

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

Деякі інфекційні та паразитарні хвороби

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 щодо ступеня придатності до служби в Службу слід приймати з урахуванням відповідних статей Переліку захворювань.

У разі затяжного, рецидивного перебігу гострого інфекційного або паразитарного захворювання, паразитозу, 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 зі значним або помірним порушенням функцій, що знижують працездатність.

До пункту «б» належать наслідки перенесених гострих інфекційних і паразитарних захворювань, хронічні захворювання за наявності стійких незначних порушень функцій, що виявляються протягом року та більше.

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 6 місяців після завершення курсу лікування. Якщо при стаціонарному обстеженні осіб, які перенесли інфекційні та паразитарні хвороби, функціональних порушень з боку органів та систем не виявлено, стаття 1 не застосовується.

Стаття 2. 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 в Службі;

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 зі зміщенням легень та міжстіння, які супроводжуються значними або помірними порушеннями функції зовнішнього дихання, за неефективного лікування або відмови від його продовження.

Питання щодо придатності співробітників Служби до служби в Службу вирішується при визначеному лікарсько-експертному наслідку (результаті) лікування захворювання, загальний термін якого, урахуваючи 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.

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.

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 розсмоктались, порожнини розпаду зарубцювалися і виділення мікобактерій закінчилося. За цим самим пунктом оглядаються особи із великими залишковими змінами, з неактивними комбінованими змінами в межах 3 і більше сегментів, а також особи в найближчі 3 роки після клінічного вилікування із залишковими змінами унаслідок перенесеного туберкульозного ексудативного плевриту, наслідками хірургічного лікування при незначному порушенні або без порушення функції зовнішнього дихання.

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

До пункту «г» належать малі залишкові зміни після вилікуваного (у тому числі спонтанного) туберкульозу легень без порушень функцій.

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, з метою медичної та професійної реабілітації проводиться після обстеження у стаціонарі не раніше ніж через 3 роки після клінічного вилікування.

Особи, які контактні по туберкульозу та яким проводиться специфічна профілактика, визнаються непридатними до служби в Службу до завершення курсу специфічної профілактики.

Стаття 3. 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, сечостатевих 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 сечостатевих органів з розпадом та/або бациловиділенням;

туберкульоз очей з прогресуючим зниженням зору;

розповсюджені 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 зі значними порушеннями функцій (рубцеві зміни сечового міхура зі значними розладами сечовипускання, стан після двосторонньої кастрації внаслідок туберкульозу) та ХНН другої – третьої стадій.

До пункту «б» належать активний обмежений туберкульоз хребта, кісток і суглобів, сечостатевих 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.

До пункту «в» належить туберкульоз позагрудних локалізацій після клінічноговилікування (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 у стаціонарі не раніше ніж через 5 років після клінічноговилікування.

Стаття 4. Передбачає стани після перенесених гострих та хронічних вірусних гепатитів, діагнози яких встановлені після обстеження крові на маркери гепатитів, консультації інфекціоніста (по можливості – гематолога).

Придатність до служби співробітників Служби визначається залежно від ступеня порушень функцій печінки та їх стійкості. Виявлення в співробітника Служби антигенів вірусного гепатиту «В» або «С» є основою для ретельного обстеження з метою виключення хронічного захворювання печінки. Експертне рішення приймається після обстеження в стаціонарі.

До пункту «а» належать гострі та хронічні вірусні гепатити, диференційовані за маркерами, що мають тяжкий або тривалий перебіг, важко лікуються або не піддаються лікуванню, після закінчення якого зберігаються стійкі (протягом року) значно виражені порушення функцій печінки, інших органів, систем.

Пункт «б» передбачає хронічний та рецидивний перебіг вірусних гепатитів, диференційованих за маркерами, встановлених у стаціонарі після проведення курсу лікування зі стійкими помірними порушеннями функції печінки (збільшення трансаміназ у 5–10 разів понад норму).

До пункту «в» належить хронічний перебіг вірусних гепатитів з проведенням лікування або без нього з незначним порушенням функції печінки або мінімальною активністю. До цього пункту також належить хронічний перебіг вірусних гепатитів з проведенням лікування за відсутності порушення функції печінки.

Кандидати на службу в Службу у разі виявлення антигенів вірусного гепатиту «В» або «С», діагностування у них хронічних вірусних гепатитів або вірусоносійства, незалежно від ступеня порушення функції печінки, визнаються непридатними до служби в Службу за відповідними пунктами цієї статті.

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

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

Діагноз має підтверджуватись результатами імунологічного дослідження сироватки крові на наявність антитіл до ВІЛ та за необхідності визначення рівнів CD4-клітин. Тестування на наявність антитіл до ВІЛ у крові обстежуваного має базуватись та проводитись відповідно до принципів ДКТ, регламентованих ВООЗ. Позитивний результат ІФА на наявність антитіл до ВІЛ потребує обов'язкового підтвердження методом імуноного блоту або ПЛР крові.

У разі виникнення в співробітника Служби важких СПІД-індикаторних захворювань (В20 – В22), що передбачає тривале (більше 4 місяців) стаціонарне лікування, а також при низькому рівні CD4-клітин (<200) медичний огляд проводиться за пунктом «а». Якщо термін стаціонарного лікування СНІД-індикаторних захворювань буде менше 4 місяців, а рівень CD4-клітин >200, медичний огляд проводиться за пунктом «б». Співробітники Служби, які отримують ВААРТ і мають рівень CD4-клітин >200, медичний огляд проводиться за пунктом «б».

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

Захворювання співробітника Служби на ВІЛ, що захворіли протягом перших 3 місяців від початку служби в Службі, не пов'язується з проходженням служби в Службі.

Стаття 6. Діагнози захворювань, що належать до пунктів «а», «б», встановлюються у 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 у кандидатів на службу в Службу первинного, вторинного, прихованого або неуточненого сифілісу, під час лікування або одразу після завершення курсу проти сифілітичного лікування вони визнаються непридатними до вилікування. Критеріями вилікування слід вважати документально підтверджений факт зняття їх з диспансерного клініко-серологічного нагляду у дерматовенеролога після закінчення курсу лікування в термін, який регламентований відповідними чинними інструкціями МОЗ України, негативні результати лабораторних досліджень та відсутність клінічних ознак захворювання. У разі

сповільненої негативації класичних серологічних реакцій на сифіліс огляд проводиться за пунктом «б».

При незадовільних результатах лікування аногенітальної герпесвірусної інфекції (рецидиви виникають два і більше разів на рік), клінічних проявах папіломовірусних інфекцій уrogenітального тракту, що порушують функцію, медичний огляд проводиться за відповідними пунктами статей Переліку захворювань.

Стаття 7. Під дію пункту «а» підпадають співробітники Служби, що хворіють на мікози, у разі незадовільних результатів їх лікування. Діагнози захворювань мають бути підтверджені результатами лабораторних досліджень.

До пункту «б» належать:

мікози гладкої шкіри, шкіри великих складок, волосистої частини голови, видимих слизових оболонок (висівкоподібний лишай, пахова епідермофітія, трихофітія, мікроспорія, фавус, кандидоз), еритразма;

мікози кистей;

інтертригінозна, дисгідротична, сквамозна (сквамозно-гіперкератотична) форми мікозів стоп у разі помітних явищ запалення і наявності свербіжів шкіри цієї ділянки, при виявленні значних гіперкератотичних нашарувань, тріщин на п'ятах та/або оніхомікозу;

оніхомікоз стоп та/або кистей.

Критерієм вилікування оніхомікозу для вирішення питання щодо придатності осіб до служби в Службі за наявності у 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.

Рішення про придатність співробітників Служби до подальшого проходження служби в Службі приймається після проведення курсу лікування.

Новоутворення

Стаття 8. 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.

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 співробітника Служби медичний огляд проводиться за його результатами за відповідними статтями Переліку захворювань залежно від ступеня порушення функції.

Стаття 9. До пункту «а» належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин, мієлодиспластичні синдроми з прогресуючим перебігом,

значними змінами в складі крові, періодичними загостреннями, відсутністю або недостатнім ефектом лікування, наявністю рецидивів.

До пункту «а» належать:

хронічні лейкози в 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, рецидиву захворювання;

справжня поліцитемія в еритремичній та анемічній стадіях.

До пункту «б» належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин без прогресуючого перебігу, з тривалим позитивним ефектом від лікування та загостреннями не частіше 1 разу на рік.

До пункту «б» належать:

хронічні мієлота 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.

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.

Стаття 10. За наявності доброякісних новоутворень особам, що проходять медичний огляд, пропонується лікування та проведення експертизи за його результатами.

До пункту «а» належать:

новоутворення центральної чи периферійної 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, тощо);

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 внаслідок зміщення, здавлення без ендокринних розладів;

міоми матки при розмірах, що відповідають 12-тижневій і більше вагітності і супроводжуються кровотечами, які призводять до анемії, а також наявність субмукозних або субсерозних вузлів з порушенням їх кровопостачання, швидким ростом (збільшення пухлини за рік до розмірів, що відповідають більш як 5-тижневій вагітності);

поширені або множинні папіломи сечового міхура, які супроводжуються дизурічними явищами або кровотечею, що знижують працездатність.

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 цервікального каналу, кісти, фіброми піхви тощо);

міоми матки, що не потребують хірургічного лікування (які призводять до збільшення матки до розмірів 11-тижневої вагітності);

куприкові кісти та рецидивні дермоїдні куприкові кісти після хірургічного лікування.

До пункту «в» належать доброякісні новоутворення шкіри:

новоутворення шкіри, підшкірної тканини, відповідних кровеносних або лімфатичних судин на ділянках, які може натерти формений одяг, спорядження, взуття, що утруднює 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).

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

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

Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин

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 проявів мають бути підтверджені ендокринологом.

До пункту «а» належать захворювання та патологічні стани, що знижують працездатність хворого:

вузловий та дифузний токсичний зоб тяжкого або середнього ступеня тяжкості;

гіпотиреоз тяжкого та середнього ступеня тяжкості за наявності ускладнень, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозі 50 мкг та більше на добу.

До цього пункту слід відносити стани після тотальної струмектомії.

До пункту «б» належать:

легкі форми гіпотиреозу, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозі до 50 мкг на добу;

легкі зворотні форми дифузно-токсичного зоба;

стани після часткової струмектомії з порушенням функції залози.

За цим пунктом також проводиться медичний огляд осіб, у яких за результатами стаціонарного обстеження вперше виявлено тиреотоксикоз.

До пункту «в» належить дифузний зоб III стадії за відсутності ендокринних порушень. За цим пунктом проводиться медичний огляд співробітникам Служби, які перенесли гострі та підгострі тиреоїдити, та співробітникам Служби після хірургічних втручань на щитоподібній залозі при нормалізації її функцій після лікування.

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

У разі виявлення вузлового зоба пропонується пункційна біопсія щитоподібної залози під контролем ультразвукового дослідження з 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 Хошимото) оцінка проводиться після інструментальних та клінічних обстежень залежно від наявності порушень функції.

Стаття 12. Наявність хвороби і ступінь її проявів мають бути підтверджені ендокринологом. Медичний огляд співробітникам Служби проводиться після стаціонарного обстеження та лікування.

До пункту «а» належать:

цукровий діабет тяжкого ступеня та середнього ступеня тяжкості зі стійкими вираженими розладами, з гіперглікемією і глюкозурією, ацетонурією, кетозом, універсальною діабетичною ангіопатією;

цукровий діабет, що потребує для компенсації вуглеводного обміну регулярного введення інсуліну;

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

нецукровий діабет, що потребує постійного проведення замісної терапії;

хвороби залоз внутрішньої секреції (гіпофіза, наднирникової, щитоподібної, паращитоподібних і статевих залоз) із незворотними змінами органів і систем та порушенням їх функцій, коли працездатність особи стійко знижена.

До пункту «б» належать:

цукровий діабет середнього ступеня тяжкості, коли компенсація вуглеводного обміну досягається введенням інсуліну до 60 одиниць на добу або регулярним пероральним уживанням цукрознижувальних 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 IV ступеня.

До пункту «в» належать:

цукровий діабет легкого ступеня тяжкості з невисокою гіперглікемією, яка нормалізується дієтотерапією і не потребує стаціонарного лікування, вперше виявлений цукровий діабет (без діабетичної коми в анамнезі);

функціональна гіпербілірубінемія (синдром Жильбера) з постійним підвищенням білірубіну 30 моль/л та більше;

аліментарне ожиріння III ступеня.

Кандидати з гіпоталамічним синдромом нейроендокринної форми визнаються непридатними до служби в Службу за всіма графами, з аліментарним ожирінням II ступеня – за графою 2 Переліку захворювань.

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

Для оцінки стану вгодованості використовується індекс маси тіла. Можуть використовуватись дані таблиці 1.

Таблиця 1

Рекомендована вага тіла та її діапазон залежно від зросту (особи 18–25 років)

Зріст (см)	Недостатня вгодованість	Рекомендована вага тіла	Надмірна вгодованість	Ожиріння I ст. (кг)	Ожиріння II ст. (кг)	Ожиріння III ст. (кг)
1	2	3	4	5	6	7
150	42–44	44–52	52–62	62–67	68–79	79–90
152	43–45	46–53	53–63	64–69	69–81	81–92
154	44–46	46–54	55–65	65–71	71–83	83–95
156	45–47	47–56	56–67	67–73	73–85	85–97
158	46–48	49–57	57–69	69–75	75–87	87–100

160	48–50	50–59	59–70	70–77	77–90	90–102
164	50–52	53–62	62–74	74–80	80–94	94–107
166	51–54	54–63	63–76	76–82	83–96	96–110
168	52–55	55–65	65–78	78–85	85–99	99–113
170	54–56	56–66	67–79	80–87	87–101	101–116
172	55–57	58–68	68–81	81–88	89–103	103–118
174	56–59	59–69	70–83	83–91	91–106	106–121
176	57–60	60–71	71–85	85–93	93–108	108–124
178	59–62	62–73	73–87	87–95	95–111	111–126
180	60–63	63–74	75–89	89–97	97–113	113–130
182	61–64	65–76	76–91	91–99	99–116	116–132
184	63–66	66–78	78–93	93–101	101–118	118–135
186	64–68	68–79	79–95	95–103	104–121	121–138
188	65–69	69–81	81–97	97–106	106–124	124–141
190	67–70	70–82	83–99	99–108	108–126	126–144
192	68–72	72–85	85–101	101–110	110–129	129–147
194	70–73	73–86	87–103	103–112	113–132	132–150
196	71–75	75–88	88–106	106–115	115–134	134–154
198	73–76	76–90	90–108	108–118	118–137	137–157
200	74–78	78–92	92–110	110–120	120–140	140–160

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

Хвороби крові і кровотворних органів

Стаття 13. Передбачає хвороби крові і кровотворної системи, окремі порушення із залученням імунного механізму, їх наслідки, встановлені стаціонарним обстеженням і оглядом гематолога.

При імунодефіцитних 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.

До пункту «а» належать апластичні та сідеробластичні анемії, спадкові форми гемолітичних анемій, 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 від лікування.

Щодо співробітників Служби за відсутності ознак прогресування у разі стійкого ефекту від лікування при досягненні ремісії захворювання крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму застосовується пункт «б», у випадку 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 минутих змін у системі крові більше ніж за рік до проходження медичного огляду і у 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 встановлюється на основі комплексу клініко-рентгенологічних ознак. Експертне рішення 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 в Службі з повторним оглядом комісією.

Психічні розлади, розлади особистості та поведінки

Стаття 14. До пункту «а» належать слабоумство (деменція), амнестичний синдром, за винятком обумовленого зловживанням психоактивними речовинами, затяжні (більше 1 місяця) психотичні (галюцинаторні, маячні, афективні, дисоціативні) розлади, органічні розлади особистості та поведінки зі стійкою соціальною дезадаптацією.

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

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

Кандидати на службу в Службу, які перенесли короткочасні непсихотичні розлади з повним одужанням, в разі стійкої компенсації психічного здоров'я протягом 5 років за

відсутності залишкових явищ ураження головного мозку визнаються придатними до служби в Службі.

Стаття 15. До пункту «а» належать деменція, амнестичний синдром, затяжні та хронічні психотичні розлади, розлади особистості та поведінки зі стійкою соціальною дезадаптацією, обумовлені вживанням психоактивних речовин.

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.

До пункту «в» належать вживання психоактивних речовин із згубними наслідками, епізодичне вживання наркотичних речовин, документально чи лабораторно підтвержене, стан гострої інтоксикації неускладнений.

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

Стаття 16. 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.

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

Стаття 17. До пункту «а» належать епізоди манії, депресії, змішані афективні стани з помірними чи тяжкими проявами та рекурентні афективні розлади.

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

Стаття 18. 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.

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.

До пункту «в» належать невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (тривалістю до 4 місяців), які закінчились 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.

Стаття 19. 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 зі значним зниженням маси тіла, дистрофічними змінами внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції, гіповітамінозом тощо).

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

Стаття 20. До пункту «а» належить помірна, тяжка, глибока розумова відсталість (IQ від 49 балів і нижче).

До пункту «б» належать легка розумова відсталість (IQ 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.

Хвороби нервової системи

Стаття 21. До пункту «а» належать хвороби нервової системи, що супроводжуються паралічами або глибокими парезами, вираженим паркінсонізмом, вираженими гіперкінезами, діенцефальними кризами (окрім психогенно зумовлених вегето-судинних пароксизмів), нападами Кожевниковської або Джексоновської епілепсії, атактичними розладами, вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку більше 20 мм), оптикохіазмальним арахнідитом з розладом зору, а також наслідки перенесеного мієліту з явищами паралічу або вираженого парезу.

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).

До пункту «в» належать залишкові явища ураження нервової системи із незначним порушенням функцій (гіпомімія, анізорефлексія, недостатність конвергенції тощо), з окремими органічними знаками, поєднаними з вегето-судинною 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.

До пункту «г» належать залишкові явища ураження нервової системи у вигляді вегето-судинної нестійкості без порушення функцій.

При оцінюванні клінічної картини гіпертензивного синдрому, крім підвищення тиску спинномозкової рідини, враховується 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 тощо).

Стаття 22. До пункту «а» належать: розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, аміотрофічний бічний склероз, лейкоцистоз, церебральний ліпідоз, хорея Гетінгтона, торсійна дистонія, атаксія Фрідрейха, спинально-м'язова атрофія, сірінгомієлія з різко вираженими порушеннями трофіки, тяжкі форми мієлопатій, дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми.

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

До пункту «в» належать хвороби нервової системи, коли об'єктивні ознаки виражені незначно (сірінгомієлія з нерізко вираженим дисоційованим розладом чутливості, без атрофії м'язів та трофічних розладів), коли симптоми захворювання довго утримуються в одному і тому самому стані або повільно прогресують протягом тривалого часу (більше 2 років).

Стаття 23. 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 однобічному 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 тощо). До цього самого пункту належать радикуліти з частими рецидивами (більше 2 разів на рік) і тривалим перебігом, що супроводжуються тяжким стійким больовим синдромом з вираженими руховими та вегетативно-трофічними порушеннями, які вимагають довготривалого лікування, а також плексопатії (плексити) і тяжкі форми невралгії у разі безуспішного лікування.

До пункту «б» належать деякі форми невральної аміотрофії зі сприятливим перебігом (синдром Руссі – Леві), хвороби периферійних 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 купірується, які потребують стаціонарного або амбулаторного лікування протягом 2 місяців.

До пункту «в» належать хвороби периферійних нервів та сплетінь з рідкими загостреннями без тенденції до наростання рухових, чутливих та трофічних розладів, а також існуючі 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 периферійних нервів у вигляді незначних порушень чутливості, незначних атрофій чи зниження сили м'язів, які мають тенденцію до відновлення; поєднання дегенеративно-дистрофічних змін у хребті, які не порушують його функцію, з незначно вираженими неврологічними розладами.

До пункту «г» належать дорсалгія, цервікалгія, торакалгія, люмбалгія без радикулопатії.

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

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.

До пункту «а» належить епілепсія з нападами або з вираженими психічними розладами, епілептичний статус, міоклонус-епілепсія, катаплексія та нарколепсія.

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 можуть братися до уваги акти, підписані офіційними особами немедичного персоналу, результати опитування очевидців лікарем, якщо зазначений напад

та післянападний стан 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 про придатність до служби в Службу 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 припадку, підтвердженого документально лікувальним закладом, є протипоказанням для вступу на службу в Службі.

Хвороби ока та придаткового апарату

Стаття 25. Передбачає вроджені або набуті вади положення повік (зрощення, виворіт, заворот тощо); захворювання повік, кон'юнктиви, слезових 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.

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 слезових 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 слезових шляхах з уведенням лакопротеза.

При ускладненнях трахоми зі стійким порушенням функцій ока постановва приймається за відповідними статтями Переліку захворювань з урахуванням ступеня їх вираженості.

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 в Службу, щодо співробітників Служби рішення приймається за результатами лікування; при відмові від хірургічного лікування постановва про придатність приймається залежно від ступеня вираженості, тяжкості перебігу хвороби і ефективності лікування.

До пункту «в» належать:

простий блефарит з окремими лусочками та незначною гіперемією країв повік;

фолікулярний кон'юнктивіт з поодинокими фолікулами;

бархатистість кон'юнктиви в кутках 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», постанова щодо придатності співробітників приймається залежно від ступеня вираженості, тяжкості перебігу хвороби й ефективності лікування.

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

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

Стаття 26. Передбачає хронічні, важковиліковані 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 подальшого проходження служби співробітникам 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.

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 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 та співробітники Служби визнаються непридатними до служби в Службі.

До пункту «б» належать:

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

кератоконус і кератоглобус;

афакія, артіфакія на одному або обох очах;

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

прогресуюча атрофія зорового нерва;

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

При афакії, артифакії на одному або обох очах у співробітників Служби, які проходять медичний огляд за графою 3 Переліку захворювань, постанова приймається відповідно до вимог статті 31 залежно від гостроти зору, з корекцією будь-якого виду, що практично переноситься, зокрема з контактними лінзами, з урахуванням специфіки служби в Службі.

Афакія на одному оці розцінюється як двостороння, якщо на другому оці є помутніння кришталика, що знижує гостроту зору до 0,4 і нижче.

Вивих та підвивих кришталика 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 кришталика, що не знижують гостроту зору, не є протипоказанням для служби в Службі.

При непрогресуючій атрофії зорового нерва придатність до служби в Службі 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).

У всіх випадках наявності внутрішньоочних сторонніх тіл питання про придатність до подальшого проходження служби співробітників Служби вирішується не раніше, ніж через 3 місяці після поранення. Співробітники Служби за графами 1–2 визнаються непридатними до служби в Службі. При збережених функціях ока (гострота зору, поле зору, темнова адаптація тощо), відсутності запальних явищ та ознак металозу придатність до подальшого проходження служби співробітниками Служби за графою 3 визначається індивідуально з урахуванням специфіки служби в Службі.

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

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 тощо) в співробітників Служби, які проходять медичний огляд за графою 3, рішення за пунктом «б» приймається із вказівкою про необхідність обмеження фізичних навантажень, заборону роботи водіями транспортних засобів, а також робіт, пов'язаних з вібрацією тіла.

При виявленні розривів сітківки кандидати на службу в Службу визнаються непридатними. Співробітники Служби підлягають оперативному лікуванню, після чого щодо осіб, які проходять медичний огляд за графою 3, приймається рішення в індивідуальному порядку з урахуванням специфіки служби в Службі та функцій ока, за графами 1–2 – про непридатність до служби в Службі.

Стаття 28. Діагноз глаукоми має бути підтверджений в умовах стаціонару із застосуванням навантажувальних проб, тонографії та гоніоскопії. Питання про придатність до служби в Службі 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 й при навантажувальних пробах, а також наявність екскавації диска зорового нерва тощо).

До цієї статті належить також і вторинна глаукома.

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.

Стійкі центральні геміанопічні скотоми, стійка диплопія після травми очної ямки з пошкодженням м'язів ока або уражень головного мозку, які порушують функцію зору, належать до пункту «а».

Стійкий параліч рухових м'язів очного яблука будь-якої етіології незалежно від наявності або відсутності диплопії належить до пункту «а».

Окремі ністагмоїдні посмикування очей при крайніх відведеннях очних яблук не є перешкодою для служби в Службі.

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

Особи зі співдружною косоокістю непридатні до служби в Службі на посадах, що потребують біокулярного зору (за графами 1–2). Особи, які проходять медичний огляд за графою 3, 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.

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

У разі альтернуючої (переміжної) косоокості з відносно високою гостротою зору слід утримуватися від хірургічного лікування через можливість виникнення диплопії.

Стаття 30. Вид і ступінь аномалії рефракції визначаються скіаскопією, за необхідності – рефрактометрією. У граничних випадках обстеження проводиться в умовах циклоплегії.

Експертна 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 враховуються дані огляду очного дна щодо виявлення дистрофічних змін, які зумовлюють застосування статті 26.

Кандидати на службу в Службу, що проходять огляд за графами 1, 3, визнаються непридатними до служби в Службі 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 за графою 2, можуть мати короткозорість чи далекозорість не більше 3,0 Д або астигматизм будь-якого виду не більше 2,0 Д.

Стаття 31. Під час прийняття постанов ВЛК щодо кандидатів на службу в Службу за графами 1, 3 та співробітників Служби при звільненні зі служби враховується гострота зору з корекцією; щодо кандидатів на службу в Службу, співробітників Служби при визначенні придатності до служби в Службі на посадах за графою 2 – без корекції та з корекцією.

Вимоги до показників гостроти зору у осіб, що проходять медичний огляд ВЛК, кандидатів на службу в Службу:

у кандидатів на службу в Службу, що проходять огляд за графами 1, 3, гострота зору з корекцією має бути не нижче 0,5 на кожне око або біокулярно;

кандидати на службу в Службу, які проходять огляд за графою 2, повинні мати гостроту зору кожного ока без корекції не нижче 0,6.

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 необхідне обстеження за участю невропатолога, терапевта та лікарів інших спеціальностей. Якщо спазм, парез або параліч акомодатії зумовлені захворюваннями нервової системи, внутрішніх або інших органів, постановою приймається за основним захворюванням.

При спазмі, парезі або паралічі акомодатії на одному або обох очах після невдалого стаціонарного лікування придатність оглянутих до служби в Службі 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 в Службі, з дихромазією – непридатними за всіма графами.

За наявності аномальної трихромазії типів А та В придатність до служби в Службі за графами 1, 3 визначається індивідуально з урахуванням специфіки служби в Службі на посадах, не пов'язаних з необхідністю розрізняти кольори.

Постанова приймається з таким формулюванням:

«Придатний до служби в Службі судової охорони на посаді

(посада) ,

що не потребує нормального кольоровідчуття».

Кандидати на службу в Службу, співробітники Служби з подальшим використанням на посадах за графою 2 Переліку захворювань, за наявності аномальної трихромазії типів А або В визнаються непридатними до служби в Службі.

Стаття 32. До цієї статті належать наслідки оптико-реконструктивних операцій з наявністю післяопераційних ускладнень або змін на очному дні.

Придатність до служби в Службі осіб, що перенесли оптико-реконструктивні операції на роговій оболонці (за винятком кератопротезування, операції Lasic та кератотомії),

визначається не раніше 1 року 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 з лікувального закладу, де була проведена операція, з даними рефракції та гостроти зору до та після операції.

Кандидати на службу в Службу, яким рішення ухвалюється за графою 2 Переліку захворювань, визнаються непридатними до служби в Службі незалежно від результатів оперативного лікування.

Експертна постанова щодо співробітників Служби, які проходять медичний огляд за графами 1, 3 і перенесли оптико-реконструктивну операцію, приймається залежно від післяопераційного стану очей, результату операції з урахуванням характеру служби в Службі.

Придатність до служби в Службі осіб, які перенесли лазерну корекцію зору на рогівці, за всіма графами визначається через один рік після операції. Особи, що перенесли операції Lasic або кератотомію, визнаються непридатними до служби в Службі за всіма графами незалежно від результатів операції.

При афакії, наявності інтраокулярної корекції (артифакії) навіть на одному оці кандидати на службу в Службу за всіма графами визнаються непридатними до служби в Службі незалежно від гостроти зору. Щодо співробітників Служби з односторонньою артифакією придатність до подальшого проходження служби в Службі визначається індивідуально з урахуванням функцій ока, його стану та специфіки служби в Службі.

Хвороби вуха та соскоподібного відростка

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.

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.

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.

Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі при повній епідермізації післяопераційної порожнини огляд проводиться за пунктом «в» цієї статті.

Кандидати на службу в Службу із сухою перфорацією барабанної перетинки в мезотимпанумі визнаються непридатними до служби в Службу на посадах, які потребують значної напруги слухового апарату, а також на посадах, які пов'язані з несенням 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 в Службі.

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.

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

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 лікувально-профілактичним закладом.

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.

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) нападаподібними запамороченнями з розладами рівноваги у спокої або русі, нудотою, незначним підвищенням потовиділення, поблідненням або почервонінням обличчя.

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

Постанова про придатність чи непридатність до служби в Службу осіб, від яких за характером роботи вимагається хороший вестибулярний апарат, ґрунтується на результатах дослідження вестибулярно-вегетативної чутливості. Здійснюється глибоке всебічне обстеження такої особи, оскільки вегетативні розлади можуть спричинитись патологією не тільки вушного лабіринту, а й інших органів. Результати вестибулометрії слід оцінювати разом з невропатологом. При виявленні центральної вестибулярної дисфункції стаття 35 не застосовується.

Стаття 36. 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.

Для визначення зниження слуху необхідні, крім звичайного дослідження шепітною мовою, повторні спеціальні дослідження розмовною та шепітною мовами, камертонами

і тональною пороговою аудіометрією з обов'язковим визначенням барофункції вух. Одноразове дослідження слуху особи, яку оглядають, недостатнє для порівняння правильності та однорідності показань.

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 підтвержені лікувально-профілактичними закладами, установами або закладами освіти для глухонімих.

При визначенні придатності кандидатів на службу в Службу на посади, передбачені графами 1, 3, за цією статтею шепітна мова має сприйматись на відстані не менше 3,0 м на обидва вуха або не менше 1,0 м на одне вухо та більше 4,0 м на друге. У цих випадках придатність до служби в Службі визначається індивідуально.

Кандидати на службу за графою 2 визнаються непридатними за наявності стійкого зниження гостроти слуху до ступеня сприйняття шепітної мови на відстані менше 4,0 м обидва вуха або менше 5,0 м на одне та 3,0 м на друге вухо.

Під час індивідуальної оцінки придатності до служби співробітників Служби враховуються конкретні умови праці, характеристика керівництва та дані функціонального дослідження слуху.

Хвороби системи кровообігу

Стаття 37. До пункту «а», крім захворювань серцево-судинної системи ревматичного генезу із порушенням загального кровообігу – серцевою недостатністю (далі – СН) II–III стадії, належать:

- комбіновані і поєднані набуті вади серця незалежно від ступеня розладу гемодинаміки;
- набуті ізольовані пороки серця при помірних розладах гемодинаміки;
- недостатність будь-якого клапана серця, яка супроводжується регургітацією 3–4 ступенів;
- стеноз будь-якого клапана серця незалежно від стадії;
- аортальні пороки серця;
- ізольований стеноз атріовентрикулярного отвору;
- коарктація аорти і стани після її оперативного лікування;
- стани після мітральної комісуротомії, наслідки оперативних втручань на клапанному апараті серця, що знижують працездатність.

До пункту «б» належать:

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

набуті ізольовані пороки серця при незначних розладах гемодинаміки і збереженні працездатності;

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

набута недостатність мітрального клапана або клапана легеневої артерії, яка супроводжується регургітацією 2 ступеня або за наявності легеневої гіпертензії.

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

За наявності гемодинамічно незначущого пролапса мітрального клапана кандидат на службу в Службу може бути визнаний придатним до служби в Службу за умови відсутності у 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».

До осіб із розладами ритму і провідності при різних хворобах серцево-судинної системи застосовуються пункт «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 клінічних і ЕКГ-ознак уражень серця, а також інших органів, можуть бути визнані придатними до служби в Службу не раніше ніж через 12 місяців після виписки з лікувального закладу.

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

До пункту «а» належать зазначені захворювання з СН ІБ – III стадії, а також:

рецидивний ексудативний перикардит;

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

кардіоміопатія: дилатаційна, обструктивна, гіпертрофічна, рестриктивна;

хронічний конструктивний 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 екстрасистоля з 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) застосовується

пункт «а» або «б» залежно від ефективності проведеного лікування, наявності рецидивуючих порушень ритму та провідності, стадії СН.

Пункт «б» передбачає захворювання серця із стабільною недостатністю кровообігу II стадії, частими декомпенсованими станами.

До пункту «в» належать захворювання серця і судин з СН I стадії, а також:

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

безсимптомна AV-блокада I–II ступнів;

блокада ніжок пучка Гіса, що супроводжується незначним порушенням AV-провідності або клінічною симптоматикою, що не знижує працездатності.

Пункт «г» містить:

синдроми: WPW (Вольфа – Паркінсона – Уайта), скороченого інтервала P–Q (CLC – Клерка-Леві – Критеско, LGL – Лауна – Ганонга – Левіна);

стійко компенсовані наслідки захворювань м'язів серця, міокардіофіброз.

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

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

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 з 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 з хворобами серцево-судинної системи, крім зазначених критеріїв, ураховуються анамнестичні дані про частоту виникнення таких порушень.

Стаття 39. До пункту «а» належить гіпертонічна хвороба третьої стадії.

Під дію пункту «а» підпадає поєднання артеріальної гіпертензії будь-якого ступеня з асоційованими клінічними станами, коли порушення функції органів і систем значно знижують працездатність особи. У таких випадках слід також застосовувати відповідні статті Переліку захворювань.

До пункту «б» належить гіпертонічна хвороба другої стадії за наявності частих гіпертензивних кризів (3 і більше разів на рік) з наданням медичної допомоги в умовах стаціонару, транзиторних ішемічних атак (2 і більше разів на рік) на тлі постійної патогенетично обумовленої медикаментозної терапії, що підтверджуються медичними документами; гіпертонічна хвороба II стадії, що важко піддається лікуванню і характеризується стійким підвищенням артеріального тиску на фоні гіпотензивної терапії; гіпертонічна хвороба II стадії з кризовим перебігом в анамнезі із підвищенням артеріального тиску, що не досягає нормальних цифр без здійснення постійної медикаментозної терапії.

До пункту «в» належить гіпертонічна хвороба II стадії за відсутності кризового перебігу (безкризовий перебіг або менше 2 кризів в анамнезі) та за умови успішного лікування.

До пункту «г» належить гіпертонічна хвороба першої стадії без ознак органічної патології з боку органів і систем.

При медичному огляді співробітників Служби з артеріальною гіпертензією діагноз повинен бути уточнений в стаціонарі або за допомогою цілеспрямованого амбулаторного обстеження. При медичному огляді осіб із симптоматичними гіпертензіями (нирковою, ендокринною тощо) необхідно застосовувати статті Переліку захворювань щодо основного захворювання, а за відсутності ефекту від лікування при стійкій і значній гіпертензії незалежно від ступеня порушення функції органу чи системи, яке зумовило її розвиток, необхідно застосовувати також пункт «б» 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 проходження служби в Службі.

Стаття 40. Наявність ішемічної хвороби серця має 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 або фармакологічними пробами (ВЕМ). Для прогностичної оцінки перебігу ішемічної хвороби серця та встановлення експертного діагнозу щодо функціонального класу обов'язково вивчаються і враховуються задокументовані дані анамнезу.

До пункту «а» належать:

хронічна ішемічна хвороба серця із СН III–IV стадій;

стенокардія напруги III–IV ФК;

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

поєднання стенокардії напруги III ФК і стенокардії спокою та СН II стадії;

стани після аортокоронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності порушень серцевого ритму та провідності або СН II стадії.

До пункту «б» належать:

поєднання стенокардії напруги III функціонального класу (далі – ФК) та СН I стадії;

поєднання постінфарктного кардіосклерозу та порушення загального кровообігу II стадії;

стани після обмеженого інфаркту міокарда за наявності минушого порушення ритму серця та провідності, стійкої АВ-блокади I ступеня, повної блокади однієї із ніжок пучка Гіса;

стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності легких порушень серцевого ритму та провідності або СН I стадії.

До пункту «в» належать:

стенокардія напруги I та II ФК, атеросклеротичний кардіосклероз із СН I ступеня;

безбольова форма ішемії.

СН I стадії має бути обґрунтована гемодинамічними показниками. При цьому слід урахувати, що у здорових людей можливе виявлення прихованої СН, обумовленої недостатньою фізичною тренуваністю і у зв'язку з 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.

Стаття 41. 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 III стадії (дискоординаторні, псевдобульбарні порушення, геміплегії, глибокі парези, розлади мови, пам'яті, мислення, явища паркінсонізму, епілептиформні припадки, порушення функцій тазових органів тощо);

минущі 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 помірними вогнищевими випадіннями (навіть за сприятливого перебігу).

До пункту «б» належать:

явища дисциркуляторної енцефалопатії II стадії при церебральному атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, дисметаболических 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;

минущі порушення мозкового кровообігу (2 випадки), що підтверджуються медичними документами, зокрема 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 проходження служби в Службі.

До пункту «в» належать:

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

минуше 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.

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, минулих порушень ритму серця вегетативно-судинні розлади (вегето-судинна дистонія) підпадають під пункт «а» статті 44 Переліку захворювань.

Співробітники Служби з непридатностями (незалежно від їх частоти) визнаються непридатними до керування транспортними засобами, до служби зі зброєю, на висоті, біля рухомих механізмів, вогню, води. Кандидати на службу в Службу за наявності зафіксованих у медичній документації за останні 5 років випадків втрати свідомості та обстежень у зв'язку з цим визнаються непридатними до служби в Службі.

Після перенесених первинних (нетравматичних) субарахноїдальних крововиливів при точно встановленому діагнозі придатність співробітників Служби до служби в Службу 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 в Службу осіб, оперованих з приводу аневризм судин головного мозку, інших судинних уражень головного та спинного мозку, ураховуються радикальність операції, її ефективність, динаміка відновлення порушених функцій. У разі аневризм 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 вертебро-базиллярному 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.

У разі виявлення в осіб ознак емоційно-вольових, інтелектуально-мнестичних та інших психічних розладів рішення за цією статтею ухвалюється після висновку психіатра.

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

До пункту «а» належать:

артеріальні та артеріовенозні аневризми магістральних судин;

атеросклероз черевної аорти з 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 з частими рецидивами;

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

слоновість (лімфадема) IV ступеня;

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

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 набряклістю ступень та гомілок, свербінням, гіперпігментацією, витонченням шкіри (стадії III–IV за CEAP), за відсутності позитивного результату від повторного курсу лікування;

слоновість III ступеня;

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

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

До пункту «в» належать:

посттромботична та варикозна хвороба нижніх кінцівок з явищами хронічної венозної недостатності I ступеня (синдром «важких ніг», мінучий 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.

До пункту «г» належать:

варикозна хвороба нижніх кінцівок без венозної недостатності – стадія I за CEAP;

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 проходження служби в Службі.

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».

Стаття 44. Діагнози вегето-судинної 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.

До пункту «а» належать:

виражені вегето-судинні розлади з пароксизмальними порушеннями у вигляді симпато-адреналових кризів або синкопальних станів в анамнезі;

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

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

При значно виражених вегето-судинних розладах з пароксизмальними порушеннями у вигляді симпато-адреналових кризів або синкопальних станів, які підтверджуються медичними документами, застосовується також відповідний пункт статті 41 Переліку захворювань.

До пункту «б» належать:

безсимптомна (фізіологічна) гіпотонія, що не знижує працездатності;

нейроциркуляторна дистонія з проявами, що не знижують працездатності, 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.

Стаття 45. До пункту «а» належать ангіотрофоневрози 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.

До пункту «б» належать ангіотрофоноврози 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.

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

Хвороби дихальної системи

Стаття 46. До пункту «б» належать гнійні або поліпозні синусити, поліпозні слизової оболонки носа з порушенням носового дихання, хронічні гнійні та поліпозні синусити без видимих ускладнень, які проходять з 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 їх до служби в Службі вирішується індивідуально.

Кандидати на службу до Службу за наявності хронічних гнійних чи поліпозних захворювань навколо носових 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 – також діагностичною пункцією.

До пункту «б» належать полінози в співробітників Служби з вираженим ринокон'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, а також 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 бронхолегеневими або вісцеральними ускладненнями, розглядаються як варіант форми бронхіальної астми. Огляд здійснюється за статтею 49 Переліку захворювань залежно від ступеня порушення функцій органів та систем.

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 із втратою працездатності. Придатність кандидатів до служби в Службу з цими захворюваннями визначається з урахуванням конкретних умов майбутньої служби в Службі та її специфіки.

Викривлення носової перетинки 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 верхньощелепної пазухи.

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

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 в 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 службі в Службі. Кандидати на службу в Службу за графами 1 та 3 направляються на лікування, а за графою 2 визнаються непридатними до служби в Службу. За наявності ускладнень тонзиліту з боку інших органів і систем питання про придатність до служби в Службу вирішується разом з терапевтом.

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

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

Порушення барофункції навколоносових пазух установлюється на підставі скарг оглянутого, стану носової порожнини, отоскопії, випробовування у 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.

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

До пункту «а» належать стійка відсутність або утруднення голосоутворення, дихання через природні дихальні шляхи, порушення розподільної функції зі значним або помірним порушенням функції зовнішнього дихання.

До пункту «б» належить захворювання гортані з незначним порушенням функції зовнішнього дихання.

Стаття 48. До пункту «а» належать хронічні неспецифічні захворювання бронхолегеневого апарату та плеври, нагноювальні захворювання легень зі значним порушенням функції зовнішнього дихання та значною втратою працездатності.

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 бронхоекстазами.

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

Кандидати на 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 в разі відмови від неї – сукупністю даних, отриманих за допомогою клінічних, рентгенологічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

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

Показники оцінки функціонального стану апарату зовнішнього дихання наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

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 в 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 (МВЛ) у відсотках належної величини	>75	74–55	54–35	<35
Обсяг форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) у	>80	79–50	49–30	<30

відсотках належної величини				
-----------------------------	--	--	--	--

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

Стаття 49. Діагноз бронхіальної астми має бути встановлений після комплексного обстеження з проведенням дослідження функції зовнішнього дихання з медикаментозними пробами.

До пункту «а» належить бронхіальна астма з важкими та частими (щотижневими) нападами задухи (нерідко астматичний стан), із легенево-серцевою недостатністю II–III 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.

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 I–II ступенів.

До пункту «в» належать форми бронхіальної астми легкого та середнього ступенів тяжкості, які 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, які легко купіруються бронхорозширювальними засобами.

До цього самого пункту належить передастма. 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 передастми 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 в Службі визначається з урахуванням даних з місця медичного обслуговування, висновків алерголога та пульмонолога.

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.

Хвороби органів травлення

Стаття 50. Пункт «в» застосовується 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.

Стаття 51. 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-нижньощелепних суглобів, контрактури та несправжні суглоби нижніх щелеп за відсутності ефекту від лікування або відмови від нього. До цього самого пункту належить актиномікоз щелепно-лицевої ділянки, який не піддається лікуванню.

В окремих випадках залежно від фактичної працездатності, умов служби, характеристик керівництва співробітника Служби з набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті за пунктом «б».

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

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

Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного дослідження всієї зубо-щелепної системи із рентгенографією та виявленням супутніх захворювань.

До пункту «а» належить пародонтит з глибиною пародонтальної кишені 5 мм і вище, резорбцією кісткової тканини альвеолярного відростка на 2/3 довжини кореня, рухомістю зуба II – III ступенів.

Стаття 53. До пункту «а» належать:

набуті стравохідно-трахеальні або стравохідно-бронхіальні свищі;

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

гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) IV стадії.

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.

До пункту «в» належать:

ГЕРХ з незначним порушенням функції (в 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.

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 висновки щодо співробітників Служби можуть бути зроблені на підставі ендоскопічних досліджень.

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) і зниженні 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.

До пункту «б» належать виразкова хвороба шлунка і хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з 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 у разі неефективності проведеного лікування протягом одного року, накладання шлунково-кишкового анастомозу з помірним порушенням функції травлення (рідкі і незначні прояви демпінг-синдрому, нестійке випорожнення кишківника тощо).

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

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 у 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 в Службі визначається залежно від тяжкості перебігу основного захворювання із застосуванням відповідних статей.

Відсутність загострень виразкової хвороби протягом 5 років та більше за відсутності органічних змін шлунка та дванадцятипалої кишки не дає підстав для застосування цієї статті.

Стаття 55. До пункту «а» належать хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічні гастрити, хронічні дуоденіти) зі значним або помірним порушенням функції з частими (3 та більше на рік) загостреннями, які потребують стаціонарного лікування, або із занепадом живлення.

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).

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.

Стаття 56. 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 зі значним або помірним порушенням функції, які супроводжуються частими (2 та більше на рік) загостреннями та потребують стаціонарного лікування, ускладнення після хірургічного лікування (жовчні, панкреатичні нориці тощо).

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

Через 1 рік після холецистектомії із сприятливим результатом перебігу хвороби (за відсутності ПХС, при нормальних лабораторних показниках функції печінки) рішення приймається за пунктом «в» цієї статті.

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.

Стаття 57. До пункту «а» належать:

тяжкі форми хронічних неспецифічних виразкових колітів, ентеритів (у тому числі хвороба Крона) зі 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 з частими загостреннями, що важко піддається лікуванню;

випадіння усіх шарів прямої кишки III стадії.

До пункту «б» належать:

хронічні виразкові коліти та ентерити, хвороба Крона з помірним порушенням функції та частими (2 та більше разів 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).

До пункту «в» належать:

випадіння прямої кишки при дефекації (I 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 в Службу визначається залежно від результатів лікування.

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.

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».

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.

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

Хвороби сечостатевої системи

Стаття 59. Медичний огляд співробітникам 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 3.

Таблиця 3

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 4.

Таблиця 4

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

До пункту «а» належать хронічні захворювання нирок (гломерулярні ураження нирок і нефрити, інші хвороби нирок і сечоводу), ускладнені ХНН II та III ступенів або ХХН IV–V стадій.

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 зі 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 ухвалювати рішення щодо осіб за наявності у них стійкої артеріальної гіпертензії, яка пов'язана з хронічним захворюванням нирок та потребує медикаментозної корекції.

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

Кандидати на службу в Службу, що перенесли гострий гломерулонефрит та на час огляду не мають ознак хронічного процесу і ниркової недостатності, можуть бути визнані придатними до служби в Службу лише через 1 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.

Стаття 60. До пункту «а» належать захворювання, які супроводжуються значно вираженими порушеннями видільної функції нирок або ХНН II–III ступенів тяжкості:

сечокам'яна хвороба з ураженням нирок при незадовільних результатах лікування (каміння, гідронефроз, вторинний пієлонефрит, що не піддається лікуванню, тощо);

двобічний нефроптоз III стадії;

тазова дистопія нирок зі 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.

До пункту «б» належать:

сечокам'яна хвороба з частими нападами ниркової коліки (2 та більше на рік) та відходженням каміння 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.

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 із 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 з незначними порушеннями функцій.

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.

Стаття 61. До пункту «а» належать:

аденома простати II–III стадій;

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

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

До пункту «б» належать:

аденома простати I стадії при задовільних результатах лікування;
хронічний калькульозний простатит;

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 у 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 Службу не обмежується.

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

Стаття 62. До пункту «а» належать хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів, які потребують лікування хворої 3 та більше разів на рік і супроводжуються стійкими тазовим болем, порушеннями менструальної функції. Діагноз має встановлюватися у стаціонарі.

До пункту «б» належать хронічні запальні захворювання з помірним порушенням функцій та із загостреннями 2 та більше разів на рік.

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

Стаття 63. До пункту «а» належать:

ендометріоз зі 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.

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.

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 в Службу.

Наявність ерозії (із запальним типом мазка), дисплазії шийки матки, кісти бартолінової залози або поліпу цервікального каналу у кандидатів на службу в Службу передбачає прийняття рішення про непридатність до служби в Службу, до вилікування з повторним оглядом за результатами лікування, в співробітників Служби – застосування пункту «в».

Стаття 64. До пункту «а» належать:

захворювання молочної залози з поширеним двостороннім процесом та частими загостреннями;

доброякісна дисплазія молочної залози із проліферацією епітелію;

виражена гінекомастія.

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

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

Стаття 65. До пункту «а» належать ювенільні та інші органічно не зумовлені кровотечі, які призводять до анемії.

До пункту «б» належить порушення оваріально-менструальної функції, які проявляються олігоменореєю, аменореєю (не післяопераційною).

Стаття 66. Вагітні, незалежно від терміну вагітності, визнаються непридатними до служби в Службу.

Обсяг обстеження вагітних співробітниць Служби, періодичність оглядів та переривання вагітності проводяться у встановленому порядку.

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

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини

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 (більше площі 2 долоней хворого) з ураженням двох та більше анатомічних ділянок.

Під обмеженими формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини розуміють переважно поодинокі осередки ураження, що займають невелику площу однієї з анатомічних ділянок (стопа, гомілка, кисть, голова тощо).

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

Під пункт «а» підпадають випадки, коли псоріатична хвороба перебігає з частими загостреннями у вигляді еритродермії в поєднанні з артропатією при резистентності

до лікування та зниженні працездатності. За наявності псоріатичної артропатії огляд проводять на підставі статей 67, 69 Переліку захворювань.

До пункту «б» належать обмежені, але великі бляшки псоріазу на голові, відкритих ділянках шкіри, а на обличчі – будь-якої величини. Під дію цього пункту підпадають хворі на хронічну кропивницю з частими загостреннями, що можуть знижувати працездатність.

Придатність кандидатів до служби в Службу за наявності у 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.

Щодо осіб з такими хронічними дерматозами, як червоний плоский лишай, хронічний фурункульоз, вульгарний сикоз, застосовують пункт «в» цієї статті. За пунктом «в» проводиться медичний огляд осіб з 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 Службу. 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 у кандидатів на службу в Службу гострих захворювань шкіри (гострі піодермії, екзема, дерматити, короста, педикульоз, контагіозний моллюск, оперізуючий лишай, рожевий лишай, багатоформна еритема, парасоріаз) медичний огляд проводиться після лікування.

Стаття 68. Стаття передбачає гніздову алопецію, вугрі на тлі себореї, вітиліго, дискоїдний червоний вовчак, обмежену склеродермію.

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.

Під дію пункту «а» підпадають випадки медичного огляду кандидатів на службу в Службу, співробітники Служби при призначенні або переміщенні по службі на посади за графою 2 Переліку захворювань за наявності у них вогнищ вітиліго на відкритих ділянках тіла, які викликають значний косметичний дефект.

До пункту «в» цієї статті належить вперше виявлений васкуліт, що обмежений шкірою, з незначними клінічними проявами. При тривалому перебігу з порушенням функції доцільно застосовувати пункт «а». При шкірних проявах системних васкулітів огляд проводиться на підставі статті 69 Переліку захворювань.

Медичний огляд кандидатів на службу в Службу з рожевими вуграми за наявності кліща Demodex (демодекоз) проводиться за участю гастроентеролога, ендокринолога, у разі потреби – інших спеціалістів і переважно після проведення курсу протипаразитарного лікування. 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.

За наявності новоутворень шкіри медичний огляд здійснюється за статтями 8, 10 Переліку захворювань.

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини

Стаття 69. До пункту «а» належать захворювання сполучної тканини, що характеризуються поліморфною картиною ураження (системний червоний вовчак, системний склероз, дерматоміозит, еозинофільний фасциїт, вузликівий 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) зі значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності.

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 артрити та хвороби Бехтерева за наявності клініко-лабораторних ознак активності процесу, усі форми системних васкулітів із рецидивним характером перебігу.

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 в Службі 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 у 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.

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

До пункту «а» належать:

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

виражений деформуючий остеоартроз великих суглобів зі 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 співробітники Служби на посадах за графою 3 може визначатись за пунктом «б».

До пункту «б» належать:

часті (3 та більше разів 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 синовітом 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 і первинно хронічний) із щорічними загостреннями.

До пункту «в» належать:

вивихи, що рідко виникають (менше 3 разів на рік), нестійкість та синовіт 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 у таблиці 5.

Таблиця 5

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 лікувально-профілактичним закладом 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 зі здоровим суглобом не менше 10 мм.

Стосовно 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».

Постанова щодо придатності до служби в Службу приймається після закінчення лікування залежно від ступеня порушення функцій кінцівки або суглоба.

Стаття 71. Діагнози захворювань хребта мають бути підтвержені відповідними результатами досліджень та висновками спеціалістів. Характер патологічних змін хребта має бути підтверджений багатовісьовими 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 в Службі тощо. При медичному огляді кандидатів на службу в Службу особлива увага приділяється оцінці об'єму рухів хребта на час медичного огляду.

До пункту «а» належать:

інфекційний спондиліт з частими загостреннями;

спондилолітез III–IV ступенів (зміщення більше половини поперекового діаметра тіла хребця) з постійно вираженим больовим синдромом і нестабільністю хребта;

остеохондроз, деформуючий спондиліоз II–III стадій (наявність потужного утворення, що з'єднує тіла хребців між собою, яке блокує руховий сегмент) з вираженими корінцевими та провідниковими порушеннями, з приводу клінічних проявів яких зафіксовано часті звернення по медичну допомогу, повторні стаціонарні лікування без стійкого клінічного ефекту та/або велика кількість днів непрацездатності;

деформуючий спондиліоз II стадії та міжхребцевий остеохондроз із множинними масивними дзьобоподібними розростаннями в ділянках міжхребцевих сполучень з больовим синдромом;

викривлення хребта (кіфози, сколіози III–IV ступенів), що призводять до деформації грудної клітки та порушення функції зовнішнього дихання;

спондилолізний спондилолітез з постійним больовим синдромом.

До пункту «б» належать:

фіксовані набуті викривлення хребта, які супроводжуються ротацією хребців (сколіоз II ступеня, остеохондропатичний кіфоз з клиноподібною деформацією не більше 3 хребців зі зниженням висоти передньої поверхні тіла хребця на 2–3 мм і більше);

деформуючий спондиліоз I стадії при ураженні тіл не більше трьох хребців та міжхребцевий остеохондроз при ураженні 3 та більше міжхребцевих дисків з больовим синдромом при фізичних навантаженнях та чіткими анатомічними ознаками деформацій, що виявлені під час клінічного обстеження та на рентгенограмах.

До пункту «в» належать:

нефіксовані викривлення хребта I ступеня з кутом відхилення осі хребта більше 5 та остеохондропатичний кіфоз (кінцева стадія захворювання);

ізолювані явища деформуючого спондиліозу та міжхребцевого остеохондрозу (у тому числі поодинокі грижі Шморля та протрузії міжхребцевих дисків) без порушення функцій.

Ознаками клінічного прояву хондрозу є порушення статичної функції ураженого відділу хребта – порушення форми хребта (випрямлення шийного (поперекового) лордозу або утворення кіфозу, поєднання локальних лордозу та кіфозу замість рівномірного лордозу). Больовий синдром при фізичних навантаженнях має підтверджуватися неодноразовими зверненнями по медичну допомогу, які записуються до медичних документів оглянутого. Тільки сукупність клінічних та рентгенологічних ознак деформуючого спондиліозу та/або міжхребцевого остеохондрозу дає підставу для застосування пунктів цієї статті.

Ступінь сколіозу визначається рентгенологом за рентгенограмами на підставі виміру кутів сколіозу.

Для оцінки об'єму рухів хребта слід керуватися таблицею 6.

Таблиця 6

Відстань	Рухи	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
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°

Стаття 72. До пункту «а» належать:

відсутність першого пальця на рівні міжфалангового суглоба та другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній руці;

відсутність другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців основних фаланг на одній руці;

відсутність перших пальців на рівні п'ястково-фалангових суглобів на обох руках;

застарілі перелоμο-вивихи пальців руки зі значним та помірним порушеннями функції;

остеохондропатії кісток кистьового суглоба;

остеомиєліт кісток кистьового суглоба;

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 або більше пальців проксимальніше рівня п'ясткових кісток;

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 із больовим синдромом та порушенням статики, за яких неможливе носіння стандартного взуття.

До пункту «б» належать:

застарілі вивихи пальців руки, анкілоз кистьового суглоба з незначним порушенням функції;

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, другого – четвертого 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 відсутність 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.

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

Стаття 73. До пункту «а» належить плоскостопість III ступеня.

До пункту «б» належить плоскостопість II 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 наведені в таблиці 7.

Таблиця 7

Оцінка ступеня поздовжньої плоскостопості

Ступінь плоскостопості	Кут поздовжнього склепіння (град.)	Висота склепіння (мм)
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 у 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.

Стаття 74. Стаття застосовується у разі наявності ампутаційної кукси верхньої або нижньої кінцівки.

У разі вдалого протезування односторонньої ампутаційної кукси нижньої кінцівки нижче рівня верхньої третини гомілки співробітники Служби можуть визнаватися придатними до служби в Службі на посадах за графою 4 із зазначенням видів служби, які їм протипоказані.

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

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників

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 слід застосовувати 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 ухвалюється 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 постановва 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.

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 зі значними розладами коркових функцій (афазія, агнозія, апраксія, геміанопсія, пірамідні, екстрапірамідні, координаторні порушення тощо);

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

посттравматичний оптикохіазмальний арахноїдит з розладами зору;

3 та більше випадків епілептичних нападів після травматичного характеру.

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 після травматичного характеру незалежно від наявності інших клінічних проявів травми;

наслідки перелому основи черепа у вигляді симптоматики органічного ураження головного мозку.

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 зі стійкою незначною вегето-судинною нестійкістю та астенічними явищами.

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

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 строком понад 1 рік після перенесеної травми.

Факт лікування з приводу травм головного мозку в анамнезі має бути підтверджений медичними документами, а за їх відсутності – ураховуються явні наслідки (рубці тощо) пошкодження голови. Вплив наслідків травми на працездатність або виконання службових обов'язків має підтверджуватись характеристиками з місця роботи (служби), навчання. Постанова про придатність (непридатність) осіб до служби в Службі 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 в Службі.

Стаття 76. До пункту «а» належать:

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

стани та наслідки після свіжих множинних проникних нестабільних переломів тіл хребців III ступеня компресії;

наслідки (до 3 років після травми) після хірургічного лікування з приводу переломів, вивихів та переломовивихів тіл хребців із застосуванням спондило-корпородезу;

віддалені наслідки множинних переломів тіл хребців з вираженою сколіотичною або кіфоско-ліотичною деформацією та нестабільністю хребта;

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

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 II – III ступенів;

стан та наслідки після односторонніх переломів кісток таза без порушення цілісності тазового кільця та лобкового з'єднання при незадовільних результатах лікування.

До пункту «в» належать компресійні стабільні переломи одного та більше тіл хребців I 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. Постанова про придатність до служби в Службі вноситься після закінчення лікування залежно від результатів.

За наявності травматичного або вогнестрільного остеомієліту постанова вноситься згідно з поясненнями до статті 70 залежно від стану патологічного процесу.

Стаття 77. До пункту «а» належать:

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток зі значним порушенням функцій кінцівки;

переломи шийки стегнової кістки при незадовільних результатах лікування (в тому числі ендопротезування);

неправильно зрощені множинні переломи кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця, лобкового сполучення, а також в ділянці 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 зі значним порушенням функцій.

До цього пункту належать анкілоз або деформуючий артроз великого суглоба, асептичний некроз голівки кістки зі значним обмеженням рухів або патологічною рухливістю, що розвинулись унаслідок травми.

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

При анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або при хорошій функціональній компенсації придатність до служби в Службі за графою 3 може визначатись 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.

До пункту «б» належать:

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток з 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 внаслідок неправильного зрощення переломів з помірним або незначним порушенням функції кінцівки.

До пункту «в» належать:

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

віддалені наслідки переломів довгих та інших кісток із незначним порушенням функцій кінцівки;

укорочення верхньої кінцівки від 2 до 5 см включно або нижньої кінцівки до 2 см внаслідок неправильного зрощення переломів з незначним порушенням функції або без порушення;

наслідки переломів з невилученими металевими конструкціями у разі відмови від їх вилучення.

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

До пункту «а» належать стани та наслідки пошкоджень бронхолегеневого апарату зі значним та помірним порушеннями функції зовнішнього дихання, розповсюджена 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 біліодигестивних 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 залишилась, 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.

До пункту «б» належать відсутність нирки при нормальній функції нирки, яка залишилась, наслідки резекції частки нирки, оперативних втручань з приводу спайкового процесу в черевній порожнині, видалення частини або сегмента легені, ліквідації пневмогемотораксу з незначним порушенням функцій, стани після холецистектомії (в тому числі лапароскопічної).

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

Стаття 79. До пункту «а» належать масивні келоїдні, гіпертрофічні рубці в області голови, шиї, тулуба та кінцівок, що спаяні із підлеглими тканинами або легко вразливі 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.

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 каузальгії після невідлого хірургічного лікування постановою приймається за статтею 23 Переліку захворювань.

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, зокрема, залежно від ступеня порушення функцій органів і систем за відповідними пунктами інших статей Переліку захворювань.

Стаття 80. 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.

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 м'язів унаслідок пошкодження основного стовбура або великих гілок лицьового нерва.

До пункту «в» належать наслідки пошкоджень спинного мозку, сплетінь, нервів, за яких функція кінцівки хоча й страждає, але різко не розладнується (пошкодження одного променевого або ліктьового нервів, якщо знижена сила розгиначів кисті та обмежена її тильна флексія, тощо), наслідки пошкоджень спинного мозку із незначним порушенням рухових або чутливих функцій.

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 служби в Службі до вилікування.

Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії

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.

До пункту «а» належать мікроцефалія, вади з редукцією частини головного мозку, вроджена гідроцефалія, інші аномалії головного та спинного мозку зі 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 зі значним порушенням функції зовнішнього дихання та значною втратою працездатності, вади щелепно-лицевої ділянки (у тому числі розщілини піднебіння та губи), органів травлення з вираженими клінічними проявами, вроджені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з деформацією грудної клітки (реберний горб тощо) та значним і помірним порушенням 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 зі 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.

До пункту «б» належать вроджена відсутність однієї нирки, полікістоз нирок, поодинокі солітарні кісти нирок більше 2 см в 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.

Стаття 83. Висновок 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 особливість скелетної мускулатури. При прийнятті рішення 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 постанова приймається згідно з відповідними статтями Переліку захворювань.

Стаття 84. Кандидати на службу в Службу визнаються непридатними до служби в Службі 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, постанова приймається за статтею Переліку захворювань, яка передбачає основне захворювання.

Стаття 85. За наявності заїкання особа, яка проходить медичний огляд, піддається поглибленому обстеженню. Експертна постанова приймається на підставі консультації невропатолога, психіатра та отоларинголога, за можливості – й логопеда. Ступінь вираженості заїкання визначається шляхом динамічного спостереження за станом мовної функції в різних умовах та оцінюється за моментами найбільш вираженого прояву захворювання.

Суттєве значення в експертній оцінці стану співробітників Служби має службова характеристика із зазначенням про те, якою мірою заїкання цієї особи позначається на виконанні нею службових обов'язків. Експертний висновок про придатність до служби в Службу дає невропатолог на підставі даних обстеження та ретельного вивчення медичних документів.

Заїканням, що не обмежує придатності до служби в Службі 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.
