, які потребують стаціонарного або амбулаторного лікування протягом 2 місяців;

3) до пункту «в» належать хвороби периферичних нервів та сплетінь з рідкими загостреннями без тенденції до наростання рухових, чутливих та трофічних розладів, а також наявні нерізко виражені залишкові явища, зумовлені перенесеними в минулому загостреннями, які суттєво не обмежують функцію кінцівки та працездатність оглянутого. За цим пунктом оглядаються особи з наслідками неврити лицьового, серединного нервів з незначним порушенням функції.

До цього пункту належать залишкові явища хвороб периферичних нервів у вигляді незначних порушень чутливості, незначних атрофій чи зниження сили м'язів, які мають тенденцію до відновлення; поєднання дегенеративно-дистрофічних змін у хребті (дорсалгія, цервікалгія, торакалгія, люмбалгія без радикулопатії), які не порушують його функцію, з незначно вираженими неврологічними розладами або без них.

Після хірургічного лікування з приводу грижі міжхребцевого диска застосовується пункт «б» чи «в» цієї статті залежно від ступеня порушення функції.

4. Стаття 24: стаття передбачає епілепсію як хронічне захворювання головного мозку з генералізованими або парціальними нападами, психічними еквівалентами або специфічними змінами особистості. У таких випадках медичний огляд проводиться щодо захворювань, які призвели до розвитку судомного синдрому.

1) до пункту «а» належить епілепсія з нападами або з вираженими психічними розладами, епілептичний статус, міоклонус-епілепсія, катаплексія та нарколепсія;

2) до пункту «б» належать пароксизмальні розлади, що суттєво не впливають на функції органів та систем, а також різні форми мігрені з довготривалими (доба та більше) нападами.

Наявність епілептичного нападу має бути підтверджена лікарськими спостереженнями. В окремих випадках до уваги можуть братися акти, підписані офіційними особами немедичного персоналу, результати опитування очевидців лікарем, якщо зазначений напад та стан після перенесеного нападу можна вважати епілептичним. У сумнівних випадках слід запитувати дані з місця проживання, навчання, роботи, служби. У випадках, коли єдиним помітним проявом хвороби є слабо виражені малі припадки або специфічні розлади настрою, що рідко виникають, питання придатності до служби оглянутих вирішується після стаціонарного обстеження з урахуванням даних ЕЕГ. Особи з епілептичними нападами, які виникли внаслідок перенесених органічних захворювань (симптоматична епілепсія), оглядаються за пунктами відповідних статей Переліку захворювань. Наявність в анамнезі принаймні одного епілептичного нападу, підтвердженого документально закладом охорони здоров'я, є протипоказом для вступу на службу в Службу.

Діагноз апное сну встановлюється на підставі скарг хворого на підвищену денну сонливість, яка не може бути пояснена іншими факторами, або наявністю двох з наступних симптомів, які також не можуть бути пояснені іншими факторами: епізоди зупинки дихання (ядухи) у сні, періодичні пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну, денна втома, порушення концентрації

уваги.

3) до пункту «в» належить нічна гіпоксемія важкого ступеня ($SIT90 \% > 25 \%$), підтверджена як мінімум двома послідовними дослідженнями.

Діагноз апное сну обов'язково підтверджується об'єктивними дослідженнями: кардіореспіраторний моніторинг (запис каналів пульсоксиметрії, повітряного потоку з носа чи/та рота та інші показники) або полісомнографія (золотий стандарт).

Епізод апное / гіпопное діагностується при зниженні амплітуди потоку повітря при моніторингу нижче 50 % протягом більше ніж 10 с, яке супроводжується десатурацією на 3 % та більше. Відповідно до частоти виникнення епізодів апное / гіпопное підраховується індекс апное / гіпопное (АНІ): кількість апное / гіпопное, що виникають протягом години. Наявність апное сну підтверджується при $АНІ \geq 5/\text{год}$. За значеннями індексу апное / гіпопное (АНІ) встановлюють також тяжкість обструктивного апное сну (важкого ступеня - $АНІ \geq 30/\text{год}$; апное сну середнього ступеня важкості - $АНІ 15\text{--}29/\text{год}$; апное сну легкого ступеня важкості $АНІ=5\text{--}14/\text{год}$).

Нічна гіпоксемія середнього та легкого ступеня під дію статті не підпадає.

VII. Хвороби ока та придаткового апарату (H00 – H59)

1. Стаття 25: передбачає вроджені або набуті вади положення повік (зрощення, виворіт, заворот тощо); захворювання повік, кон'юнктиви, слъзових шляхів та орбіти з урахуванням ступеня порушення зорових та рухових функцій. Якщо можливе поліпшення цих станів після хірургічного лікування, воно має бути проведене до прийняття експертного рішення (постанови);

1) до пункту «а» належать:

зрощення повік між собою або з очним яблуком;

різко виражені виразкові блефарити з рубцевим переродженням та значним облісінням країв повік;

хронічні кон'юнктивіти з гіпертрофією та різко вираженою інфільтрацією тканини при безуспішному стаціонарному лікуванні;

хронічне трахоматозне ураження кон'юнктиви, а також захворювання слъзових шляхів, які не піддаються хірургічному лікуванню;

птоз вродженого або набутого характеру, при якому верхня повіка прикриває більше половини зіниці на одному оці або не менше однієї третини зіниці на обох очах без напруження лобного м'яза;

стани після реконструктивних операцій на слъзових шляхах з уведенням лакопротеза.

При ускладненнях трахоми зі стійким порушенням функцій ока рішення (постанова) приймається за відповідними статтями Переліку захворювань з урахуванням ступеня їх вираженості;

2) до пункту «б» цієї статті належать ті самі захворювання на одному оці або помірно виражені на обох очах. При захворюваннях, передбачених пунктом «б», кандидати на службу в Службу визнаються непридатними до служби, щодо співробітників Служби рішення (постанова) приймається за результатами лікування; при відмові від хірургічного лікування рішення (постанова) про придатність приймається залежно від ступеня вираженості, тяжкості перебігу хвороби й ефективності лікування;

3) до пункту «в» належать:

простий блефарит з окремими лусочками та незначною гіперемією країв повік;

фолікулярний кон'юнктивіт з поодинокими фолікулами;

бархатистість кон'юнктиви в кутиках повік та в ділянці кон'юнктивальних склепінь;

окремі дрібні поверхневі рубчики кон'юнктиви нетрахоматозного походження, а також гладкі рубчики кон'юнктиви трахоматозного походження без інших змін кон'юнктиви та рогівки, без рецидивів трахоматозного процесу протягом року.

При захворюваннях, передбачених пунктом «в», рішення (постанова) щодо придатності співробітників Служби приймається залежно від ступеня вираженості, тяжкості перебігу хвороби й ефективності лікування.

За наявності прогресуючої справжньої крилоподібної плівки кандидати на службу в Службу визнаються непридатними до служби в Службі за всіма графами, а співробітники Служби підлягають лікуванню. При рецидивах крилоподібної плівки після незадовільних результатів повторного оперативного лікування рішення (постанова) виноситься за пунктом «б» з урахуванням функцій ока.

При весняному катарі та інших алергічних ураженнях кон'юнктиви придатність до служби визначається залежно від ступеня проявів, тяжкості перебігу захворювання, частоти загострень та ефективності здійснюваного лікування.

2. Стаття 26: передбачає хронічні, важко виліковні або невиліковні захворювання всіх оболонок і заломлюючих середовищ очей туберкульозного, люетичного, дистрофічного та іншого походження.

У випадках закінченого процесу або непрогресуючого перебігу захворювань з рідкими (не частіше 2 разів на рік) загостреннями, а також після пересадження тканин придатність до служби співробітників Служби визначається залежно від функцій очей за відповідними статтями Переліку захворювань. За наявності новоутворень ока та його придатків медичний огляд проводиться відповідно до статей 8 або 10;

1) до пункту «а» належать захворювання з прогресуючим зниженням зорових функцій та ті, які не піддаються консервативному або хірургічному лікуванню, а також тапеторетинальна абіодистрофія сітківки та стани після кератопротезування незалежно від функцій ока.

Пігментна дистрофія сітківки з пігментом чи без нього, з порушенням темної адаптації (гемералопією) має бути підтверджена виконанням годинної адаптометрії з використанням контрольних методів дослідження сутінкового зору. При встановленому в умовах стаціонару діагнозі застосовується пункт «а» незалежно від інших функцій очей.

При стійкому звуженні поля зору знизу - ззовні (за вертикальним та горизонтальним меридіанами) від крапки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах рішення (постанова) за всіма графами Переліку захворювань приймається за пунктом «а», те саме на одному оці - за пунктом «б»; при звуженні поля зору в межах від 30 до 45 градусів на обох очах - за пунктом «б», те саме на одному оці - за пунктом «в».

До пункту «а» також належать стійкі центральні геміанопічні скотоми. При стійких абсолютних центральних та парацентральных скотомах на одному або на обох очах кандидати на службу в Службу та співробітники Служби визнаються непридатними до служби в Службі;

2) до пункту «б» належать:

хронічні увеїти, що супроводжуються підвищенням внутрішньоочного тиску, у тому числі глаукомоциклітичні кризи, діагностовані у стаціонарних умовах;

кератоконус і кератоглобус;

афакія, артіфакія на одному оці або обох очах;

короткозорість обох очей в одному з меридіанів більше 3,0 Д за наявності дистрофічних змін на очному дні (периферична дистрофія сітківки, множинні хоріоретинальні вогнища, задня стафілома);

прогресуюча атрофія зорового нерва;

стороннє тіло всередині ока, що не викликає запальних або дистрофічних змін.

При афакії, наявності інтраокулярної корекції (артіфакії) кандидати на службу в Службу, згідно із графами II визнаються непридатними до служби в Службі незалежно від гостроти зору, згідно із графами I, III - придатними. Щодо співробітників Служби з артіфакією придатність до служби в Службі визначається індивідуально з урахуванням функції ока, його стану та специфіки служби.

При афакії, артіфакії на одному або обох очах у співробітника, який проходить медичний огляд за I, III графою рішення (постанова) виноситься відповідно до вимог статті 31 Переліку захворювань залежно від гостроти зору, з корекцією будь-якого виду, що практично переноситься, у тому числі з контактними лінзами, з урахуванням специфіки служби.

Афакія на одному оці розцінюється як двостороння, якщо на другому оці є помутніння

кришталіка, що знижує гостроту зору до 0,4 і нижче.

Вивих та підвивих кришталіка розцінюються як афакія.

Так звана кольорова переливчастість (райдужність), грудочки, зернятка та вакуолі, виявлені тільки під час дослідження із щільною лампою, а також вроджене відкладення пігменту на передній капсулі кришталіка, що не знижують гостроту зору, не є протипоказанням для проходження служби в Службі.

При непрогресуючій атрофії зорового нерва придатність до служби за всіма графами Переліку захворювань визначається залежно від функцій ока (гостроти зору, поля зору та інших) з урахуванням даних обстеження невропатолога, терапевта і за потреби інших спеціалістів, даних додаткового обстеження (МРТ тощо);

3) до пункту «в»: у всіх випадках наявності внутрішньоочних сторонніх тіл питання про придатність до служби співробітникам Служби вирішується не раніше, ніж через 3 місяці після поранення. Співробітники Служби за I, II, III графами придатність визначається індивідуально, кандидати на службу в Службу визнаються непридатними. При збережених функціях ока (гострота зору, поле зору, темнова адаптація), відсутності запальних явищ та ознак металозу придатність до служби в Службі згідно із графою I, II, III визначається індивідуально з урахуванням специфіки служби.

У разі виявлення паренхіматозного кератиту люетичного походження застосовується стаття 6 Переліку захворювань. При цьому захворюванні кандидати на службу в Службу визнаються непридатними за всіма графами, співробітники Служби підлягають лікуванню.

3. Стаття 27: до осіб, які перенесли операцію у зв'язку з відшаруванням сітківки на обох очах будь-якої етіології, навіть при позитивних результатах незалежно від тривалості нагляду після операції застосовується пункт «а» цієї статті.

При стійких позитивних результатах оперативного лікування з приводу відшарування сітківки на одному оці (задовільні функції ока - гострота зору, поле зору) у співробітників Служби, які проходять медичний огляд згідно із I, III графою, рішення (постанова) за пунктом «б» приймається із вказівкою про необхідність обмеження фізичних навантажень, заборону роботи водіями транспортних засобів, а також робіт, пов'язаних із вібрацією тіла.

При виявленні розривів сітківки кандидати на службу в Службу визнаються непридатними. Співробітники підлягають оперативному лікуванню, після чого щодо осіб, які проходять медичний огляд згідно із графою I, III, приймається рішення (постанова) в індивідуальному порядку з урахуванням специфіки служби та функцій ока, згідно із графою II - про непридатність до служби.

4. Стаття 28: діагноз глаукоми має бути підтверджений в умовах стаціонару із застосуванням навантажувальних проб, тонографії, гоніоскопії та ОКТ (оптичної когерентної томографії). Питання придатності до служби вирішується після встановлення медикаментозного режиму, за потреби - хірургічного лікування з урахуванням ступеня стабілізації процесу та функцій органу зору (гострота зору, поле зору, наявність парацентрального скотом, у тому числі при навантажувальних пробах, а також наявність екскавації диска зорового нерва тощо).

До цієї статті належить також вторинна глаукома.

До пункту «а» належить глаукома II та подальшої стадії на обох очах;

до пункту «б» належить глаукома II та подальшої стадії на одному оці;

до пункту «в» належить глаукома I стадії та офтальмогіпертензія на одному або обох очах з урахуванням ступеня стабілізації внутрішньоочного тиску та зорових функцій.

5. Стаття 29: при застосуванні цієї статті за наявності змін полів зору, зниженні гостроти зору необхідно керуватися також вимогами статей 26, 30 і 31 Переліку захворювань;

До пункту «а» належать:

стійкі центральні геміанопічні скотоми, стійка диплопія після травми очної ямки з пошкодженням м'язів ока або уражень головного мозку, які порушують функцію зору;

стійкий параліч рухових м'язів очного яблука будь-якої етіології незалежно від наявності або

відсутності диплопії.

До пункту «б» належить співдружня косоокість за відсутності бінокулярного зору.

При співдружній косоокості менше 15 градусів діагноз необхідно підтвердити дослідженням бінокулярного зору - наявність бінокулярного зору свідчить про відсутність співдружньої косоокості.

Особи із співдружною косоокістю непридатні до служби на посадах, що потребують бінокулярного зору (згідно із графою II). Особи, які проходять медичний огляд згідно із графами I, III визнаються непридатними до служби в Службі при косоокості з кутом більше 15 градусів з урахуванням ступеня аметропії та гостроти зору відповідно до статей 30, 31 Переліку захворювань.

Окремі ністагмоїдні посмикування очей при крайніх відведеннях очних яблук не є перешкодою до служби в Службу.

Якщо ністагм є однією із ознак ураження нервової системи або вестибулярного апарату чи вроджений, то рішення (постанова) приймається за основним захворюванням за відповідними статтями, а при зниженні гостроти зору- також з урахуванням вимог статті 31 Переліку захворювань.

6. Стаття 30: вид і ступінь аномалії рефракції визначаються скіаскопією, за необхідності - рефрактометрією. У граничних випадках обстеження проводиться в умовах циклоплегії.

Експертне рішення (постанова) щодо осіб з аномаліями рефракції приймається з урахуванням ступеня аметропії та гостроти зору відповідно до вимог цієї статті та статті 31.

Під час прийняття рішення (постанови) враховуються дані огляду очного дна щодо виявлення дистрофічних змін, які зумовлюють застосування статті 26.

Кандидати на службу в Службу, що проходять огляд згідно із графами I, III визнаються непридатними за наявності короткозорості чи далекозорості більше 6,0 Д або астигматизму будь-якого виду з різницею рефракції у двох основних меридіанах більше 3,0 Д.

Кандидати на службу в Службу, які проходять огляд згідно із графою II можуть мати короткозорість чи далекозорість не більше 3,0 Д або астигматизм будь-якого виду не більше 2,0 Д.

7. Стаття 31:

Під час прийняття рішення (постанови) М(ВЛ)К щодо кандидатів на службу в Службу згідно із графами I, III та співробітників при звільненні із служби враховується гострота зору з корекцією; щодо кандидатів на службу в Службу та співробітників при визначенні придатності до служби на посадах - згідно із графою II – без корекції та з корекцією.

Вимоги до показників гостроти зору в осіб, що проходять медичний огляд М(ВЛ)К, кандидатів на службу в Службу:

у кандидатів на службу в Службу, що проходять огляд згідно із графами I, III гострота зору з корекцією має бути не нижче 0,5 на кожне око або бінокулярно;

кандидати на службу в Службу згідно із графою II можуть мати гостроту зору кожного ока не нижче 0,5, з корекцією - 0,8 та вище на кожне око або бінокулярно.

Ураховується гострота зору з корекцією будь-якими лінзами. У разі корекції анізометропії звичайними сферичними лінзами гострота зору враховується з корекцією, що практично переноситься, з різницею в силі лінз для обох очей не більше 2,0 Д.

В осіб, які користуються контактними лінзами, гострота зору визначається з корекцією пробними окулярними лінзами. Такі особи повинні користуватися звичайними окулярами, гострота зору з якими дає змогу забезпечити виконання службових обов'язків.

При стійкому спазмі, парезі або паралічі акомодатії потребується обстеження за участю невропатолога, терапевта та лікарів інших спеціальностей. Якщо спазм, парез або параліч акомодатії зумовлені захворюваннями нервової системи, внутрішніх або інших органів, рішення (постанова) приймається за основним захворюванням.

При спазмі, парезі або паралічі акомодатії на одному або обох очах після невдалого стаціонарного лікування придатність оглянутих до служби за всіма графами Переліку захворювань

визначається індивідуально залежно від гостроти зору та ступеня аномалії рефракції з урахуванням вимог цієї статті та статті 30.

Під час діагностики видів і ступенів порушення кольоровідчуття слід керуватися методичними вказівками до поліхроматичних таблиць Рабкіна та (за можливості) даними аномалоскопії. Під час заповнення офтальмологічного розділу медико-експертної документації обов'язково вказуються номери таблиць, які досліджуваний не розпізнає.

Особи з аномальною трихромазією типу С визнаються придатними до служби та до служби в Службі, з дихромазією - непридатними за всіма графами.

За наявності аномальної трихромазії типів А та В придатність до служби згідно із графами І, ІІ визначається індивідуально з урахуванням специфіки служби на посадах, не пов'язаних із необхідністю розрізняти кольори;

рішення (постанова) виноситься з таким формулюванням:

«Придатний до служби в Службі судової охорони на посаді

(посада)

що не потребує нормального кольоровідчуття».

з подальшим використанням на посадах, які не потребують нормального кольоровідчуття».

Кандидати на службу в Службу на посаді контролера (водія) та водіїв оперативного транспорту всіх типів автомобілів за наявності в них аномальної трихромазії типів А або В визнаються непридатними.

8. Стаття 32: до цієї статті належать наслідки оптикореконструктивних операцій з наявністю післяопераційних ускладнень або змін на очному дні.

Придатність до служби осіб, що перенесли оптико-реконструктивні операції на роговій оболонці (за винятком кератопротезування та кератотомії), визначається не раніше трьох місяців після операції за відсутності післяопераційних ускладнень та дистрофічних змін на очному дні залежно від функції ока за відповідними статтями Переліку захворювань. Обов'язковим є надання під час медичного огляду виписки із закладу охорони здоров'я, у якому була проведена операція, з даними рефракції та гостроти зору до та після операції.

Експертне рішення (постанова) щодо кандидатів на службу в Службу та співробітників Служби, які перенесли лазерну корекцію зору на рогівці, визначається не раніше 3 місяців після операції та залежить від результатів оперативного лікування (гострота зору, наявність дистрофічних змін на очному дні) з урахуванням характеру служби.

Особи, які перенесли кератотомію або кератопротезування, визнаються непридатними за всіма графами незалежно від результатів операції.

При афакії, наявності інтраокулярної корекції (артифакції) кандидати на службу в Службу, згідно із графами ІІ, визнаються непридатними до служби незалежно від гостроти зору, згідно із графами І, ІІІ – придатність визначається з урахуванням вимог статті 31.

Щодо співробітників Служби з артифакцією придатність до служби визначається індивідуально з урахуванням функцій ока, його стану та специфіки служби.

VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка (H60 – H95)

1. Стаття 33: під дію статті підпадають такі хвороби зовнішнього вуха: зовнішній отит, перихондрит, набутий стеноз слухового проходу (постзапальний, травматичний) тощо при позитивному ефекті від проведеного лікування.

Особи, які страждають на хронічну рецидивну екзему зовнішнього слухового проходу, вушної раковини, привушної області, оглядаються за статтею 67 Переліку захворювань.

2. Стаття 34: під дію статті підпадають такі хвороби середнього вуха та соскоподібного відростка: негнійний та гнійний середній отит, запалення або закупорка слухової труби, мастоїдит і споріднені стани, холестеатома, нетравматична перфорація барабанної перетинки, гострий та хронічний мірингіт, адгезивні процеси середнього вуха (тимпаносклероз), поліп середнього вуха тощо.

Кандидатам на службу в Службу слід пропонувати лікування, медичний огляд проводити за результатами його проведення;

1) до пункту «а» належать стани після хірургічного лікування хронічних захворювань середнього вуха за наявності таких ускладнень, як неповна епідермізація операційної порожнини з гноем, грануляціями або холестеатомоподібними масами в ній, а також гнійні середні отити не тільки із зазначеними в цій статті ускладненнями, а й за несприятливого їх перебігу: загострення двічі на рік і більше, які супроводжуються втратою працездатності;

2) кандидати на службу в Службу із сухою перфорацією барабанної перетинки в мезотимпанумі визнаються непридатними до служби на посадах, які потребують значної напруги слухового апарату, а також на посадах, які пов'язані з несенням патрульно-постової служби на відкритому повітрі.

Співробітники Служби із зазначеними в статті 34 Переліку захворювань формами хронічного гнійного отиту при незначних порушеннях слухової функції (підтверджених аудіологічним обстеженням) і відсутності уражень вестибулярного апарату в окремих випадках у порядку індивідуальної оцінки можуть визнаватися придатними до служби.

Рубці на місці колишніх перфорацій і обвапнування барабанної перетинки без порушення барофункції та її рухомості, без зниження гостроти слуху не дають підстав для використання цієї статті.

Співробітники Служби, які перенесли радикальну чи реконструктивну операцію на середньому вусі з позитивними результатами, медичний огляд проводиться за пунктом «б» статті 36 Переліку захворювань;

3) Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі при повній епідермізації післяопераційної порожнини при незначних та без порушень функцій слуху огляд проводиться за пунктом «в» цієї статті.

3. Стаття 35: під дію статті підпадають хвороби внутрішнього вуха з порушенням вестибулярної функції: хвороба Мен'єра, вестибулярний нейроніт, лабіринтит, отосклероз тощо;

1) до пункту «а» належать різко виражені мен'єроподібні захворювання, а також інші тяжкі форми вестибулярних розладів органічного або функціонального характеру, напади яких спостерігалися при стаціонарному обстеженні або підтверджені спеціалізованим закладом охорони здоров'я;

2) до пункту «б» належать випадки мен'єроподібних захворювань, напади яких перебігають короткочасно, з помірно вираженими вестибулярно-вегетативними розладами, що не впливають суттєво на виконання службових обов'язків;

3) до пункту «в» належать випадки підвищеної чутливості до закачування за відсутності симптомів вестибулярних розладів і захворювань інших органів, а також нестійкі, вестибулярно-вегетативні порушення, які проявляються рідкими (не частіше 2–3 разів на рік) нетривалими (декілька хвилин) нападopodobними запамороченнями з розладами рівноваги у спокої або русі, нудотою, незначним підвищенням потовиділення, зблідненням або почервонінням обличчя.

При медичному огляді кандидатів на службу в Службу на посадах, пов'язаних із частими поїздками на автотранспорті здійснюється обов'язкове дослідження вестибулярного апарату. При підозрі на тимчасовий характер вестибулярних розладів, що може бути при перевтомі, інтоксикації, гострих захворюваннях тощо, потребується всебічне, іноді стаціонарне обстеження і лікування;

4) рішення (постанова) про придатність чи непридатність до служби осіб оцінюється разом із невропатологом за результатами вестибулометрії. При виявленні центральної вестибулярної дисфункції стаття 35 не застосовується.

4) Стаття 36:

1) під дію статті підпадають хвороби вуха, що супроводжуються стійким зниженням слуху або втратою слуху кондуктивного і сенсоневрального походження: вроджена глухота, ототоксична

втрата слуху, дегенеративні і судинні хвороби вуха, хвороби слухового нерва тощо;

2) захворювання, що відносяться до цієї статті, потребують обов'язкового інструментального обстеження - аудіометрії в повному обсязі, до якої входять: тональна порогова аудіометрія, мовна аудіометрія, камертональні проби, акуметрія (дослідження сприйняття живої мови). При асиметричних порушеннях слуху дослідження проводиться з маскуванням вуха, яке чує краще. Бажано враховувати також дані надпорогових тестів і проводити вимірювання інтенсивності і характеристик суб'єктивного вушного шуму. У разі неможливості проведення аудіометрії в повному обсязі проводиться тест тональної порогової аудіометрії.

Ступінь порушення слухової функції визначається за допомогою результатів аудіометричного обстеження за рівнем порогів слуху до тонів у дБ. При цьому розраховується середнє арифметичне значення порогів слуху на тони чотирьох частот - 0,5; 1; 2 і 4 кГц - на тональній аудіометричній кривій пацієнта і порівнюється із стандартизованими орієнтирами. Визначення ступеня порушення слухової функції для винесення експертного рішення (постанови) по цій статті проводиться для сенсоневральної приглухуватості (тональна аудіометрична крива по кістковому звукопроведенню).

Якщо є підозра на повну глухоту на одне чи обидва вуха, використовують методи об'єктивного визначення глухоти. Стійка повна глухота на обидва вуха або глухонімота мають бути підтверджені закладами охорони здоров'я, установами або навчальними закладами для глухонімих;

3) при визначенні придатності кандидатів на службу в Службі на посади, передбачені графами I, III, за цією статтею шепітна мова має сприйматися на відстані не менше 3,0 м (16–25 дБ приглухуватість I ступеня) на обидва вуха або не менше 1,0 м (46–50 дБ приглухуватість II ступеня) на одне вухо та більше 4,0 м (<16–20 дБ) на друге. У цих випадках придатність до служби визначається індивідуально. Кандидати на службу в Службу згідно із графами II визнаються непридатними за наявності стійкого зниження дБ гостроти слуху до ступеня сприйняття шепітної мови на відстані менше 4,0 м (>16–20 дБ) на обидва вуха або менше 5,0 м на одне та 3,0 м (20–35 дБ) на друге вухо;

Під час індивідуальної оцінки придатності до служби в Службі ураховуються конкретні умови праці, характеристика командування та дані функціонального дослідження слуху.

IX. Хвороби системи кровообігу (I00–I99)

1. Стаття 37:

1) до пункту «а», крім захворювань серцево-судинної системи ревматичного генезу з порушенням загального кровообігу - серцевою недостатністю (далі - СН) IIБ–III стадії, належать:

стеноз будь-якого клапану серця 2 ступеня та вище;

недостатність будь-якого клапана серця, яка супроводжується регургітацією 3 ступеня;

стани після мітральної комісуротомії, наслідки оперативних втручань на клапанному апараті серця, що супроводжуються СН IIА;

2) до пункту «б» належать:

активний ревматизм після завершення стаціонарного обстеження і лікування за сприятливого перебігу;

стеноз будь-якого клапану серця 1 ступеня та вище;

недостатність будь-якого клапану серця, яка супроводжується регургітацією 2 ступеня або за наявності легеневої гіпертензії;

первинний пролапс мітрального та інших клапанів серця, які супроводжуються порушенням ритму серця і провідності, СН I стадії;

3) пункт «в» включає первинний пролапс мітрального й інших клапанів серця з регургітацією I ступеня та/або пролабуванням II ступеня.

недостатність будь-якого клапана серця, яка супроводжується регургітацією 1 ступеня.

Таблиця 1

Класифікація ступенів важкості первинної мітральної регургітації

Параметри	Легка	Помірна	Важка
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія МК	Нормальна/ Ненормальна	Нормальна/ Ненормальна	Патологічна рухомість/ Відрив ПМ
КДК потоку МР	Маленький, центральный	Проміжний	Дуже великий центральний потік або ексцентричний потік, що стелиться по стінці, з вираженою мозаїчністю, досягає верхньої стінки ЛП
Зона конвергенції потіку (а)	Немає або маленька	Проміжна	Велика
ПХД спектр МР	Блідий параболічний	Щільний параболічний	Щільний / трикутний
Напівкількісні			
Ширина VC (мм)		3–6	≥ 7 (>8 для біпланової оцінки) (б)
Потік у легеневих венах	Переважає систолічної хвилі	Зниження систолічної хвилі	Реверсія систолічного потоку (в)
Діастолічний потік на МК	Нормальний або домінує хвиля А(г)	Варіабельно	Переважає хвиля Е ($\geq 1,5$ м/с) (г)
VTIMK / VTOAo		1–1,4	$> 1,4$
Кількісні			
ПЕРО (мм ²)		20–29; 30–39 (е)	≥ 40
ОР (мл)		30–44; 45–59 (е)	≥ 60
+ розміри ЛШ/ЛП/ систолічний тиск у ЛА (д)			

За наявності гемодинамічно незначущого пролапса мітрального клапана кандидат на службу в Службу може бути визнаний придатним до служби за умови відсутності в нього ознак інших аномалій серцево-судинної системи та протипоказань до значних фізичних навантажень.

Після операцій у зв'язку з набутими пороками серця навіть з позитивними віддаленими результатами кандидати на службу в Службу визнаються непридатними згідно з пунктом «в»;

4) до осіб із розладами ритму і провідності при різних хворобах серцево-судинної системи застосовуються пункти «а», «б», «в» чи «г» статті 38 Переліку захворювань залежно від стадії частоти виникнення порушень ритму, стадії СН.

У разі діагностування ревматичного ураження інших органів та систем застосовуються пункти відповідних статей Переліку захворювань.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли первинний активний ревматизм при відсутності змін при ЕКГ-обстеженні та клінічних ознак уражень серця, а також інших органів, можуть бути визнані придатними до служби не раніше ніж через 12 місяців після виписки із закладу охорони

здоров'я.

2. Стаття 38: під дію статті підпадають міокардити, ендокардити та інші захворювання серцево-судинної системи неревматоїдного та некоронарогенного генезу, порушення серцевого ритму та провідності;

1) до пункту «а» належать зазначені захворювання з СН ІБ–ІІІ стадії, а також:

рецидивний ексудативний перикардит;

інфекційний ендокардит, стан після перенесеного інфекційного ендокардиту, зворотний ендокардит;

кардіоміопатія: дилатаційна, обструктивна, гіпертрофічна, рестриктивна;

хронічний констриктивний перикардит, у тому числі кальциноз перикарда;

значна за площею облітерація перикарда;

некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються резистентними до лікування порушеннями ритму серця;

будь-яке порушення ритму або провідності серця, які супроводжуються тромбоемболічними ускладненнями або емболічними захворюваннями, аритмогенним шоком або синдромом Морганьї - Адамса - Стокса;

стани після тромбоемболії легеневої артерії або легенева гіпертензія внаслідок хронічних тромботичних або емболічних захворювань;

окремі стійкі, які не піддаються корегуванню, форми порушень ритму серця та провідності (повна АВ-блокада, пароксизмальна тахікардія, пароксизми миготливої аритмії більше 2 разів на рік);

стійка політопна шлуночкова екстрасистолія із частотою 30 і більше ектопічних комплексів за одну годину.

За наслідками оперативного втручання з приводу імплантації штучного водія ритму або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція АВ-з'єднання тощо) застосовуються пункти «а» або «б» залежно від ефективності проведеного лікування, наявності рецидивуючих порушень ритму та провідності, стадії СН;

2) пункт «б» передбачає захворювання серця із стабільною недостатністю кровообігу ІІА стадії, частими декомпенсованими станами;

3) до пункту «в» належать захворювання серця і судин з СН І стадії. Крім того, до цього пункту належать:

екстрасистолія: передсердна, атріовентрикулярна, поодинокі шлуночкова із частотою до 30 ектопічних комплексів за одну годину;

безсимптомна АВ-блокада І–ІІ ступеня;

блокада ніжок пучка Гіса, що супроводжується порушенням АВ-провідності або клінічною симптоматикою, що не знижує працездатності;

синдроми: WPW (Вольфа - Паркінсона - Уайта), скороченого інтервала Р–Q (CLC –Клерка - Леві - Критеско, LGL - Лауна - Ганонга - Левіна) без пароксизмальних порушень ритму серця;

4) пункт «г» включає:

стійкі компенсовані наслідки захворювань м'язів серця, міокардіофіброз.

За відсутності клінічних проявів та пароксизмальних порушень серцевого ритму феномени передчасного збудження шлуночків та скороченого інтервалу Р–Q не є протипоказанням до служби.

Виявлена при ЕКГ-обстеженні неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (за відсутності інших змін) не є перешкодою для служби в Службі. У разі виявлення біфасцикулярної блокади ніжок пучка Гіса кандидати визнаються непридатними до служби в Службі.

Визначення стадії СН, стійкості порушення ритму та провідності здійснюється після проведеного лікування та стабілізації клінічного стану. Оцінку стадії СН слід проводити з урахуванням наявності об'єктивних симптомів СН або об'єктивних доказів наявності дисфункції серця у стані спокою та результатів тестів із фізичним навантаженням. Остаточний експертний діагноз може бути

встановлений лише за результатами даних інструментальних досліджень (ВЕМ, Ехо-КГ тощо).

При застосуванні пунктів статті 38 щодо розладів ритму і провідності в співробітників Служби із хворобами серцево-судинної системи, крім зазначених критеріїв, ураховуються анамнестичні дані про частоту виникнення таких порушень.

3. Стаття 39: особи з підвищеним артеріальним тиском підлягають обстеженню в закладі охорони здоров'я (установі). Стадія гіпертонічної хвороби встановлюється з урахуванням рівня АТ та наявності об'єктивних ознак ураження органів-мішеней. Експертний діагноз гіпертонічної хвороби формулюється з визначенням її стадії та характеру ураження органів-мішеней.

Таблиця 2

Класифікація ступеня артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

Категорії	Систолічний АТ мм. рт. ст.	Діастолічний АТ мм. рт. ст.
1	2	3
АТ		
Оптимальний		
Нормальний		
Високий нормальний	130–139	85–89
Гіпертензія		
1 ступінь (м'яка АГ)	140–159	90–99
2 ступінь (помірна АГ)	160–170	100–109
3 ступінь (тяжка АГ)	>180	≥110
Ізольована систолічна гіпертензія	≤140	≤ 90

1) до пункту «а» належать:

гіпертонічна хвороба III стадії за наявності асоційованих станів, які викликали тяжкі незворотні структурні ураження органів-мішеней;

симптоматичні артеріальні гіпертензії III стадії за наявності асоційованих станів, які викликали тяжкі незворотні структурні ураження органів-мішеней;

істинна резистентна артеріальна гіпертензія, підтверджена обстеженням та лікуванням у спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Асоційовані клінічні стани, які викликають тяжкі незворотні структурні ураження органів-мішеней:

а) інфаркт міокарда;

б) СН ПА - III стадій;

в) інсульт, хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії, судинна деменція;

г) хронічна хвороба нирок (ХХН) IV стадії та вище або рШКФ < 30 мл/хв, що мусить бути підтверджене не менш як трьома дослідженнями та тривалістю не менше 30 днів;

д) постійна форма фібриляції передсердь;

е) розшаровуюча аневризма аорти;

є) стеноз магістральних артерій більше 50 %.

При III стадії гіпертонічної хвороби є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней із симптомами з їх боку та порушенням функції. Діагноз гіпертонічної хвороби III стадії за наявності інфаркту міокарда, інсульту або інших ознак III стадії слід встановлювати лише в тих випадках, коли ці серцево-судинні ускладнення виникають на фоні існуючої тривало гіпертонічної хвороби,

що підтверджується наявністю об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка, атеросклеротичні бляшки, хронічна хвороба нирок тощо) та/або документальним підтвердженням наявності в хворого артеріальної гіпертензії до розвитку асоційованих станів.

Показники артеріального тиску можуть бути знижені в осіб, які перенесли інфаркт міокарда або інсульт та отримують адекватну гіпотензивну терапію;

2) до пункту «б» належать:

гіпертонічна хвороба III стадії за наявності асоційованих станів, без тяжких незворотніх структурних уражень органів-мішеней;

Асоційовані клінічні стани, без тяжких незворотніх структурних уражень органів-мішеней:

транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія;

протеїнурія більше 300 мг за добу;

реваскуляризація міокарду;

персистуюча та пароксизмальна форма фібриляції передсердь;

захворювання периферичних артерій (облітеруючий атеросклероз);

3) до пункту «в» належать:

гіпертонічна хвороба II стадії.

Для II стадії характерні об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції:

гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ (ознака Соколова–Лайона - більше 35 мм, або Корнелівський добуток (сума амплітуд зубця S (V3) та R (aVL) (мм) x тривалість (мс) комплексу QRS (aVL) - більше ніж 2440 мм x мс), Ехо-КГ (при визначенні в М-режимі: ІММ ЛШ для чоловіків > 115 г/м², для жінок > 95 г/м² (для пацієнтів з нормальною масою) або ІМ ЛШ (маса міокарда/зріст^{2,7}) для чоловіків > 50 г/м^{2,7}, для жінок > 47 г/м^{2,7}; при визначенні у В-режимі проводиться відповідна корекція показників), рентгенографії) та/або УЗД-ознаки потовщення інтима - медії сонної артерії > 0,9 мм, або наявність атеросклеротичної бляшки більше 1,5 мм, або наявність мікроальбумінурії (30–300 мг/добу), або відношення альбумін - креатинін (САК) 30–300 мг/г або 3,4–34 мг/ммоль) та/або ХХН III стадії (рШКФ=30–59 мл/хв/1,72 м²), або швидкість каротидно-стегнової пульсової хвилі більше 10 м/с, або ступнево-плечовий індекс кров'яного тиску менше 0,9.

У разі формулювання діагнозу гіпертонічної хвороби II стадії необхідно вказати, на підставі чого встановлюється II стадія захворювання (гіпертрофія лівого шлуночка, атеросклеротичні бляшки, хронічна хвороба нирок тощо). У хворих з протеїнурією в діагнозі слід вказати на наявність гіпертензивного ураження нирок (якщо відсутня інша причина протеїнурії);

3) до пункту «в» належить гіпертонічна хвороба I стадії з підвищеними показниками артеріального тиску (у спокої: систолічного - 140 мм. рт. ст. та вище, діастолічного - 90 мм. рт. ст. та вище). При I стадії об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней та асоційовані клінічні стани відсутні.

Для діагнозу артеріальної гіпертензії в осіб старше 18 років рекомендовано однаково застосовувати показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску. При цьому діагноз повинен засновуватися на результатах багаторазових вимірювань (не менше двох разів через 1–2 хвилини) артеріального тиску в положенні сидячи під час декількох візитів до лікаря. Таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях артеріального тиску (не менше ніж 2–3 рази в різні дні протягом 3–4 тижнів). Спонтанна нормалізація тиску можлива (під час відпочинку, перебування у відпустці тощо), але вона нетривала, настає повільно.

У кожному випадку гіпертонічної хвороби проводиться диференційна діагностика із симптоматичними гіпертензіями. Медичний огляд М(ВЛ)К особам із симптоматичною АГ проводиться також за основним захворюванням.

При медичному огляді осіб із симптоматичними гіпертензіями (нирковою, ендокринною тощо)

необхідно застосовувати статті Переліку захворювань щодо основного захворювання.

Під час медичного огляду співробітників Служби у зв'язку із звільненням зі служби план обстеження, експертний діагноз і відповідні пункти статей обґрунтовуються анамнестичними даними, що відображені в медичній та іншій документації, складеній щодо них за період служби.

4. Стаття 40: наявність ішемічної хвороби серця повинна бути підтверджена інструментальними та лабораторними методами дослідження (ЕКГ, Ехо-КГ, визначення ліпідного спектра, додаткові - ХМ ЕКГ, коронароангіографія тощо). Функціональні класи (далі - ФК) стенокардії напруги визначаються клінічно та підтверджуються за допомогою дозованого фізичного навантаження (ВЕМ, Тредміл-тест). Для прогностичної оцінки перебігу ішемічної хвороби серця та встановлення експертного діагнозу щодо функціонального класу обов'язково вивчаються і враховуються задокументовані дані анамнезу;

1) до пункту «а» належать:

хронічна ішемічна хвороба серця із СН ІБ - ІІІ стадії;

стенокардія напруги ІІІ-ІV ФК;

аневризма серця, великовогнищевий кардіосклероз після трансмурального або повторного інфаркту міокарда незалежно від стадії СН або порушень ритму та провідності;

поєднання стенокардії напруги ІІІ ФК і стенокардії спокою та СН ІА стадії;

реваскуляризація міокарду за наявності порушень серцевого ритму та провідності або СН ІА стадії безбольова форма ішемії, що виникає при потужності навантаження 50-75 Вт;

2) до пункту «б» належать:

поєднання дрібновогнищевого постінфарктного кардіосклерозу та СН ІА;

стану після дрібновогнищевого (або не Q) інфаркту міокарда за наявності минулого порушення ритму серця та провідності, стійкої АВ-блокади І ступеня, повної блокади однієї з ніжок пучка Гіса;

реваскуляризація міокарду за наявності легких порушень серцевого ритму та провідності або СН І стадії;

безбольова форма ішемії, що виникає при потужності навантаження 75-100 Вт та більше;

3) до пункту «в» належать:

стенокардія напруги І та ІІ ФК, атеросклеротичний кардіосклероз із СН І ступеня;

безбольова форма ішемії, що виникає при потужності навантаження 125 Вт та більше.

СН І стадії повинна бути обґрунтована об'єктивними показниками (наприклад: ознаками діастолічної дисфункції лівого шлуночка - дилатація ЛП (іVЛП більше 34 мл/м², співвідношення Е/е» більше 9 в стані спокою, швидкість регургітації на ТК більше 2,8 м/с, збільшення ІММ ЛШ). При цьому слід ураховувати, що у здорових людей можливе виявлення прихованої СН, обумовленої недостатньою фізичною тренуваністю і у зв'язку із цим низькою толерантністю до фізичних навантажень.

Визначення стадії СН, стійкості порушення ритму та провідності в співробітників Служби проводиться після проведеного лікування та стабілізації клінічного стану. Експертний діагноз щодо стадії СН встановлюється з урахуванням анамнестичних даних про перебіг патології серцево-судинної системи, стійкість результатів попереднього лікування.

Таблиця 3

Критерії клінічних стадій СН

Стадія СН	Клінічні прояви	6-хвилинний тест-ходьба (дистанція в метрах, яку необхідно пройти за 6 хвилин)	Порогова потужність фізичного навантаження за даними тестів з фізичним навантаженням (велоергометрія або тредміл) (у Ватах)
-----------	-----------------	--	---

1	2	3	4
СН І	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються тільки під час підвищеного фізичного навантаження та минають у стані спокою. Першу стадію СН може бути діагностовано за відсутності клінічних симптомів захворювання за умови виявлення при Ехо-КГ-дослідженні зниження фракції викиду не нижче ніж 45 % або в разі виявлення порушення діастолічної функції ЛПШ	426–550	Чоловіки - 101–150 Жінки - 86–125
СН ІІ–А	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються при помірному фізичному навантаженні та супроводжуються порушенням гемодинаміки у великому або малому колах кровообігу	300–425	Чоловіки - 51–100 Жінки - 51–85
СН ІІ–Б	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, напади стенокардії, що з'являються при незначному фізичному навантаженні і супроводжуються порушеннями гемодинаміки у великому та малому колах кровообігу	150–300	Чоловіки та жінки - нижче 51
СН ІІІ	Скарги на задишку або задиху, серцебиття, втому, напади стенокардії у стані спокою. Має місце тяжке порушення гемодинаміки в обох колах кровообігу, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів	Менше ніж 150	Не проводиться

Функціональні класи стабільної стенокардії визначаються вираженістю симптомів та підтверджуються за допомогою навантажувальних проб.

Характеристика функціональних класів:

І функціональний клас - звичайна діяльність не спричиняє стенокардії. Стенокардія виникає лише при посиленому, швидкому або тривалому навантаженні. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність - 125 Вт та більше;

ІІ функціональний клас - незначне обмеження звичної діяльності. Стенокардія виникає під час ходьби або швидкого підйому сходами, під час ходьби вгору або навантаження після їжі, у прохолодну погоду, при емоційному перевантаженні або тільки протягом перших декількох годин після пробудження. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність - 75–100 Вт;

ІІІ функціональний клас - значне обмеження звичайної фізичної активності. Стенокардія виникає при проходженні 1–2 кварталів (100–200 метрів) по рівній поверхні або при підйомі на один поверх сходами з нормальною швидкістю за нормальних умов. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність –50–75 Вт;

ІV функціональний клас - неспроможність виконувати будь-яке фізичне навантаження без дискомфорту або стенокардії спокою. Нечасті напади стенокардії в стані спокою не є обов'язковою підставою для віднесення хворого до ІV функціонального класу. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність - 25 Вт та нижче.

Таблиця 4

Характеристика функціональних класів

Показники	Функціональний клас			
	I	II	III	IV
Метаболічні одиниці (MET)	7,0 та більше	4,0–6,9	2,0–3,9	Нижче 2,0
Подвійний добуток (умов. од.)	278 та більше	218–277	151–217	Нижче 150

Потужність останнього ступеня навантаження (Вт)	125 та більше	75–100	50–75	25 або ВЕМ протипоказана
---	---------------	--------	-------	--------------------------

5. Стаття 41:

1) до пункту «а» належать:

повторні інсульти незалежно від ступеня порушень функцій;

тяжкі стійкі випадіння функції нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спинального кровообігу;

виражені неврологічні порушення при дисциркуляторній енцефалопатії 3 стадії (дискоординаторні, псевдобульбарні порушення, геміплегії, глибокі парези, розлади мови, пам'яті, мислення, явища паркінсонізму, епілептиформні припадки, порушення функцій тазових органів тощо);

минуці порушення мозкового кровообігу - транзиторні ішемічні напади, що підтверджуються медичними документами (більше 2 випадків);

множинні артеріальні аневризми після їх виключення з кровообігу;

артеріовенозні аневризми після емболізації, штучного тромбування або інтракраніального видалення;

судинні ураження головного та спинного мозку з помірною вогнищевою симптоматикою;

2) до пункту «б» належать:

явища дисциркуляторної енцефалопатії 2 стадії при церебральному атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, дисметаболічних порушеннях із зниженням працездатності, порушенням емоційно-вольової сфери за наявності окремих стійких органічних знаків з боку центральної нервової системи (пірамідні симптоми тощо), діагноз якої підтверджений даними КТ, УЗДГ головного мозку;

минуці порушення мозкового кровообігу (2 випадки), що підтверджуються медичними документами, у тому числі стаціонарним лікуванням;

наслідки порушень спинального кровообігу у вигляді розладів чутливості або легкого парезу кінцівок.

Під час медичного огляду співробітників Служби у зв'язку із звільненням зі служби план обстеження, експертний діагноз і відповідні пункти статей обґрунтовуються анамнестичними даними, що відображені в медичній та іншій документації, складеній щодо них за період служби;

3) до пункту «в» належать:

явища дисциркуляторної енцефалопатії 1 та 2 стадії у формі псевдоневротичного синдрому (емоційна нестійкість, подразливість, погіршення пам'яті, головний біль, запаморочення, розлад сну, шум у вухах тощо);

минуце порушення мозкового кровообігу з нестійкими осередковими симптомами з боку ЦНС, що утримуються не більше доби та проходять без порушення функції нервової системи;

вегетативно-судинні розлади з пароксизмальними порушеннями у вигляді синкопальних станів (до 2 випадків), які підтверджуються документально;

4) до пункту «г» належать:

початковий період атеросклерозу судин головного мозку;

вегетативно-судинні розлади із синкопальним станом в анамнезі.

Діагноз вегетативно-судинних розладів встановлюється тільки в тих випадках, коли цілеспрямоване обстеження не виявило інших захворювань, що супроводжуються порушенням вегетативної нервової системи. За наявності симпатоадреналових кризів, минутих порушень ритму серця вегетативно-судинні розлади підпадають під пункт «а» статті 44 Переліку захворювань.

Після перенесених первинних (нетравматичних) субарахноїдальних крововиливів при точно встановленому діагнозі придатність співробітників до служби визначається за пунктом «б», при повторних субарахноїдальних крововиливах (незалежно від етіології) до співробітників Служби застосовується пункт «а» цієї статті.

Під час оцінювання придатності до служби осіб, оперованих з приводу аневризми судин головного мозку, інших судинних уражень головного та спинного мозку, ураховуються радикальність операції, її ефективність, динаміка відновлення порушених функцій. У разі аневризми судин головного мозку, що є причиною порушення мозкового кровообігу, і за неможливості оперативного лікування або відмови від нього огляд осіб проводиться за пунктом «а».

При виявленні дисциркуляторної енцефалопатії з порушеннями у вертебробазиллярному басейні, підтвердженими даними УЗДГ, дуплексним дослідженням судин, медичний огляд проводиться за пунктами «б» або «в» з урахуванням ступеня порушення функції та даних обстеження шийного відділу хребта.

При виявленні в осіб ознак емоційно-вольових, інтелектуально-мнестичних та інших психічних розладів рішення (постанова) за цією статтею виноситься після висновку психіатра.

6. Стаття 42: за показаннями співробітникам Служби пропонується хірургічне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього придатність до служби в Службі визначається залежно від вираженості патологічного процесу із застосуванням методів, що дають об'єктивні показники (реовазографія, ультразвукова доплерографія, дуплексне сканування, ангиографія тощо);

1) до пункту «а» належать:

артеріальні та артеріовенозні аневризми магістральних судин;

атеросклероз черевної аорти із частковою або повною облітерацією отвору її вісцеральних відгалужень, здухвинних артерій з різким порушенням функцій органів та дистального кровообігу;

захворювання артерій, артеріол, капілярів з явищами хронічної артеріальної недостатності III–IV ступенів; гангренозно-некротичні ознаки їх ураження;

тромбоз ворітної або порожнистої вени;

тромбофлебіт, флеботромбоз із частими рецидивами;

посттромботична та варикозна хвороба нижніх кінцівок з явищами хронічної венозної недостатності III ступеня (стадія V–VI за CEAP);

слоновість (лімфадема) IV ступеня;

наслідки реконструктивних операцій на великих магістральних (аорта, здухвинна, стегнова, брахіоцефальна артерії, порожниста або ворітна вена) та периферійних судинах із незадовільними результатами лікування за наявності вираженого порушення кровообігу і при прогресуючому перебігу захворювання;

2) до пункту «б» належать:

захворювання артерій, артеріол, капілярів (облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, аортоартеріїт та атеросклероз артерій нижніх кінцівок) з хронічною артеріальною недостатністю II ступеня;

посттромбофлебітична або варикозна хвороба з наявністю хронічної венозної недостатності II ступеня, що проявляється стійкою набряккістю ступень та гомілок, свербінням, гіперпігментацією, витонченням шкіри (стадія III–IV за CEAP), за відсутності позитивного результату від повторного курсу лікування;

слоновість III ступеня;

наслідки реконструктивних операцій на магістральних та периферійних судинах із помірним порушенням функції;

варикозне розширення вен сім'яного канатика III стадії (виражене розширення вен, зменшення в розмірах та зміна консистенції яєчка);

3) до пункту «в» належать:

посттромботична та варикозна хвороба нижніх кінцівок з явищами хронічної венозної недостатності I ступеня (синдром «важких ніг», минучий набряк) або стадії II за CEAP;

облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, атеросклероз судин нижніх кінцівок I стадії, інші захворювання артерій, артеріол, капілярів з явищами хронічної артеріальної недостатності I ступеня;

варикозне розширення вен сім'яного канатика II та III ступенів.

4) до пункту «г» належать:

варикозна хвороба нижніх кінцівок без венозної недостатності - стадія I за СЕАР;

варикозне розширення вен сім'яного канатика I ступеня.

Локальне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок у вигляді циліндричних або звивистих еластичних вип'ячувань без ознак венозної недостатності, що спричиняє лише косметичну ваду, не дає підстав для застосування цієї статті.

Під час медичного огляду співробітників Служби у зв'язку із звільненням зі служби план обстеження, експертний діагноз і відповідні пункти статей обґрунтовуються анамнестичними даними, що відображені в медичній та іншій документації, складеній щодо них за період служби.

7. Стаття 43: за наявності показань співробітникам Служби пропонується хірургічне або консервативне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього огляд проводиться за пунктами «а» або «б» залежно від наявності вторинної анемії, частоти загострень та стадії випадіння гемороїдальних вузлів. До частих загострень геморою належать випадки, коли оглянутий перебуває 2–3 рази на рік на лікуванні, з довгими (1 місяць і більше) термінами госпіталізації з приводу кровотечі, тромбозу, запалення або випадіння гемороїдальних вузлів II–III ступенів. Якщо консервативне або хірургічне лікування дає позитивні результати, такі форми геморою належать до пункту «б».

8. Стаття 44: діагнози вегетосудинної та нейроциркуляторної дистоній є синдромальними, встановлюються, як виняток, у випадках, коли при порушеннях функцій вегетативної нервової системи та судинної системи обстеженням за участю кардіолога, невропатолога, психіатра, інших лікарів-спеціалістів неможливо встановити нозологічний діагноз згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду. Такі діагнози мають бути підтверджені стаціонарним обстеженням;

1) до пункту «а» належать:

виражені вегетосудинні розлади з пароксизмальними порушеннями у вигляді симпатоадреналових кризів або синкопальних станів в анамнезі;

нейроциркуляторна дистонія з нестабільністю артеріального тиску за наявності постійних скарг на стан здоров'я та стійких виражених проявів вегетосудинного характеру з порушенням серцевого ритму та провідності (неорганічного походження), що важко піддаються лікуванню та знижують працездатність;

нейроциркуляторна дистонія із стійкою фіксацією артеріального тиску нижче 100/60 мм рт. ст. за наявності постійних скарг і стійких виражених вегетосудинних розладів, які важко піддаються лікуванню та знижують працездатність;

При значно виражених вегетосудинних розладах із пароксизмальними порушеннями у вигляді симпатоадреналових кризів або синкопальних станів, які підтверджуються медичними документами, застосовується також відповідний пункт статті 41 Переліку захворювань;

2) до пункту «б» належать:

безсимптомна (фізіологічна) гіпотонія, що не знижує працездатність;

нейроциркуляторна дистонія з проявами, що не знижують працездатність, у тому числі лабільністю артеріального тиску, минулими поодинокими порушеннями ритму серця функціонального характеру (без пароксизмальних порушень та органічних змін органів і систем).

У разі порушень серцевого ритму внаслідок органічних змін міокарда (запального, дистрофічного або іншого характеру) огляд проводиться за статтею 38 Переліку захворювань.

9. Стаття 45:

1) до пункту «а» належать ангіотрофонеvroзи III–IV стадій (гангренозно-некротична форма), для яких характерна наявність фліктен, надзвичайно болючих поверхневих виразок на кінчиках пальців, акросклероз, склеродактилія, дистрофічні зміни нігтьових пластин, підвищена вразливість пальців, абсолютне несприйняття низьких температур;

2) до пункту «б» належать ангіотрофонеvroзи II стадії, які проявляються неодноразовими епізодами тривалого (більше години) нападоподібного больового синдрому на тлі акроціанозу пальців, вираженого гіпергідрозу та незначного їх набряку і характеризуються відсутністю позитивного результату від повторного курсу лікування;

3) до пункту «в» належать ангіотрофонеvroзи I стадії (печія, біль, блідість, оніміння пальців протягом декількох хвилин), які виникають при переохолодженні та проходять самостійно.

Х. Хвороби системи дихання (J00 – J99)

1. Стаття 46:

1) до пункту «а» належать гнійні або поліпозні синусити, поліпозні слизової оболонки носа з порушенням носового дихання, хронічні гнійні та поліпозні синусити без видимих ускладнень, які проходять із частими (не менше 2 разів на рік) загостреннями та втратою працездатності, а також гнійні синусити з хронічним декомпенсованим тонзилітом.

Під час огляду співробітників Служби, які страждають на хронічний гнійний синусит, ураховується перебіг захворювання та частота загострення. За умови частих загострень та при незадовільному результаті лікування в стаціонарних умовах питання про придатність співробітників Служби до служби вирішується індивідуально.

Кандидати на службу в Службу за наявності хронічних гнійних чи поліпозних захворювань навколоносових пазух без дистрофії слизової носа, без частих загострень і без супутніх захворювань визнаються придатними після хірургічного лікування з позитивними результатами.

Діагноз хронічного гнійного захворювання навколоносових пазух має бути підтверджений риноскопичними даними (гнійні виділення), рентгенографією пазух у двох проєкціях, а для верхньощелепної пазухи, крім того, – діагностичною пункцією;

2) до пункту «б» належать полінози в співробітників із вираженим ринкон'юнктивальним синдромом, загостреннями більше 1–2 разів на рік, частими синуситами. Кандидати на службу в Службу при зазначеному перебігу полінозу визнаються непридатними до служби в Службу. Діагноз полінозу, хронічного вазомоторного алергічного риніту має бути підтверджений риноскопичними даними, рентгенографією навколоносових пазух, крім того, аналізом крові на Ig E (у сумнівних випадках).

До осіб, які страждають на алергічні риніти (у тому числі полінози), що виявлені вперше або перебігають без ускладнень, застосовується пункт «в» цієї статті.

Алергічні риносинусопатії, ларингіти, полінози, які перебігають з бронхолегеновими або вісцеральними ускладненнями, розглядаються як варіант форми бронхіальної астми. Огляд здійснюється за статтею 49 Переліку захворювань залежно від ступеня порушення функцій органів та систем;

3) до пункту «в» належать хронічні негнійні захворювання навколоносових пазух (катаральні, серозні, вазомоторні та інші негнійні форми синуситів, кіста верхньощелепної пазухи) без ознак дистрофії тканин верхніх дихальних шляхів, без частих загострень, пов'язаних з утратою працездатності. Придатність кандидатів до служби із цими захворюваннями визначається з урахуванням конкретних умов майбутньої служби та її специфіки.

Викривлення носової перегородки за умови вільного носового дихання, принаймні з одного боку, субатрофічні явища слизової верхніх дихальних шляхів не є перешкодою для прийняття на службу в Службу, як і пристінне потовщення слизової верхньощелепних пазух, якщо під час діагностичної пункції не одержано гною або трансудату та якщо збережена прохідність верхньощелепних пазух.

Залишкові явища після операції на навколоносових пазухах (лінійний рубець перехідної складки присінок рота, співусть оперованої пахузи з носовою порожниною або вуаль на рентгенограмі) не є перешкодою до служби.

Під хронічним декомпенсованим тонзилітом слід розуміти таку форму хронічного тонзиліту, яка характеризується частими загостреннями (не менше 2–3 разів на рік), запаленням навколомигдаликової тканини, регіонарних лімфовузлів, а також несприятливо впливає на

діяльність інших органів та систем як хронічне вогнище інфекції та алергії. Об'єктивними ознаками хронічного декомпенсованого тонзиліту є наявність гною або казеозних пробок у лакунах мигдаликів, грубі рубці на мигдаликах, гіперемія та інфільтрація піднебінних дужок та зрощення їх з мигдаликами, наявність фолікулів, що нагноюються, збільшення лімфовузлів по передньому краю грудинно-ключично--соскоподібного м'яза. Діагноз має бути підтверджений наявністю трьох та більше об'єктивних ознак захворювання. Тільки така форма хронічного тонзиліту перешкоджає вступу на службу в Службу. Хронічний декомпенсований тонзиліт за умови останнього загострення (ускладнення) менше ніж 6 місяців, без наявності ускладнень з боку інших органів і систем не є перешкодою для прийняття на службу в Службу за графами I, III.

Кандидати на службу в Службу згідно із графами I та III направляються на лікування, а згідно із графами II непридатними. За наявності ускладнень тонзиліту з боку інших органів і систем питання про придатність до служби вирішується разом із терапевтом.

Компенсована форма хронічного тонзиліту не дає підстав для застосування цієї статті, не перешкоджає проходженню служби.

Стійкий та різкий характер порушення барофункції вуха визначається за даними повторних досліджень та вушної манометрії.

Найбільш достовірні дані одержують після додаткового функціонального дослідження в барокамері (рекомпресійній камері).

Порушення барофункції навколоносових пазух установлюється на підставі скарг оглянутого, стану носової порожнини, отоскопії, випробовування в барокамері на витривалість перепадів тиску з рентгенологічним дослідженням навколоносових пазух до та після випробування, даних медичної та службової характеристик;

При хронічному ларингіті огляд проводиться за статтею 47 Переліку захворювань.

2. Стаття 47: захворювання, наслідки пошкоджень гортані або шийного відділу трахеї через незадовільні результати лікування або відмову від нього.

1) до пункту «а» належать стійка відсутність або утруднення голосоутворення, дихання через природні дихальні шляхи, порушення розподільної функції із значним або помірним порушенням функції зовнішнього дихання;

Стенози гортані призводять до дихальної недостатності, гіпоксії і тяжкого стану пацієнтів. Парези, паралічі гортані та тяжка спастична дисфонія призводять до дихальної недостатності різного ступеня і значного порушення голосоутворення. Спастична дисфонія - тяжке функціональне порушення голосоутворення, зумовлене дискоординацією дихання, фонації та артикуляції. Спастична дисфонія має ремітуючий перебіг, виникнення і тривалість фази погіршення не піддається надійному прогнозуванню. Тяжка спастична дисфонія практично не має тривалих періодів ремісії. Пацієнти зі стенозами, парезами та паралічами гортані, тяжкою спастичною дисфонією не можуть виконувати фізичні навантаження (існує ризик задухи). У хворих із вираженими порушеннями голос напружений, здавлений, постійна виражена хрипота, спостерігаються додаткові призвуки. Темп мовлення уповільнений, розбірливість мови значно знижена, спілкування з такими хворими утруднене;

2) до пункту «б» належать захворювання гортані з незначним порушенням функції зовнішнього дихання.

Парези і паралічі гортані з помірним порушенням функції голосоутворення та дихання; середня форма спастичної дисфонії. При середньому ступені спастичної дисфонії голос грубий, низький, напружений з шумовими призвуками. При непрямій ларингоскопії спостерігається потовщення вестибулярних складок внаслідок підвищення їх тонусу, голосові складки судомно змикаються на всьому протязі. Ларингостробоскопічна картина характеризується коливаннями малої амплітуди, що швидко стихають, симптом зміщення слизової оболонки по краю відсутній, час фонації скорочений.

Огляд проводиться разом із неврологом з урахуванням даних мікроларингоскопії,

ларингостробоскопії, РЕГ, ЕЕГ, доплерографії, призначається МРТ головного мозку для диференціювання з дисфоніями, викликаними органічною патологією головного мозку (за можливості - консультація фоніатра).

При легких формах захворювання пацієнти скаржаться на легку хрипоту, нечасті незначні спазми в гортані. Особливих змін при ларингоскопії не відзначається. У цьому разі ст. 47 не застосовується.

3. Стаття 48:

1) до пункту «а» належать хронічні неспецифічні захворювання бронхолегеневого апарату та плеври, нагноювальні захворювання легень із значним порушенням функції зовнішнього дихання та значною втратою працездатності;

2) до пункту «б» належать хронічні неспецифічні захворювання бронхолегеневого апарату з помірним порушенням функції зовнішнього дихання, а також хронічні бронхіти, що супроводжуються емфіземою легень, обмеженим пневмосклерозом, циліндричними бронхоектазами.

Після гострих захворювань бронхолегеневого апарату і плеври, ускладнених масивними плевральними зросненнями, дифузним пневмосклерозом, придатність до служби визначається на підставі цієї статті за пунктом «а» або «б» залежно від порушення функції зовнішнього дихання.

Кандидати на службу в Службу та співробітники Служби, які страждають на саркоїдоз з ураженням легень, оглядаються за пунктами статей 13 та 48 залежно від стадії захворювання, ступеня вираженості порушення функції зовнішнього дихання. Діагноз захворювання має бути підтверджений результатами пункційної біопсії з гістологічним дослідженням, а за відмови від неї - сукупністю даних, отриманих за допомогою клінічних, рентгенологічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження;

3) при хронічних неспецифічних захворюваннях бронхолегеневого апарату, які рідко зустрічаються (ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт Хаммена - Річа, альвеолярний протеїноз, гемосідероз та інші), придатність визначається за пунктами «а» або «б» залежно від стійкості і вираженості порушення функції зовнішнього дихання та інших органів.

3) до пункту «в» належать: хронічні неспецифічні захворювання бронхолегеневого апарату з незначним порушенням функції зовнішнього дихання.

Показники оцінки функціонального стану апарату зовнішнього дихання наведені в таблиці 5.

Таблиця 5

Показники оцінки функції зовнішнього дихання

Показники	Норма	Ступінь порушення функції зовнішнього дихання		
		Незначний	помірний	значний
1	2	3	4	5
Клінічні		Задишка при раніше звичних фізичних навантаженнях та під час загострень	Задишка при виконанні незначних фізичних навантажень, повторні загострення, що погіршують якість життя хворого	Задишка у стані спокою, ознаки хронічної правошлуночкової недостатності
Інструментальні				
ФЗД				
Життєва ємність легень (ЖЄЛ) у відсотках належної величини	> 85	84-70	69-50	< 50
Максимальна вентиляція легень	> 75	74-55	54-35	< 35

(МВЛ) у відсотках належної величини				
Обсяг форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) у відсотках належної величини	> 80	79–50	49–30	< 30

Тяжкість перебігу захворювання та оцінка функціонального стану апарату зовнішнього дихання встановлюються в період ремісії (після курсу лікування) з урахуванням даних анамнезу та відповідної медичної документації.

4. Стаття 49: діагноз бронхіальної астми має бути встановлений після комплексного обстеження з проведенням дослідження функції зовнішнього дихання з медикаментозними пробами;

1) до пункту «а» належить бронхіальна астма з важкими та частими (щотижневими) нападами задухи (нерідко астматичний стан), із легенево-серцевою недостатністю 2–3 ступенів, які потребують повторного стаціонарного лікування хворого. До цього самого пункту належать бронхіальна астма неконтрольована з важкими та частими (щотижневими) нападами задухи, з трьома та більше ознаками часткового контролю, бронхіальна астма, яка потребує постійного приймання системних (пероральних) глюкокортикоїдів;

2) до пункту «б» належить бронхіальна астма персистуюча середнього ступеня тяжкості з нечастими нападами задухи, які купіруються введенням різноманітних бронхорозширювальних препаратів. У період між нападами зберігається порушення функції зовнішнього дихання 1–2 ступенів;

3) до пункту «в» належить: бронхіальна астма інтермітуючого перебігу та легкого ступеня тяжкості, що не потребують стаціонарного лікування і поза нападом не супроводжуються порушенням функції зовнішнього дихання або супроводжуються незначним її порушенням, з короткотривалими нападами задухи не частіше 2–3 разів на рік, що легко купіруються бронхорозширювальними засобами.

До цього самого пункту належить предастма. Цей стан характеризується наявністю частих інфекційних захворювань дихальних шляхів, бронхітів, які супроводжуються пароксизмальним кашлем і порушенням бронхіальної провідності в осіб з алергічними реакціями на побутові, харчові алергени, медикаменти тощо, з полінозами, вазомоторними ринітами. Діагноз предастми має бути підтверджений алергологом та пульмонологом після спеціальних досліджень.

За відсутності нападів бронхіальної астми протягом 5 років і більше та порушень зовнішнього дихання на час медичного огляду придатність до служби кандидатів на службу визначається з урахуванням даних із місця медичного обслуговування, висновків алерголога та пульмонолога, кандидати на службу в Службу визнаються придатними згідно із графою IV.

Якщо бронхоспастичні синдроми (обтураційний, ендокринно-гуморальний, неврогенний, токсичний та інші) є ускладненням інших захворювань, придатність до служби визначається залежно від перебігу основного захворювання за відповідними статтями Переліку захворювань.

XI. Хвороби органів травлення (K00 – K93)

1. Стаття 50: у випадках, коли сума каріозних, пломбованих та видалених зубів більше 9 і при цьому не менше 4 зубів з клінічними або рентгенологічними ознаками хронічного запалення з ураженням пульпи і періодонта, включаючи зуби із пломбованими кореневими каналами, кандидати на службу підлягають лікуванню з подальшим проходженням медичного огляду.

2. Стаття 51:

1) до пункту «а» належать дефекти нижньої щелепи після хірургічного лікування, не заміщені трансплантатами, дефекти, деформації щелепно-лицевої ділянки, а також хронічні, що часто загострюються, захворювання щелеп, слинних залоз, скронево-щелепних суглобів, анкілози

скронево-нижньо-щелепних суглобів, контрактури та несправжні суглоби нижніх щелеп за відсутності ефекту від лікування або відмови від нього. До цього самого пункту належить актиномікоз щелепно-лищевої ділянки, який не піддається лікуванню.

В окремих випадках залежно від фактичної працездатності, умов служби, думки командування співробітники Служби з набутими дефектами та деформаціями щелепно-лищевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті за пунктом «б»;

2) до пункту «б» належать аномалії прикусу 2–3 ступеня із роз'єднанням прикусу більше 5 мм або із жувальною ефективністю менше 60 % за М. Г. Агаповим, хронічні сіалоаденіти із частими загостреннями, актиномікоз щелепно-лищевої ділянки із задовільними результатами лікування, хронічний остеомієліт щелеп із наявністю секвестральних порожнин та секвестрів. Особам, що проходять медичний огляд, пропонується лікування, після якого приймається рішення (постанова).

3. Стаття 52: підставою для застосування пункту «а» цієї статті є наявність в оглянутих генералізованої форми пародонтиту, пародонтозу із частими загостреннями та абсцедуванням.

Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного дослідження всієї зубощелепної системи з рентгенографією та виявленням супутніх захворювань;

1) до пункту «а» належить пародонтит із глибиною пародонтальної кишені 5 мм і вище, резорбцією кісткової тканини альвеолярного відростка на 2/3 довжини кореня, рухомістю зуба 2–3 ступенів.

Пародонтит, пародонтоз I–II ступенів, стоматити, гінгівіти, хейліти та інші захворювання слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз і язика не підпадають під дію статті.

4. Стаття 53:

1) до пункту «а» належать:

набуті стравохідно-трахеальні або стравохідно-бронхіальні свищі;

рубцеві звуження або нервово-м'язові захворювання стравоходу із значними клінічними проявами, які потребують систематичного бужування або хірургічного лікування з приводу стравохідних кровотеч;

гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) IV стадії;

2) до пункту «б» належать:

дивертикули стравоходу з клінічними проявами, які не потребують хірургічного лікування;

рубцеві звуження та нервово-м'язові захворювання стравоходу при задовільних результатах консервативного лікування;

ГЕРХ з помірним порушенням функції.

3) до пункту «в» належать:

ГЕРХ з незначним порушенням функції (у тому числі з езофагітом);

дивертикули стравоходу без клінічних проявів.

У разі виявлення стравоходу Баррета кандидати на службу в Службу за всіма графами визнаються непридатними до служби в Службі незалежно від ступеня порушення функції травлення та частоти загострень.

ГЕРХ має бути підтверджена ендоскопічним та (або) рентгенологічним дослідженням (обов'язково в горизонтальному положенні). Тяжкість перебігу ГЕРХ залежить від частоти загострень та стаціонарних лікувань.

5. Стаття 54: наявність виразкової хвороби має бути підтверджена результатами інструментальних методів дослідження (рентгенологічним дослідженням в умовах штучної гіпотонії, ендоскопічним дослідженням). При виразковій хворобі та за наявності рентгенологічного підтвердження за останні 3–5 років експертні рішення (постанови) щодо співробітників Служби можуть бути зроблені на підставі ендоскопічних досліджень;

1) до пункту «а» належать:

виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, що ускладнилася пенетрацією, стенозом

пілоруса при відмові від хірургічного лікування;

наслідки резекцій шлунка, накладення шлунково-кишкового сполучення, виконання стовбурової чи селективної ваготомії при порушенні функції травлення (демпінг-синдром, що не піддається лікуванню, стійкі проноси тощо) та із занепадом живлення;

повторні масивні гастродуоденальні кровотечі, стани після оперативних втручань у зв'язку з масивними повторними гастродуоденальними кровотечами;

ускладнення після оперативних втручань на шлунку і дванадцятипалій кишці у зв'язку з виразкою при незадовільних результатах лікування (стійкі анастомозити, виразки анастомозів тощо);

безперервно рецидивна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки після гострої (початкової) або хронічної форми виразкової хвороби;

2) до пункту «б» належать виразкова хвороба шлунка і виразкова хвороба дванадцятипалої кишки із частими (2 і більше разів на рік) загостреннями, з позацибулинною виразкою, множинними виразками цибулини та поза нею, мігруючими кальозними чи виразками цибулини або позацибулинної зони, що довго не заживають.

До цього самого пункту належать перебіг виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, що ускладнився перфорацією чи кровотечею або грубою рубцевою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки, а також стани після виконання стовбурової чи селективної ваготомії в разі неефективності проведеного лікування протягом одного року, накладання шлунково-кишкового анастомозу з помірним порушенням функції травлення (рідкі і незначні прояви демпінг-синдрому, нестійке випорожнення кишечника тощо).

Обов'язковим для діагностики грубої рубцевої деформації цибулини дванадцятипалої кишки є виконання повноцінної дуоденографії в умовах штучної гіпотонії;

3) до співробітників Служби з неускладненою виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки з рідкими (один раз на рік і менше) загостреннями, наслідками ушивання перфоративної виразки чи органозберігаючих операцій при виразковій хворобі в разі стійкої ремісії протягом 3–5 років без розладів функції травлення за наявності незначної деформації цибулини дванадцятипалої кишки застосовується пункт «в» цієї статті.

Рецидивний характер перебігу захворювання необхідно підтверджувати даними амбулаторного або стаціонарного обстеження і лікування. У фазі ремісії захворювання достовірною ознакою перенесеної виразки цибулини дванадцятипалої кишки є післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні та (або) рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки при рентгенографії в умовах штучної гіпотонії, а перенесеної виразки шлунка - післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні.

При неускладнених симптоматичних виразках шлунка та дванадцятипалої кишки придатність до служби визначається залежно від тяжкості перебігу основного захворювання із застосуванням відповідних статей.

Відсутність загострень виразкової хвороби протягом 3 років та більше за відсутності органічних змін шлунка та дванадцятипалої кишки не дає підстав для застосування цієї статті.

6. Стаття 55:

1) до пункту «а» належать хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічні гастрити, хронічні дуоденіти) із значним або помірним порушенням функції із частими (3 та більше на рік) загостреннями, які потребують стаціонарного лікування, або із занепадом живлення;

2) до пункту «б» належать хронічні гастрити з помірним порушенням секреторної кислотоутворювальної функції, хронічні запальні захворювання, які підлягають диспансерному нагляду і обмежують працездатність особи (у тому числі тимчасово);

3) до пункту «в» належать хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються рідкими (один раз на рік та рідше) загостреннями (хронічні гастрити, гастродуоденіти з незначним порушенням кислотоутворювальної функції та рідкими

загостреннями, що не потребують медикаментозного лікування і не обмежують працездатність).

Особи з ерозивними або запальними змінами слизової шлунка, дванадцятипалої кишки підлягають лікуванню з подальшим повторним оглядом.

У разі відсутності загострень захворювань протягом 3 років підстав для застосування цієї статті немає.

7. Стаття 56:

1) до пункту «а» належать токсичне ураження печінки з фіброзом та цирозом печінки, тяжкі форми токсичного ураження печінки з хронічним активним гепатитом, тяжкі форми хронічних прогресуючих активних гепатитів, хронічних рецидивуючих панкреатитів із значним або помірним порушенням функції, які супроводжуються частими (2 рази та більше на рік) загостреннями та потребують стаціонарного лікування, ускладнення після хірургічного лікування (жовчні, панкреатичні нориці тощо);

2) до пункту «б» належать хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту з помірним порушенням функції, хронічні панкреатити, хронічні персистуючі гепатити, які потребують повторної госпіталізації хворого, хронічні калькульозні холецистити з печінковими коліками.

Кандидати на службу в Службу за наявності хронічного калькульозного холециститу визнаються непридатними до служби. За наявності жовчнокам'яної хвороби, холестерозу жовчного міхура, що супроводжується загостреннями хронічного холециститу, співробітникам Служби пропонується оперативне лікування. Після проведення операції придатність до служби визначається індивідуально залежно від її наслідків.

Через 6 місяців після холецистектомії із сприятливим результатом перебігу хвороби (за відсутності ПХЕС, при нормальних лабораторних показниках функції печінки) рішення (постанова) приймається за пунктом «в» цієї статті;

3) до пункту «в» належать хронічні некалькульозні холецистити та панкреатити з рідкими загостреннями, хронічний персистуючий гепатит з незначним порушенням або без порушення функції. У всіх випадках наявності токсичного ураження печінки в анамнезі мають бути представлені дані біохімічного обстеження, ультразвукового обстеження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та інші інструментальні дані з оглядом гастроентеролога.

У разі відсутності загострень захворювань протягом 3 років та відсутності об'єктивних даних на час огляду діагноз може бути встановлений анамнестично, але підстав для застосування статті 56 в таких випадках немає.

До пункту «в» може бути віднесена гіпербілірубінемія (функціональна, ферментативна) після всебічного обстеження особи з метою виключення порушення функції та хронічної патології печінки.

8. Стаття 57:

1) до пункту «а» належать:

тяжкі форми хронічних неспецифічних виразкових колітів, ентеритів (у тому числі хвороба Крона) із значним порушенням функції;

наслідки резекції тонкої або товстої кишки із занепадом живлення та проявами демпінг-синдрому;

недостатність сфінктера заднього проходу II–III ступенів;

спайковий процес у черевній порожнині з явищами кишкової непрохідності, який потребує стаціонарного лікування;

хронічний парапроктит із частими загостреннями, що важко піддається лікуванню;

випадіння всіх шарів прямої кишки III стадії;

2) до пункту «б» належать:

хронічні виразкові коліти та ентерити, хвороба Крона з помірним порушенням функції та частими (2 рази та більше на рік) загостреннями, які потребують стаціонарного лікування, що дає нестійкий позитивний ефект;

спайковий процес у черевній порожнині, що потребує неодноразового стаціонарного лікування;
випадіння прямої кишки II стадії;

хронічний парапроктит з рідкими загостреннями або нестійкими норицями, які рідко відкриваються (1–2 рази на рік);

3) до пункту «в» належать:

випадіння прямої кишки при дефекації (1 стадія), яка вправляється самостійно;

хронічний парапроктит, який перебігає у формі періодичного гострого запалення без утворення зовнішньої нориці.

У разі випадіння прямої кишки, кишкових або калових свищів, звуження заднього проходу або недостатності його сфінктера, хронічного парапроктиту пропонується хірургічне лікування. Придатність до служби визначається залежно від результатів лікування.

9. Стаття 58: за наявності гриж пропонується хірургічне лікування.

Підставою для застосування цієї статті є незадовільні результати лікування, протипоказання для його проведення або відмова від нього;

1) до пункту «а» належать:

рецидивні великих розмірів грижі, які утруднюють ходу або порушують функцію внутрішніх органів після неодноразового рецидиву захворювання з приводу гриж з вираженим занепадом живлення або порушенням функції травлення (стійкі проноси тощо);

діафрагмальні грижі (також набута релаксація діафрагми), що порушують функцію внутрішніх органів;

множинні грижі, а також вентральні грижі, що не вправляються;

зовнішні грижі помірних розмірів, у тому числі при одноразовому рецидиві після хірургічного лікування, які утруднюють ходу, а також вентральні грижі, що потребують носіння бандажу.

Одноразовий рецидив грижі після хірургічного лікування не дає підстав для застосування пункту «а»;

2) до пункту «б» належать:

грижі невеликих розмірів, що не супроводжуються ускладненнями і не порушують функцію;

грижі стравохідного отвору діафрагми, які не супроводжуються порушенням функції, при задовільних результатах лікування.

Передочеревинний жировик білої лінії живота, а також розширення пахових кілець без грижового випинання не дають підстав для обмеження придатності до служби в Службі.

ХІІ. Хвороби сечостатевої системи (N00 - N99)

1. Стаття 59: медичний огляд співробітників Служби, кандидатів на службу в Службу із захворюваннями нирок здійснюється тільки після ретельного амбулаторного або стаціонарного обстеження і (за необхідності) лікування.

Для проведення військово-лікарської експертизи, крім терміна «хронічна ниркова недостатність» (ХНН), доцільно застосовувати поняття «хронічна хвороба нирок» (ХХН). ХХН - наявність ознак ураження нирок та (або) зниження швидкості клубочкової фільтрації протягом 1,5–2 місяців від початку захворювання.

Діагностичні критерії стадії ХХН наведено в таблиці 6.

Таблиця 6

Діагностичні критерії стадії ХХН

Стадія	Характеристика стадії	Швидкість клубочкової фільтрації
1	2	3

I	Ураження нирок з нормальною або підвищеною ШКФ	≥ 90
II	Ураження нирок з помірним зниженням ШКФ	60–89
III	Початкова ниркова недостатність	30–59
IV	Виражена ниркова недостатність	15–29
V	Термінальна ниркова недостатність	<15

Ступені ХНН за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та концентрацією креатиніну плазми наведено в таблиці 7.

Таблиця 7

**Ступені ХНН за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ)
та концентрацією креатиніну плазми**

Ступені	Рівень клубочкової фільтрації (мл/хв)	Рівень креатиніну (ммоль/л)
1	2	3
1 ступінь	$<90 \geq 60$	$>0,123 \leq 0,176$
2 ступінь	$<60 \geq 30$	$>0,176 \leq 0,352$
3 ступінь	$<30 \geq 15$	$>0,352 \leq 0,528$
4 ступінь	<15 або лікування методами діалізу	$>0,528$

1) до пункту «а» належать хронічні захворювання нирок (гломерулярні ураження нирок і нефрити, інші хвороби нирок і сечоводу), ускладнені ХНН 2 та 3 ступенів або ХХН IV–V стадій;

2) до пункту «б» належать хронічні захворювання нирок з помірним порушенням їх парціальних функцій з ХНН I стадії або без неї та ХХН III стадії. Помірним порушенням функції нирок вважається наявність сечового синдрому із стійкими змінами в сечі, зниження секреторного або екскреторного сегментів на радіоізотопній ренографії більше 30 % норми, поява контрасту на видільних урограмах пізніше 20 хвилин. За цим пунктом слід виносити рішення щодо осіб за наявності в них стійкої артеріальної гіпертензії, яка пов'язана з хронічним захворюванням нирок та потребує медикаментозної корекції;

3) до пункту «в» належать хронічні захворювання нирок із незначним порушенням їх функції або ХХН I–II стадій. Незначними порушеннями функції нирок вважаються наявність сечового синдрому (минуша еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія) при нормальних показниках рівня клубочкової фільтрації та рівня креатиніну в крові, поява контрасту на екскреторних урограмах пізніше 10 хвилин.

Кандидати на службу в Службу, які перенесли гострий гломерулонефрит та на час огляду не мають ознак хронічного процесу і ниркової недостатності, можуть бути визнані придатними до служби лише через рік після хвороби.

За наявності патологічних змін у сечі впродовж 4 місяців і більше після перенесеного гострого запального захворювання нирок співробітники Служби підлягають лікарському нагляду, а за потреби - медичному огляду за пунктом «б» цієї статті.

2. Стаття 60:

1) до пункту «а» належать захворювання, які супроводжуються значно вираженими порушеннями видільної функції нирок або ХНН I–II ступенів тяжкості:

сечокам'яна хвороба з ураженням нирок при незадовільних результатах лікування (камінці,

гідронефроз, вторинний пієлонефрит, що не піддається лікуванню, тощо);

двобічний нефроптоз III стадії;

тазова дистопія нирок із значними порушеннями функцій;

відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, за наявності порушень функції другої нирки будь-якого ступеня;

стани після резекції, пластики сечового міхура;

склероз шийки сечового міхура, що супроводжується міхурово-сечовим рефлюксом та вторинним двобічним хронічним пієлонефритом або гідронефрозом;

стриктура уретри, яка потребує систематичного бужування;

2) до пункту «б» належать:

сечокам'яна хвороба із частими нападами ниркової коліки (2 та більше на рік) та відходженням камінців з помірним порушенням функції нирок або ХНН I ступеня;

однобічний нефроптоз III стадії або двобічний II стадії з больовим синдромом, вторинним пієлонефритом або вазоренальною гіпертензією;

стани після літотрипсії, які супроводжуються больовим синдромом та вторинним хронічним пієлонефритом або вазоренальною гіпертензією, незалежно від того, порушена функція нирок чи ні;

склероз шийки сечового міхура при однобічних помірних змінах сечовивідної системи (однобічний гідроуретер, гідронефроз);

стриктура уретри, яка потребує бужування не більше 2 разів на рік у разі задовільних результатів лікування;

3) до пункту «в» належать:

нефункціонуюча нирка, а також відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, у разі нормальної функції нирки, яка залишилася;

поодинокі камінці (до 0,5 см в діаметрі) нирок, сечоводів, які мають нахил до самостійного відходження з рідкими нападами ниркової коліки (1–2 рази на рік);

нефроптоз II стадії з незначними клінічними проявами та незначним порушенням функції нирок;

поодинокі камінці (0,5 см у діаметрі та більше) нирок, сечоводів без порушення видільної функції нирок;

хронічні запальні захворювання сечовивідної системи з рідкими (1–2 рази на рік) загостреннями при успішному лікуванні та незначному порушенні функцій;

стани (до 1 року) після інструментального видалення поодиноких камінців та літотрипсії з незначним порушенням функцій;

тазова дистопія нирок із незначними порушеннями функцій;

4) до пункту «г» належать:

стани (протягом 1 року) після інструментального видалення поодиноких камінців із сечовивідних шляхів та їх літотрипсії (лоханка, сечовід, сечовий міхур) без порушення функцій та повторного каменеутворення;

однобічний нефроптоз II стадії або двобічний нефроптоз I стадії.

3. Стаття 61:

1) до пункту «а» належать:

аденома простати III стадії;

хронічний простатит, який потребує стаціонарного лікування хворого 2–3 рази на рік;

рецидивна (після хірургічного лікування) водянка оболонок яєчок або сім'яного канатика, що утруднює ходу, сечовипускання;

2) до пункту «б» належать:

аденома простати II стадії при задовільних результатах лікування;

хронічний калькульозний простатит;

3) до пункту «в» належать:

стани після видалення одного яєчка через пухлину доброякісного характеру;
хвороби чоловічих статевих органів за наявності клінічних проявів без порушення функцій.

З приводу водянки оболонки яєчка або сім'яного канатика, фімозу, парафімозу, варикозного розширення вен сім'яного канатика пропонується хірургічне лікування. Медичний огляд за пунктами «б», «в» цієї статті проводиться в разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього.

Після хірургічного лікування водянки оболонки яєчка, сім'яного канатика або варикоцеле, що закінчується одужанням, придатність до служби в Службі не обмежується.

Відсутність одного яєчка після видалення через неспецифічне захворювання або пошкодження не є підставою для застосування цієї статті.

4. Стаття 62:

1) до пункту «а» належать хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів, які потребують лікування 3 та більше разів на рік і супроводжуються стійкими тазовим болем, порушеннями менструальної функції. Діагноз має встановлюватися у стаціонарі;

2) до пункту «б» належать хронічні запальні захворювання з помірним порушенням функцій та загостреннями 2 рази та більше на рік;

3) до пункту «в» належать хронічні запальні хвороби статевих органів з незначними проявами і незначними для служби порушеннями функцій (у тому числі жіночим безпліддям).

5. Стаття 63:

1) до пункту «а» належать:

ендометріоз із значними клінічними проявами, що потребують стаціонарного лікування (слід ураховувати ступінь поширеності процесу, вираженості больового синдрому та порушення менструальної функції, відсутність стійкого ефекту від консервативного лікування);

повне випадіння матки або піхви;

сечостатеві та кишково-статеві свищі при незадовільних результатах лікування;

2) до пункту «б» належать:

ендометріоз із помірними або незначними клінічними проявами та тимчасовим ефектом від консервативного лікування;

рубцеві та спайкові процеси малого таза з больовим синдромом;

3) до пункту «в» належать ендометріоз без клінічних проявів, аденоміоз.

Під час визначення тяжкості захворювання на ендометріоз та ступеня порушення функцій уражених органів слід ураховувати ступінь поширеності процесу, вираженість больового синдрому, тривалість порушення функцій та ефективність лікувальних заходів. Діагноз ендометріозу має бути встановлений у стаціонарі.

Неправильне положення матки без порушення функцій не є підставою для обмеження придатності до служби.

Кандидати на службу в Службу за наявності ерозії (із запальним типом мазка), дисплазії шийки матки, кісти бартолінової залози або поліпа цервікального каналу підлягають лікуванню з повторним оглядом за його результатами. Щодо співробітників Служби застосовується пункт «в».

6. Стаття 64:

1) до пункту «а» належать:

захворювання молочної залози з поширеним двостороннім процесом та частими загостреннями;
доброякісна дисплазія молочної залози з проліферацією епітелію;

виражена гінекомастія.

Особи, оперовані з приводу вираженої гінекомастії із сприятливим результатом, визнаються придатними до служби.

2) до пункту «б» належить незначно виражений односторонній процес у молочній залозі з нечастими загостреннями.

7. Стаття 65:

1) до пункту «а» належать ювенільні та інші органічно не зумовлені кровотечі, які призводять до анемії важкого ступеня;

2) до пункту «б» належить порушення оваріально-менструальної функції, які проявляються олігоменореєю, аменореєю (непісляопераційною).

XIII. Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00 – O99)

1. Стаття 66: вагітні, незалежно від терміну вагітності, визнаються непридатними до служби в Службі.

Обсяг обстеження вагітних співробітниць Служби, періодичність оглядів та переривання вагітності проводяться в установленому порядку.

При ускладненнях перебігу вагітності лікування проводиться в стаціонарі. При досягненні терміну вагітності 30 тижнів надається відпустка згідно із чинним законодавством України.

XIV. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00–L99)

1. Стаття 67: стаття передбачає бульозні дерматози, дерматити, екзему (справжню, мікробну, професійну), папулосквамозні порушення, інфекційні хвороби шкіри та підшкірної клітковини, кропивницю, еритеми, ураження шкіри та підшкірної клітковини, пов'язані з опроміненням.

Поширені форми хвороб характеризуються дисемінованими висипаннями на значній поверхні шкірного покриву: при дуже тяжкому перебігу вражається понад 70 % шкірного покриву, при тяжкому - понад 50 % (з ураженням шкіри в паховій ділянці, промежині, геніталій, долонь і підшв).

Часто рецидивними формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини вважаються такі форми, за яких загострення виникають два рази та більше на рік;

1) під пункт «а» підпадають випадки, коли псоріатична хвороба перебігає у формі псоріатичної еритродермії або із частими загостреннями при ураженні значної поверхні шкірного покриву при резистентності до лікування та зниженні працездатності. За наявності псоріатичної артропатії огляд проводять на підставі цього пункту та статті 69 Переліку захворювань;

2) до пункту «б» належать інші варіанти перебігу псоріазу, крім таких, що підпадають під пункт «а» Під дію цього пункту підпадають хворі на хронічну кропивницю із частими загостреннями, що можуть знижувати працездатність.

Придатність до служби кандидатів за наявності в них ксеродермії - абортивного варіанту вульгарного іхтіозу - визначається індивідуально після всебічного обстеження іншими спеціалістами. При виявленні інших форм іхтіозу застосовується пункт «б» статті 67 або один із пунктів статті 82;

3) до осіб із такими хронічними дерматозами, як червоний плоский лишай, хронічний фурункульоз, вульгарний сикоз, застосовують пункт «в» цієї статті. За пунктом «в» проводиться медичний огляд осіб із хронічним рецидивуючим перебігом парасоріазу. Відсутність загострень цих захворювань протягом 3 років, відсутність загострень атопічного дерматиту (нейродерміту) протягом 5 років не дає підстав для застосування цієї статті;

Наявність волосяного лишая (легкої форми папульозного фолікулярного кератозу) не є перешкодою для проходження служби в Службі. Особи з іншими формами фолікулярних кератозів (червоний волосяний лишай, лишай Девержі, хвороба Дар'є тощо) проходять медичний огляд за пунктами «б» або «в» статті 67 залежно від важкості та особливостей перебігу.

При виявленні в кандидатів на службу в Службу гострих захворювань шкіри (гострі піодермії, екзема, дерматити, короста, педикульоз, контагіозний моллюск, оперізуючий лишай, рожевий лишай, багатоформна еритема) медичний огляд проводиться після лікування.

2. Стаття 68: стаття передбачає гніздову алопецію, вугрі на тлі себореї, вітиліго.

Під поширеною формою гніздового облісіння розуміють наявність трьох та більше вогнищ облісіння загальною площею більше долоні хворого.

Під поширеною формою вітиліго розуміють наявність множинних депігментованих плям (трьох і більше) на шкірному покриві будь-яких анатомічних ділянок загальною площею не менше 5 % поверхні тіла;

1) під дію пункту «а» підпадають випадки медичного огляду осіб з поширеними формами зазначених хвороб або в разі наявності в них вогнищ вітиліго на відкритих ділянках тіла, які викликають значний косметичний дефект;

2) до пункту «б» належать обмежені форми гніздового облісіння, себорея, ускладнена абсцедивними (конглобатними) вугрями.

Особи, що хворіють на себорейний дерматит, підлягають обстеженню суміжними спеціалістами та відповідному лікуванню. Неускладнена себорея, прояви себореї у вигляді вульгарних вугрів з наявністю лише незначного косметичного дефекту не є перешкодою для вступу на службу в Службу. Співробітники Служби за наявності рожевих вугрів (розацеа) під дію статей 67, 68 не підпадають.

XV. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00–M99)

1. Стаття 69:

1) до пункту «а» належать захворювання сполучної тканини, що характеризуються поліморфною картиною ураження (системний червоний вовчак, системний склероз, дерматоміозит, еозинофільний фасциїт, вузликовий періартеріїт, гранульоматоз Вегенера, змішані захворювання сполучної тканини), незалежно від вираження змін з боку органів та систем, частоти загострень та ступеня функціональних порушень. До цього самого пункту належать ревматоїдний артрит, у тому числі ювенільний артрит та анкілозивний спондилоартрит (хвороба Бехтерева), з вираженими змінами в суглобах та хребті, ураженням інших органів та систем (системні форми) із значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності;

2) до пункту «б» належать повільно прогресуючі форми запальних захворювань суглобів та хребта з помірно вираженими ексудативно-проліферативними змінами та функціональною недостатністю суглобів за відсутності системних проявів та зі збереженою працездатністю. До цього самого пункту належать початкові форми достовірних випадків ревматоїдного артриту та хвороби Бехтерева за наявності клініко-лабораторних ознак активності процесу, усі форми системних васкулітів із рецидивним характером перебігу;

3) до пункту «в» належать хронічні захворювання суглобів та хребта з рідкими (один раз на рік та рідше) загостреннями та незначним порушенням функцій. За цим самим пунктом оглядаються особи із затяжним перебігом гострих запальних артропатій при збереженні ексудативно-проліферативних змін у суглобах та за наявності лабораторних ознак активності процесу.

При хронічних і рецидивних формах хвороби Рейтера та інших артритів, пов'язаних з інфекцією (реактивні артрити), а також псоріатичному артриті придатність до служби визначається за пунктами «а», «б» або «в» залежно від стану функцій суглобів, залучення інших органів та систем.

Після перенесених гострих запальних захворювань кістково-м'язової системи особи можуть бути визнані придатними до служби в Службі в разі відсутності ознак запалення протягом 6 місяців.

Хронічні форми реактивних артритів за відсутності загострення захворювання більше 3 років та без порушення функцій суглобів не є підставою для застосування цієї статті.

2. Стаття 70: рішення (постанова) щодо придатності до служби в разі захворювань кісток та суглобів приймається після ретельного обстеження та (за необхідності) лікування особи. При цьому необхідно враховувати характер перебігу захворювання, частоту рецидивів, стійкість ремісії, ефективність лікування в минулому, ступінь порушення функції на період медичного огляду, особливості служби тощо. При медичному огляді кандидатів на службу в Службу особлива увага приділяється оцінці об'єму рухів у суглобах на час медичного огляду;

1) до пункту «а» належать:

анкілоз великого суглоба, значне обмеження рухів або патологічна рухливість у ньому;

виражений деформуючий остеоартроз великих суглобів із стійким больовим синдромом та атрофією м'язів кінцівок;

остеомієліт з наявністю секвестральних порожнин, секвестрів, нориць, які довго не загоюються або часто (не рідше 1–2 рази на рік) відкриваються.

При анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або за належної функціональної компенсації придатність до служби співробітників Служби на посадах за графою III може визначатися за пунктом «б»;

2) до пункту «б» належать:

часті (3 рази та більше на рік) вивихи великих суглобів, які виникають при незначних фізичних навантаженнях, пов'язаних з виконанням звичайних службових обов'язків, із вираженою нестійкістю (розхитаністю) або рецидивним синовіїтом суглоба з гіпотрофією м'язів кінцівки;

деформуючий артроз II стадії в одному з великих суглобів (ширина суглобової щілини на рентгенограмі 2–4 мм) з больовим синдромом;

остеомієліт (у тому числі первинно хронічний) із щорічними загостреннями;

Ендопротез одного або двох великих суглобів без виражених порушень функції;

3) до пункту «в» належать:

вивихи, що рідко виникають (менше 3 разів на рік), нестійкість та синовіїт великих суглобів при помірних фізичних навантаженнях або повторних травмах;

деформуючий артроз I стадії в одному з великих суглобів;

остеохондропатії із закінченим процесом та помірними клінічними проявами (при звичайних фізичних навантаженнях функція страждає незначно);

хондропатія з незакінченим процесом;

остеомієліт з рідкими (один раз на 2–3 роки) загостреннями за відсутності секвестральних порожнин та секвестрів.

Остеомієлітичний процес вважається закінченим за відсутності загострення, секвестральної порожнини та секвестрації протягом трьох та більше років.

До цього самого пункту належать стресові переломи кісток, їх патологічна перебудова після завершення стаціонарного лікування (у тому числі з наявністю металоконструкцій після оперативного лікування), гіперостози, які перешкоджають руху кінцівки та/або супроводжуються больовим синдромом.

Для оцінки об'єму рухів у суглобах слід керуватися показниками у градусах, що наведені в таблиці 8.

Таблиця 8

Оцінка об'єму рухів у суглобах (у градусах)

Суглоб	Рухи	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Плечовий з плечовим поясом	Згинання	180	115	100	80
	Розгинання	40	30	20	15
	Відведення	180	115	100	80
Ліктьовий	Згинання	40	80	90	100
	Розгинання	180	150	140	120
	Пронація	180	135	90	60
	Супінація	180	135	90	60
Променево-зап'ястний	Згинання	75	35	20–25	15
	Розгинання	65	30	20–25	15
	Відведення:				
	радіальне,	20	10	5	2–3
	ульнарне	40	25	15	10

Кульшовий	Згинання	75	100	110	120
	Розгинання	180	170	160	150
	Відведення	50	25	20	15
Колінний	Згинання	40	60	90	110
	Розгинання	180	175	170	160
Гомілково-стопний	Підошовне згинання	130	120	110	100
	Тильне згинання (розгинання)	70	75	80	85

Повторність вивиху великого суглоба має бути засвідчена закладом охорони здоров'я з обов'язковою рентгенографією суглоба до та після усунення вивиху. Повторність вивиху колінного суглоба підтверджується позитивними симптомами переднього або заднього «висувної шухляди» з різницею у зміщенні гомілки порівняно із здоровим суглобом не менше 10 мм.

З приводу нестійкості великих суглобів співробітникам Служби пропонується хірургічне лікування.

За наявності хибних суглобів співробітники Служби підлягають лікуванню із застосуванням сучасних методів (компресійно-дистракційного остеосинтезу та інших). При кістозному переродженні кісток, стресових переломах, відсікаючому остеохондрозі у великому суглобі співробітникам Служби пропонується лікування, особливо в тих випадках, коли виник симптомокомплекс блокади суглоба після утворення «суглобової миші».

Рішення (постанова) щодо придатності до служби приймається після закінчення лікування залежно від ступеня порушення функцій кінцівки або суглоба.

4) до пункту «г» належать: хвороби великих суглобів за наявності об'єктивних даних без порушення функції.

3. Стаття 71: діагнози захворювань хребта мають бути підтверджені відповідними результатами досліджень та висновками спеціалістів. Характер патологічних змін хребта має бути підтверджений багатоосьовими навантажувальними, функціональними рентгенологічними та іншими дослідженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія).

При медичному огляді співробітників Служби експертний діагноз хвороби хребта та її наслідків встановлюється хірургом-травматологом за участю невропатолога. При цьому необхідно враховувати характер перебігу захворювання, частоту загострень, стійкість ремісії, ефективність лікування в минулому, ступінь порушення функції на період медичного огляду, особливості служби тощо. При медичному огляді кандидатів на службу в Службу особлива увага приділяється оцінці об'єму рухів хребта на час медичного огляду;

1) до пункту «а» належать:

інфекційний спондиліт з частими (два рази та більше на рік) загостреннями, значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності;

спондилолізний спондилолітез III–IV ступенів (зміщення більше ніж на половину поперечного діаметра тіла хребця) з постійно вираженим больовим синдромом;

деформуючий спондиліоз та міжхребцевий остеохондроз шийного відділу хребта, що супроводжуються функціональною нестабільністю II–III стадій (зміщення тіл хребців більше 3 мм під час функціональних проб) та вертебробазиллярною недостатністю;

деформуючий спондиліоз і міжхребцевий остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, що супроводжуються глибокими пара- та тетрапарезами з порушеннями функцій сфінктерів, із синдромом бокового аміотрофічного склерозу, а також поліомієлітичним, каудальним, після тривалого (не менше 3 місяців) стаціонарного лікування без стійкого клінічного ефекту;

фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози IV ступеня) з різкою деформацією грудної клітки (реберний горб та інше) та значним порушенням функції зовнішнього дихання III ступеня за рестриктивним типом;

суміжна часткова або корпороктомія за наявності будь-якого виду фіксації;

нестабільний спондилолістез більше 1/3 з неврологічною симптоматикою.

У шийному відділі хребта:

окципітоспондилодез;

при диссектоміях з міжтіловим корпородезом на двох і більше рівнях;

трансартикулярний спондилодез гвинтами (більше 4 гвинтів);

лямінектомії 3 дужок і більше.

У грудному відділі хребта:

транспедикулярний спондилодез гвинтами (більше 6 гвинтів).

У поперековому відділі хребта:

міжтіловий корпородез кейджем у поєднанні з транспедикулярним металоспондилодезом на 4 гвинтах або транспедикулярний спондилодез 6 гвинтами та більше з міжтіловим корпородезом та без нього.

При диссектоміях з міжтіловим корпородезом на двох і більше рівнях - застосовувати пункт «а», при стабілізації одного рівня - пункт «б»;

2) до пункту «б» належать:

остеохондропатії хребта (кіфози, структурні та неструктурні сколіози III ступеня) з помірною деформацією грудної клітки та порушенням функції зовнішнього дихання II ступеня за рестриктивним типом;

інфекційний спондиліт з нечастими загостреннями (1 раз на рік та рідше);

поширений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців у кожному з відділів хребта) деформуючий спондилоз II ступеня та міжхребцевий остеохондроз з множинними масивними дзюбоподібними розростаннями в ділянці міжхребцевих сполучень та полірадикулярним синдромом без стійкого клінічного ефекту після повторних (два рази та більше на рік) стаціонарних лікувань;

спондилолізний спондилолістез II ступеня (зміщення на половину поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом.

У шийному відділі хребта:

міжтіловий корпородез кейджем на одному рівні або трансартикулярний спондилодез 4 гвинтами;

лямінектомії 1–2 дужок.

У грудному відділі хребта:

транспедикулярний спондилодез гвинтами (4–6 гвинтів).

У поперековому відділі хребта міжтіловий корпородез кейджем (1 рівень) або транспедикулярний спондилодез 4 гвинтами;

3) до пункту «в» належать:

фіксовані викривлення хребта, які супроводжуються ротацією хребців (сколіоз II ступеня, остеохондропатичний кіфоз з клиноподібною деформацією трьох та більше хребців зі зниженням висоти передньої поверхні тіла хребця на 3 мм і більше);

обмежений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців в одному або двох відділах хребта) деформуючий спондилоз та міжхребцевий остеохондроз з больовим синдромом;

спондилолізний спондилолістез I ступеня (зміщення на 1/4 поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом;

нефіксовані викривлення хребта не більше 10° та остеохондропатичний кіфоз (кінцева стадія захворювання);

ізолювані явища (ураження не більше двох міжхребцевих дисків або тіл хребців в одному або

двох відділах хребта) деформуючого спондиліозу або міжхребцевого остеохондрозу (у тому числі поодинокі грижі Шморля та протрузії міжхребцевих дисків) без порушень функцій.

Ознаками клінічного прояву остеохондрозу є порушення статичної функції ураженого відділу хребта: випрямлення шийного (поперекового) лордозу або утворення кіфозу, поєднання локальних лордозу та кіфозу замість рівномірного лордозу. Больовий синдром повинен бути підтверджений неодноразовими зверненнями по медичну допомогу та лікуванням.

Для незначного порушення функції хребта характерні рухові та чутливі порушення, які проявляються неповною втратою чутливості в зоні одного невроміра, втратою або зниженням сухожилкового рефлексу, зниженням м'язової сили окремих м'язів кінцівки при загальній компенсації її функції.

Характер патологічних змін хребта повинен бути підтверджений багатоосьовими навантажувальними, функціональними рентгенологічними, а за необхідності - іншими сучасними (КТ, МРТ) дослідженнями. Ступінь сколіозу визначається за рентгенограмами, виконаними у вертикальному та в горизонтальному положеннях, на підставі виміру кутів сколіозу (за методикою Ліппмана - Коба): I ступінь - 1–10°, II ступінь - 11–25°, III ступінь - 26–50°, IV ступінь - більше 50° (за В.Д. Чакліним).

Таблиця 9

Оцінка об'єму рухів хребта

Відстань	Рухи	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	Помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Від горбика потиличної кістки до остистого відростка VII шийного хребця	Нахил голови	Збільшення на 3–4 см	Збільшення на 2,5 см	Збільшення на 2 см	Збільшення на 1–1,5 см
	Відкидання голови	Зменшення на 8–10 см	Зменшення на 6–7 см	Зменшення на 4–5 см	Зменшення на 3–3,5 см
	Повороти в шийному відділі хребта	85°	70–75°	60–65°	30–50°
Від остистого відростка VII шийного хребця до I крижового хребця	Згинання вперед	Збільшення на 5–7 см	Збільшення на 4–5 см	Збільшення на 2,5–3,5 см	Збільшення на 1,5 см
	Прогинання назад	Зменшення на 5–6 см	Зменшення на 4–5 см	Зменшення на 2,5–3,5 см	Зменшення на 2,0 см
	Повороти в поперековому та грудному відділах хребта	25–30°	19–24°	15–18°	10–14°

4. Стаття 72:

1) до пункту «а» належать:

застарілі вивихи трьох та більше п'ясткових кісток;

дефекти трьох та більше п'ясткових кісток;

руйнування та дефекти двох та більше п'ястково-фалангових суглобів;

застарілі пошкодження або дефекти сухожиль-згиначів двох пальців на одній / обох кистях;

сукупність застарілих пошкоджень трьох та більше пальців, що призводять до стійкої контрактури або порушень трофіки (анестезія, гіперстезія та гіперпатія трьох пальців);

кінська, п'ятова, варусна, порожниста стопа та інші незворотні різко виражені викривлення стоп, що порушують функцію і унеможливають користування стандартним взуттям;

виражені деформації стопи з больовим синдромом та порушенням статики, за яких неможливе носіння стандартного взуття;

2) до пункту «б» належать:

застарілі вивихи пальців руки, анкілоз кистьового суглоба;

дефекти двох п'ясткових кісток або несправжні суглоби з незначним порушенням функції;

зведення або нерухливість усіх пальців на рівні основних фаланг на обох стопах, першого або двох пальців на одній стопі, усіх пальців на рівні основних фаланг на одній стопі, усіх пальців на рівні середніх фаланг на обох стопах;

відсутність трьох пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на обох руках, другого пальця на рівні п'ястково-фалангового суглоба та третього - п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній руці, другого - п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній руці, першого або другого пальця у правшій або лівшій.

За відсутність першого пальця слід вважати відсутність дистальної фаланги. За відсутність другого - п'ятого пальців слід вважати відсутність дистальної та середньої фаланг. За відсутність фаланги слід вважати відсутність 2/3 фаланги.

За відсутності пальця на стопі вважається відсутність його на рівні плюсно-фалангового суглоба. Повне зведення або нерухливість пальця прирівнюється до його відсутності.

Пошкодження або захворювання кісток, сухожилів або нервів пальців, що призвели до розвитку стійких контрактур у хибному положенні, прирівнюється до відсутності пальців.

остеохондропатії кісток кистьового суглоба;

остеомієліт кісток кистьового суглоба;

3) до пункту «в» належать деформації та дефекти кистей та ступень, які не порушують функцію кінцівки.

5. Стаття 73:

1) до пункту «а» належить плоскостопість 3 ступеня;

2) до пункту «б» належить плоскостопість 2 ступеня за наявності остеоартрозу в таранно-човноподібному суглобі.

Ступінь плоскостопості оцінюється за рентгенограмами стоп, виконаними у стоячому положенні у 2 проєкціях. Рентгенологічні межі показників плоскостопості в боковій проєкції з навантаженням наведено в таблиці 10.

Таблиця 10

Оцінка ступеня поздовжньої плоскостопості

Ступінь плоскостопості	Кут поздовжнього склепіння (град.)	Висота склепіння (мм)
1	2	3
Норма	125–130	39
I ступінь	135–140	35–25
II ступінь	141–155	24–17
III ступінь	>155	<17

Плоскостопість I та II ступенів без явищ артрозу в таранно-човноподібному суглобі не підпадає під дію цієї статті.

У разі деформацій першого пальця, що супроводжуються плоскостопістю та іншими деформаціями стопи з порушенням функцій, які утруднюють носіння стандартного взуття, огляд проводиться за пунктами «а» або «б» статей залежно від ступеня їх порушення.

6. Стаття 74: застосовується в разі наявності ампутаційної кукси верхньої або нижньої кінцівки.

У разі вдалого протезування односторонньої ампутаційної кукси нижньої кінцівки на рівні нижньої третини стегна співробітники Служби можуть визнаватися придатними до служби на

посадах згідно із графами I та III; у разі односторонньої кукси верхньої кінцівки можуть визнаватися придатними на посади згідно із графами I та III із зазначенням видів служби, які їм протипоказані, за наявності клопотання від керівництва.

За наявності ампутаційних куks кінцівок на будь-якому рівні після злжякісних новоутворень або захворювань судин (ендартеріїт, атеросклероз та інші) одночасно застосовується стаття Переліку захворювань, що передбачає основне захворювання.

XVI. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (S00 – T98)

1. Стаття 75: передбачає наслідки травм, поранень голови, а також наслідки травм від повітряної вибухової хвилі (контузія) та інших зовнішніх чинників. За наявності порушення функції інших органів і систем застосовуються також інші статті Переліку захворювань з урахуванням гостроти зору, слуху, жувальної функції тощо.

За наявності ознак емоційно-вольових, інтелектуально-мнестичних та інших психічних розладів, які виникли внаслідок травми головного мозку, рішення за цією статтею виноситься після висновку психіатра.

Під дію цієї статті підпадають визначені наслідки пошкодження кісток мозкового та лицьового черепа, що не супроводжуються ознаками ураження ЦНС та інших систем. Після перенесених гострих травм черепа та їх хірургічного лікування з наявністю дефекту кісток склепіння черепа рішення (постанова) приймається залежно від розмірів дефекту та результатів пластичної операції.

Дефект кісток черепа після кістково-пластичної трепанації визначається як дефект кісток черепа, замінений аутокісткою. Площа накладених після черепно-мозкової травми діагностичних фрезових отворів додається до площі дефекту кісток склепіння черепа, не заміщеного пластичним матеріалом або аутокісткою;

1) до пункту «а» належать:

дефекти та деформації кісток черепа після поранень та травм, що не заміщені трансплантатами при незадовільних результатах ортопедичних методів їх лікування;

анкілози, контрактури скронево-нижньощелепних суглобів, хибні суглоби нижньої щелепи за відсутності ефекту від лікування (у тому числі хірургічного) або відмови від нього;

наявність чужорідного тіла в порожнині черепа;

дефект кісток склепіння черепа більше 20 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою;

дефект кісток склепіння черепа від 8 до 20 см², не заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою;

наслідки травматичного пошкодження з тяжкими розладами функції головного мозку (забій, здавлення, субдуральна гематома), які призводять до стійких паралічів або глибоких парезів, порушень функцій тазових органів тощо;

наслідки травматичного пошкодження мозкової речовини із значними розладами коркових функцій (афазія, агнозія, апраксія, геміанопсія, пірамідні, екстрапірамідні, координаторні порушення тощо);

наслідки травм у вигляді церебрально-злипливого або злипливо-кістозного арахноїдиту з різким підвищенням внутрішньочерепного тиску, вираженою гідроцефалією, вираженими вестибулярними та ліквородинамічними розладами;

посттравматичний оптикохіазмальний арахноїдит з розладами зору;

післятравматичний анофтальм одного чи обох очей;

наслідки травми (поранення) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, які спричинили сліпоту одного чи обох очей або значне зниження зорових функцій обох очей.

Тяжка акубаротравма - це симптомокомплекс, що проявляється низкою клінічних проявів у різних комбінаціях: значним, часто прогресуючим, зниженням слухової функції (зокрема, підвищенням порогів слуху до тонів), порушеннями розбірливості мови, змінами в центральних відділах слухового аналізатора, посиленою або спотвореною чутливістю до звуків,

непереносимістю гучних звуків (явища феномену прискореного зростання гучності), суб'єктивним вушним шумом, вестибулярними дисфункціями. Тяжка акубаротравма може супроводжуватися системними (екстраауральними) проявами (насамперед порушеннями з боку серцево-судинної та центральної нервової систем), психоемоційними розладами, порушенням зору, нюху і мовлення (голосу). Діагноз встановлюється в ЗОЗ, ЗОЗ МВС з використанням інструментальних методів обстеження.

Ступінь порушення слухової функції визначається за допомогою результатів аудіометричного обстеження за рівнем порогів слуху до тонів у дБ. Визначення ступеня порушення слуху здійснюється відповідно до пояснень щодо застосування статті 36. Тяжка акубаротравма встановлюється при порушенні слуху важкого ступеня і вище; може бути встановлена при прогресуючій сенсоневральній приглухуватості середньо-важкого ступеня у поєднанні з важкими вестибулярними проявами (ознаки розладів важкого ступеня за однією або кількома вестибулометричними методиками обстеження) і вираженими системними проявами.

Прогресуюча сенсоневральна приглухуватість визначається у випадку, коли реєструється погіршення слухової функції порівняно з попередніми дослідженнями понад 15 дБ на більше ніж одній частоті у процесі спостереження (з аудіограми з інтервалом не менше 3 тижнів).

Ступені порушення вестибулярної функції визначаються, у тому числі, відповідно до пояснень щодо застосування статті 47.

З випадки та більше (за останні 12 місяців) епілептичних нападів післятравматичного характеру;
2) до пункту «б» належать:

дефект кісток склепіння черепа від 8 до 20 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою;

дефект кісток склепіння черепа до 8 см², не заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою;

наслідки травм головного мозку з помірним порушенням функції, за яких вогнищеві симптоми та розлади функції не сягають ступеня вираження, передбаченого пунктом «а»;

травматичний арахноїдит з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску, помірною гідроцефалією, помірними ліквородинамічними розладами;

до 2 епілептичних нападів (за останні 12 місяців) післятравматичного характеру незалежно від наявності інших клінічних проявів травми;

наслідки перелому основи черепа у вигляді симптоматики органічного ураження головного мозку; наслідки травм (поранень) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, які спричинили помірне зниження зорових функцій обох очей;

акубаротравма середнього ступеня тяжкості - без важкого ураження слухового і вестибулярного аналізаторів, порушень нюху, зору і мовлення (голосу). Випадки із середнім ступенем слухових і вестибулярних порушень, без виражених системних змін та ураження інших сенсорних систем і порушень голосоутворення. Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35. Ступені порушення слухової функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 36.

3) до пункту «в» належать такі наслідки травм головного мозку, за яких у неврологічному статусі проявляються розсіяні органічні ознаки (незначна асиметрія носогубних складок, анізорефлексія тощо), поєднані із стійкою незначною вегетосудинною нестійкістю та астенічними явищами.

За цим пунктом може прийматися рішення щодо співробітників Служби, які перенесли субарахноїдальний крововилив унаслідок травми голови. При повторних субарахноїдальних крововиливах застосовуються пункти «а» та «б» цієї статті або статті 41;

4) до пункту «г» належать:

стан протягом 6–12 місяців після перенесення травми головного мозку за відсутності неврологічної симптоматики;

факт черепно-мозкової травми в співробітників Служби в анамнезі (до 5 років) за відсутності порушень функцій нервової системи на час медичного огляду;

незначна вегето-судинна нестійкість терміном понад 1 рік після перенесеної травми.

Факт лікування з приводу травм головного мозку в анамнезі має бути підтверджений медичними документами, а за їх відсутності враховуються явні наслідки (рубці тощо) пошкодження голови. Вплив наслідків травми на працездатність або виконання службових обов'язків повинен підтверджуватися характеристиками з місця роботи (служби). Рішення (постанова) про придатність (непридатність) осіб до служби приймається за результатами додаткового спеціального обстеження (ЕЕГ тощо).

Кандидати на службу в Службу, які перенесли травму головного мозку із субарахноїдальним крововиливом, визнаються непридатними до служби.

Акубаротравма легкого ступеня, з легким ступенем слухових та вестибулярних порушень, без системних змін і без ураження інших аналізаторів та порушень голосоутворення. Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35. Ступені порушення слухової функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 36.

Акубаротравма легкого ступеня під дію статті не підпадає.

2. Стаття 76:

1) до пункту «а» належать:

наслідки травматичних ушкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкої відсутності голосоутворення, дихання через природні дихальні шляхи із значним порушенням функції зовнішнього дихання;

наслідки множинних проникних нестабільних переломів тіл хребців 3 ступеня компресії;

після хірургічного лікування з приводу переломів, вивихів та переломовивихів тіл хребців із застосуванням спондило-корпорозу;

віддалені наслідки множинних переломів тіл хребців з вираженою сколіотичною або кіфосколіотичною деформацією та нестабільністю хребта;

наслідки переломів кісток таза із пошкодженням внутрішніх органів при незадовільних результатах лікування;

2) до пункту «б» належать:

наслідки травматичних ушкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкого утруднення голосоутворення (захриплість, зниження гучності голосу) або стійке утруднення дихання з помірним порушенням функції зовнішнього дихання;

свіжий компресійний проникний перелом або вивих тіла хребця незалежно від функціональних порушень;

віддалені наслідки перелому одного та більше тіл хребців з клиноподібною деформацією 2–3 ступенів;

наслідки однобічних переломів кісток таза без порушення цілісності тазового кільця та лобкового з'єднання при незадовільних результатах лікування;

3) до пункту «в» належать компресійні стабільні переломи одного та більше тіл хребців 1 ступеня компресії та їх наслідки з незначним больовим синдромом.

За цим пунктом оглядаються особи після консервативного або хірургічного лікування з приводу неврологічно неускладненого перелому дужок суглобових відростків хребців, відростків хребців за наявності незначного порушення функцій хребта або больового синдрому.

За наявності несправжніх суглобів співробітники Служби підлягають лікуванню. Рішення (постанова) про придатність до служби виноситься після закінчення лікування залежно від результатів.

За наявності травматичного або вогнепального остеомієліту рішення (постанова) виноситься згідно з поясненнями до статті 70 залежно від стану патологічного процесу.

3. Стаття 77:

1) до пункту «а» належать:

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток із значним порушенням функцій кінцівки; переломи шийки стегнової кістки при незадовільних результатах лікування (у тому числі ендопротезування);

неправильно зрощені множинні переломи кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця, лобкового сполучення, а також в області вертлюжної ямки із центральним вивихом голівки стегнової кістки, явищами анкілозу або деформуючого артрозу;

укорочення верхньої кінцівки більше ніж на 5 см або нижньої кінцівки більше ніж на 2 см, скривлення або інші деформації кінцівок внаслідок неправильного зрощення переломів із значним порушенням функцій.

До цього пункту належать анкілоз або деформуючий артроз великого суглоба, асептичний некроз голівки кістки із значним обмеженням рухів або патологічною рухливістю, що розвинулися внаслідок травми.

При оцінці об'єму рухів у суглобах керуються показниками у градусах, що наведені в таблиці 5.

При анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або при хорошій функціональній компенсації придатність до служби згідно із графою IV може визначатися за пунктом «б».

При ендопротезуванні великих суглобів медичний огляд проводиться на підставі пунктів «а», «б» залежно від результатів лікування з урахуванням пояснень до статті 70;

2) до пункту «б» належать:

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток із помірним порушенням функцій кінцівки; наслідки травм (у тому числі їх оперативного лікування) з помірним порушенням рухів у великих суглобах або при незадовільній компенсації функцій кінцівки;

укорочення верхньої кінцівки більше ніж на 5 см або нижньої кінцівки більше ніж на 2 см, скривлення або інші деформації кінцівок унаслідок неправильного зрощення переломів із помірним або незначним порушенням функції кінцівки;

3) до пункту «в» належать:

наслідки лікування перелому шийки стегнової кістки з використанням остеосинтезу при повному відновленні або незначних порушеннях функції тазостегнового суглоба;

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток із незначним порушенням функцій кінцівки; неправильного зрощення переломів із незначним порушенням функції або без порушення;

наслідки переломів із невилученими металевими конструкціями з незначним порушенням функції або без порушень при відмові від їх вилучення.

4. Стаття 78: під дію статті підпадають наслідки травматичних пошкоджень та оперативних втручань на органах грудної, черевної порожнин, органах, розташованих поза черевом, та органах таза;

1) до пункту «а» належать стани та наслідки пошкоджень бронхолегеневого апарату із значним та помірним порушеннями функції зовнішнього дихання, поширена облітерація перикарда, резекція стравоходу, шлунка, тонкої або товстої кишки, накладання шлунково-кишкового з'єднання при занепаді живлення або стійкому порушенні функції травлення (демпінг-синдром, що не піддається лікуванню, стійкі проноси тощо), накладання білідигестивних анастомозів, жовчні або панкреатичні свищі при незадовільних результатах лікування, відсутність легені без порушення функції зовнішнього дихання, резекція частки печінки або частки підшлункової залози, відсутність нирки при порушенні функцій нирки, яка залишилася, незалежно від ступеня його вираженості, відсутність статевого члена, наявність стороннього тіла, розміщеного в корені легені, серці або поблизу великих судин, незалежно від ускладнень або функціональних порушень;

2) до пункту «б» належать відсутність нирки при нормальній функції нирки, яка залишилася, наслідки резекції частки нирки, оперативних втручань з приводу спайкового процесу в черевній порожнині, видалення частини або сегмента легені, ліквідації пневмогемотораксу з незначним порушенням функцій;

3) до пункту «в» належать відсутність селезінки внаслідок її видалення після травми, наслідки резекції частки нирки, частини або сегмента легені, ліквідації пневмогемотораксу без порушення функції.

5. Стаття 79:

1) до пункту «а» належать масивні келоїдні, гіпертрофічні рубці в області голови, шиї, тулуба та кінцівок, що спаяні з підлеглими тканинами або легко уразливі і часто вкриваються виразками при незадовільних результатах лікування або відмові від нього, рубцеві зміни, що обмежують рух, унеможливають носіння форменого одягу, взуття та спорядження, стан після глибоких опіків більше 10 % поверхні шкіри тіла або більше 70 % поверхні шкіри кінцівки, рубці, що спотворюють обличчя, при незадовільних результатах лікування або відмові від нього;

2) до пункту «б» належать наслідки травм, опіків, що обмежують рухи, еластичні рубці, які вкриваються виразками під час довготривалої ходи та інших фізичних навантажень. До цього пункту належать віддалені наслідки глибоких опіків з пластикою менше 70 % поверхні шкіри кінцівки або до 10 % поверхні шкіри тіла. За наявності рубців з явищами каузалгії після невдалого хірургічного лікування рішення (постанова) приймається за статтею 23 Переліку захворювань;

3) до пункту «в» належать стани з наявністю рубців шкіри, що не супроводжуються ускладненнями, зазначеними в пунктах «а» та «б» цієї статті, але спричиняють косметичний дефект (за неможливості його усунення). За цим пунктом оглядаються особи з наслідками розривів, пошкоджень м'язів (створення осифікатів) та сухожилів, які незначно порушують функцію кінцівок.

За наявності наслідків травм, термічних та хімічних опіків з пошкодженням очей, пальців кистей або стоп медичний огляд проводиться, у тому числі, залежно від ступеня порушення функцій органів і систем за відповідними пунктами інших статей Переліку захворювань.

6. Стаття 80:

1) до пункту «а» належать наслідки травм нервів, спинного мозку за наявності значно виражених та стійких розладів у руховій, чутливій сферах або трофіці (згідно з поясненнями до пункту «а» статті 23 Переліку захворювань), а також наслідки пошкоджень, які супроводжуються стійким больовим синдромом (каузалгія, неврома, що спричиняє різкий біль та не підлягає хірургічному лікуванню, тощо), порушенням сечовиділення та дефекації;

2) до пункту «б» належать наслідки пошкоджень нервів та сплетінь, за яких через парез групи м'язів або окремих м'язів помірно порушується основна функція кінцівок, а також наслідки струсу або забою спинного мозку за наявності помірного порушення функцій. До цього пункту належать паралічі мімічних м'язів унаслідок пошкодження основного стовбура або великих гілок лицьового нерва;

3) до пункту «в» належать наслідки пошкоджень спинного мозку, сплетінь, нервів з незначним порушенням рухових або чутливих функцій.

7. Стаття 81: передбачає наслідки отруєнь лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами переважно немедичного призначення, їх токсичної дії, інші та неуточнені впливи зовнішніх чинників.

Ступінь тяжкості цих наслідків залежить від порушення функцій органів та систем і під час огляду передбачає також застосування відповідних статей Переліку захворювань.

У гострих випадках кандидати на службу в Службу визнаються непридатними до вилікування.

XVII. Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (Q00 – Q99)

1. Стаття 82: стаття застосовується у випадках неможливості лікування вроджених вад розвитку, відмови від лікування або незадовільних його результатів, а також при хромосомних аномаліях, підтверджених результатами обстеження в медико-генетичних консультаціях;

1) до пункту «а» належать мікроцефалія, вади з редукцією частини головного мозку, вроджена гідроцефалія, інші аномалії головного та спинного мозку із значним порушенням функцій нервової системи, вроджені вади серця з гемодинамічними порушеннями (у малому та великому колах кровообігу); незарощення баталової протоки, дефект міжшлуночкової або міжпередсердної

перетинки без гемодинамічних розладів, вади розвитку бронхолегеневого апарату та плеври із значним порушенням функції зовнішнього дихання та значною втратою працездатності, органів травлення з вираженими клінічними проявами, вроджені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з деформацією грудної клітки (реберний горб тощо) та значним і помірним порушеннями функцій зовнішнього дихання, отосклероз, відсутність з одного чи з обох боків вушних раковин або деформації, що їх спотворюють, вроджені аномалії ниркових судин (підтверджені даними ангіографії) з явищами вазоренальної гіпертензії та нирковими кровотечами, аномалії нирок, сечоводів або сечового міхура із значним або помірним порушенням функцій нирок, мошонкова або промежинна гіпоспадія, аномалії статевих органів (відсутність статевого члена, атрезія піхви тощо), деформація таза, що супроводжується кіфосколіозами 2–3 ступенів або обмеженням рухів у тазостегнових суглобах, варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги більше 2 см, О-подібне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток більше 20 см, або Х-подібне викривлення, якщо відстань між внутрішніми щиколотками гомілок більше 12 см, О-подібне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток становить більше 12 см, іхтіоз вроджений, іхтіозоподібна еритродермія; вади щелепно-лицевої ділянки (у тому числі розщілини піднебіння та губи) без ознак порушення функції мовлення, ковтання, функції зовнішнього дихання не підпадають під дію цієї статті.

2) до пункту «б» належать вроджена відсутність однієї нирки, полікістоз нирок, поодинокі солітарні кісти нирок більше 2 см у діаметрі з незначним порушенням функції, вроджені вади серця без ознак порушення функції, атрезія слухового проходу при сприйманні шепітної мови на друге вухо на відстані від 2 до 4 м, затримка одного або обох яєчок у черевній порожнині, у пахвинних каналах або біля зовнішніх їх отворів, варусна деформація шийки стегна з укороченням ноги до 2 см.

XVIII. Інші хворобливі прояви

1. Стаття 83: рішення (постанова) про рівень фізичного розвитку оглянутого дається суворо індивідуально на підставі оцінки ступеня розвитку м'язової системи, зросту, ваги тіла та обхвату грудей. Під час оцінки розвитку м'язової системи враховуються ступінь відкладення підшкірно-жирової клітковини, а також особливості скелетної мускулатури. При прийнятті рішення (постанови) враховуються дані комплексного обстеження, проведеного з метою виключення патології ендокринної системи та органів травлення.

Стосовно кандидатів на службу в Службу з ендокринологічними порушеннями, порушеннями системи травлення, значними деформаціями грудної клітки та іншими дефектами окремих частин тіла рішення (постанова) виноситься згідно з відповідними статтями Переліку захворювань.

Для індивідуальної оцінки рівня фізичного розвитку можна використовувати дані, наведені в поясненнях до статті 12 Переліку захворювань.

2. Стаття 84: кандидати на службу в Службу визнаються непридатними навіть при невстановленій етіології нічного нетримання сечі.

Обстеження співробітників Служби, які страждають на нічне нетримання сечі, має бути повним та комплексним за участю невропатолога, уролога та психіатра. Якщо нетримання сечі є одним із симптомів захворювання нервової або сечостатевої системи, рішення (постанова) приймається за статтею Переліку захворювань, яка передбачає основне захворювання.

3. Стаття 85: за наявності заїкання особа, яка проходить медичний огляд, піддається поглибленому обстеженню. Експертне рішення (постанова) виноситься на підставі консультації лікаря-невропатолога, лікаря-психіатра та лікаря-отоларинголога, за можливості - й логопеда. Ступінь вираженості заїкання визначається шляхом динамічного спостереження за станом мовленнєвої функції в різних умовах та оцінюється за моментами найбільш вираженого прояву захворювання.

Суттєве значення в експертній оцінці стану співробітника Служби має службова характеристика

із зазначенням того, якою мірою заїкання цієї особи позначається на виконанні нею службових обов'язків.

Експертне рішення (постанову) про придатність до служби дає невропатолог на підставі даних обстеження та ретельного вивчення медичних документів.

Заїканням, що не обмежує придатності до служби і не потребує лікування, вважається лише затримка вимови, «спотикання» на початку фрази, інші слова невеликої фрази вимовляються (на одному диханні) вільно або злегка уповільнено, але без повторювання слів.

4. Стаття 86: застосовується при станах після трансплантації частини або цілого органу, що потребують позитивного прийому імуносупресивної терапії Y83.02-Y83.08, визнаються М(ВЛ)К непридатними до служби в Службі.

5. Стаття 87: стаття застосовується в разі, якщо під час медичного огляду співробітника Служби встановлено, що стан його здоров'я після проведеного лікування не дає підстави М(ВЛ)К винести рішення про його придатність до служби в Службі.

Під дію статті підпадають стани після оперативних втручань на органах грудної клітини, черевної порожнини, малого тазу з приводу захворювань, поранень (травм, контузій, каліцтв) за умови неповного функціонального відновлення організму, після завершення основного етапу інших видів лікування, коли порушення функцій носять тимчасовий характер.

Щодо співробітників Служби, які потребують комбінованого протипухлинного лікування (хірургічне лікування, неад'ювантна хіміотерапія, ад'ювантна хіміотерапія, променева терапія, таргетна терапія, імунотерапія), М(ВЛ)К може приймати рішення про потребу в лікуванні або тривалому лікуванні залежно від схеми лікування та фактичного ступеня порушення функції на час медичного огляду.

У разі переломів довгих та інших кісток, що потребують тривалої іммобілізації або металоостеосинтезу, уповільнення консолидації, інших ускладнень М(ВЛ)К приймає рішення про потребу у тривалому лікуванні.

Після закінчення основного етапу лікування переломів дрібних кісток, кісточок, поперечного або остистого відростків хребців, видалення металевих та інших контрукцій може бути прийнято рішення про потребу в лікуванні або реабілітації терміном до 1 місяця. У разі реабілітації в рішенні М(ВЛ)К вказується заклад охорони здоров'я та термін лікування (реабілітації).

Рішення М(ВЛ)К про потребу в лікуванні приймається, коли для відновлення придатності до служби необхідний термін орієнтовно 1 місяць. Таке рішення М(ВЛ)К може приймати щодо одного випадку не більше 3 разів.

Рішення М(ВЛ)К про потребу у тривалому лікуванні приймається, коли для відновлення придатності до служби необхідний орієнтовний термін 4 місяці (враховуючи реабілітацію).
