

Додаток 3
до Положення про проходження медичного огляду в Державній
прикордонній службі України
(пункт 3 глави 1 розділу II)

**Протокол
засідання Центральної військово-лікарської комісії**

(найменування військово-лікарської комісії)

від _____ 20__ року N ____

Присутні: голова комісії

(власне ім'я, прізвище)

члени комісії:

(власне ім'я, прізвище)

(власне ім'я, прізвище)

(власне ім'я, прізвище)

СЛУХАЛИ:

I. Відношення, лист, скаргу, заяву (номер і дата документа, з якого питання)

II. Розглянуто документи:

1. Свідоцтво про хворобу _____

2. Особову справу _____

3. Пенсійну справу _____

4. Довідку з архіву _____

5. Посвідчення (учасника бойових дій, учасника ліквідації аварії на ЧАЕС тощо) _____

6. Довідку про проходження служби, військово-обліковий документ _____

7. Свідоцтво про смерть, довідку про смерть _____

8. Інші документи _____

ВСТАНОВИЛИ:

III. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,
рік народження _____, військове звання _____, призваний на військову
службу _____

IV. Дані про проходження військової служби, перебування на фронті (час входження частини до
складу діючої армії, участі в бойових діях у складі військових частин та країни, де велися бойові дії.
Участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, випробуваннях ядерної зброї, регламентних роботах з
ядерними зарядами) _____

Перебував на лікуванні в закладі охорони здоров'я (найменування та строк лікування) з приводу

Звільнений із військової служби (дата звільнення та причина) _____
згідно з _____
(назва та реквізити документа)

V. Діагноз: _____
_____,
за яким його згідно з _____
(назва та реквізити документа)
на підставі _____ статті _____ графі _____ було визнано
(дата та номер наказу)

(ступінь придатності)

VI. Уперше оглянутий МСЕК або експертною командою з оцінювання повсякденного
функціонування особи (дата настання інвалідності, група та причина)

VII. Дата смерті, причина смерті

VIII. Висновок лікаря-експерта:

Лікар-експерт _____
(підпис, прізвище, ініціали)

IX. Висновок комісії:

Результат голосування: "ЗА" _____ "ПРОТИ" _____

Обґрунтування особливої думки окремих членів комісії, що голосували "ПРОТИ"

Х. ПОСТАНОВИЛИ:

М. П.

Голова комісії

(підпис, прізвище, ініціали)

Члени комісії:

(підпис, прізвище, ініціали)

(підпис, прізвище, ініціали)

(підпис, прізвище, ініціали)

Додаток до протоколу N ____ засідання ВЛК (ЛЛК) _____ від _____ 20__ року на _____
аркушах (виписки із розглянутих документів).

Постанову ВЛК, ЛЛК відправлено _____

_____ 20__ року

Документи підшито до справи N _____, том _____, стор. _____, за 20__ рік.

Секретар ВЛК (ЛЛК) _____

Додаток 4
до Положення про проходження медичного огляду в Державній
прикордонній службі України
(пункт 1 глави 4 розділу II)

**Книга
протоколів засідань ВЛК**

N з/п	Дата засідання ВЛК	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), рік народження, військове звання, орган Держприкордонслужби, яким ТЦК та СП і коли призваний	Ким направлений на ВЛК, номер та дата направлення, номер історії хвороби, відділення	Діагноз, причинний зв'язок	Постанова ВЛК	Постанова штатної ВЛК, дата
1	2	3	4	5	6	7

Додаток 5
до Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України
(пункт 2 глави 1 розділу III)

Розклад
хвороб, станів, фізичних вад та пояснення щодо застосування статей, що визначають ступінь придатності до військової служби

Графа I -	кандидати на навчання у ВВНЗ Держприкордонслужби з числа громадян призовного віку.
Графа II -	громадяни призовного віку, військовозобов'язані, військовослужбовці з числа осіб рядового, сержантського і старшинського складу, яких відбирають для проходження військової служби за контрактом або які проходять військову службу за контрактом; курсанти 1 - 3 курсів ВВНЗ Держприкордонслужби; військовослужбовці рядового, сержантського і старшинського складу, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період.
Графа III -	громадяни призовного віку, військовозобов'язані, військовослужбовці з числа осіб офіцерського складу, яких відбирають на військову службу за контрактом або які проходять військову службу за контрактом; особи офіцерського складу Держприкордонслужби; військовослужбовці офіцерського складу, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період; курсанти випускного курсу ВВНЗ Держприкордонслужби.
Графа IV -	громадяни призовного віку, військовозобов'язані, військовослужбовці, яких відбирають на військову службу за контрактом або які проходять військову службу за контрактом на кораблях, катерах та суднах забезпечення Морської охорони Держприкордонслужби; військовослужбовці, яких відбирають для проходження військової служби або які проходять військову службу на кораблях, катерах та суднах забезпечення Морської охорони Держприкордонслужби, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період.

N з/п	Стаття Розкладу хвороб	Назва хвороби, ступінь порушення функції	Категорії осіб, що проходять медичний огляд згідно з графами Розкладу хвороб			
			графа I	графа II	графа III	графа IV
1	2	3	4	5	6	7
I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00 - B99), їх наслідки						
1	Стаття 1	Включено: кишкові інфекційні хвороби A00 - A09; бактеріальні зоонози A20 - A28; інші бактеріальні хвороби A30 - A49; спірохетози A68 - A69; орнітоз A70; рикетсіози A75 - A79; вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи A80 - A89; вірусні геморагічні гарячки A92 - A99, вірусні інфекційні хвороби з ушкодженням шкіри та слизових оболонок B00 - B09; інші				

		вірусні хвороби B25 - B34; протозойні хвороби, гельмінтози, педикульоз та інфестації B50 - B89; носійство збудника інфекційної хвороби Z22; коронавірусна хвороба U07.1 - U07.2	
		а) зазначені хвороби та їх наслідки, які не піддаються або важко піддаються лікуванню	Непридатні до військової служби
		б) інші зазначені хвороби та їх наслідки, носійство збудника інфекційної хвороби	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
2		За наслідками тяжких та ускладнених гострих форм інфекційних та паразитарних захворювань (протягом одного року після завершення курсу лікування) у разі збереження стійких порушень функцій органів та систем експертне рішення про ступінь придатності до військової служби слід розглядати разом з відповідними статтями Розкладу хвороб. До пункту "а" належать: усі форми лепри, повільних інфекцій центральної нервової системи, сказу; генералізовані форми актиномікозу, аспергільозу; ехінококоз множинний або такий, що не піддається хірургічному лікуванню при завершеному 6-місячному курсі протипаразитарного лікування; цистицеркоз центральної нервової системи та ока; інші форми інфекційних хвороб, що потребують тривалого лікування більше 6-ти місяців. Слід розрізняти інфекційний початок та наслідки токсичної дії укусу тварин, плазунів, комах, що належить до класу травм та отруєнь. Під час встановлення наслідків токсичної дії укусу, що підтверджено документально, причинний зв'язок виноситься, як при травмі. У разі затяжного, рецидивуючого (2 - 3 рази на рік) перебігу гострого інфекційного або паразитарного захворювання, паразитозості, коли протягом 2 місяців зберігаються зміни у функціональному стані органа або системи, формуються різноманітні ускладнення, особам із стійким виділенням збудників кишкових захворювань, що не піддаються лікуванню, після завершення курсу лікування огляд проводиться згідно з пунктом "а". Якщо під час стаціонарного обстеження осіб, які перенесли інфекційні та паразитарні хвороби, функціональних порушень з боку органів та систем не виявлено, то медичний огляд проводиться згідно з пунктом "б". Особам, які перенесли малярію без ускладнень (крім важкого перебігу), ступінь придатності визначається за наслідками хвороби через два місяці після завершення курсу лікування.	
3	Стаття 2	Включено: туберкульоз органів дихання, підтверджений або не підтверджений бактеріологічно та гістологічно, A15 - A16; туберкульоз нервової системи A17; туберкульоз інших органів A18; міліарний туберкульоз A19	
		Активний туберкульоз легень; активний туберкульоз інших органів позалегенової локалізації у період основного курсу лікування	Непридатні до військової служби з переоглядом через 6 місяців
4		Щодо військовозобов'язаних, резервістів та військовослужбовців приймається постанова "Непридатний до військової служби з переоглядом через 6 місяців". В обов'язковому порядку така постанова ВЛК приймається не пізніше одного місяця з дати встановлення діагнозу. У разі виходу захворювання в одужання після проведеного курсу лікування експертний висновок приймається згідно з вимогами інших статей Розкладу хвороб з урахуванням анатомічної зони ураження та ступеня порушення функцій уражених органів та систем. За умови відсутності небезпеки для оточуючих військовослужбовці можуть проходити військово-лікарську експертизу в закладах охорони здоров'я в системі Держприкордонслужби, у яких відсутні протитуберкульозні підрозділи, з дотриманням експертних вимог цього Положення.	
5	Стаття 3	Включено: інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, A50 - A79 (сифіліс, гонококова інфекція, хвороби, спричинені хламідіями, трихомонадами та мікоплазмами)	
		Сифіліс, гонококова інфекція, уrogenітальний хламідіоз, уrogenітальний трихомоніаз, уrogenітальний мікоплазмоз	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
6		Громадянам та військовослужбовцям у разі виявлення інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом, проводиться обов'язкове лікування. Після проведення повного курсу лікування хворим на сифіліс військовослужбовцям вони визнаються придатними до військової служби незалежно від результатів серологічних досліджень. Громадяни, що приймаються на військову службу за контрактом, а також кандидати на вступ до ВВНЗ визнаються	

		придатними за наявності негативного серологічного дослідження на сифіліс. У разі ураження сифілісом внутрішніх органів, нервової системи, кісток тощо медичний огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.		
		Включено: усі форми хронічних вірусних гепатитів В15 - В19		
		а) тяжкі форми хронічних вірусних гепатитів, які важко піддаються лікуванню та значно порушують функції органів і систем	Непридатні до військової служби	
7	Стаття 4	б) хронічні вірусні гепатити з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) хронічні вірусні гепатити з незначними порушеннями функцій або без порушення функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
8	Передбачає хронічні вірусні гепатити В (ВГВ), С (ВГС), D (ВГД) та інші. Оцінка тяжкості порушень печінки визначається відповідно до даних, отриманих у ході клінічних, лабораторних, інструментальних досліджень, що свідчать про стійкість ураження печінки. Рекомендовано використовувати неінвазійні методи діагностики фіброзу APRI та індекс FIB-4. Визначення низьких і високих порогових значень для виявлення вираженого фіброзу та цирозу печінки проводиться за шкалою Metavir. Біопсія печінки може знадобитися у випадках, коли відомо або існує підозра, що захворювання має змішану етіологію (наприклад, метаболічний синдром, алкоголізм або аутоімунна патологія). До пункту "а" належать: хронічні вірусні гепатити з вираженою стійкою (впродовж щонайменше одного місяця) цитолітичною активністю - підвищення АЛТ ≥ 10 верхніх меж норми (далі - ВМН), впродовж щонайменше одного місяця, що важко піддаються корекції чи мають стійкі порушення вуглеводної, білкової, пігментної функцій печінки (наявність щонайменше двох з наведених показників: загальний білок ≤ 50 г/л чи альбумін $\leq 17,5$ г/л, загальний білірубін ≥ 50 мкмоль/л, протромбіновий індекс ≤ 60 %), а також з проявами печінкової енцефалопатії, геморагічного синдрому; та/або виражений фіброз печінки (оцінка F4 за шкалою METAVIR) асоційований з хронічним перебігом вірусних гепатитів; випадки хронічного вірусного гепатиту В з дельта-агентом (мікст-гепатит ВГВ + ВГД). Пацієнтам з розвитком фіброзу до рівня F4 за шкалою METAVIR, визначеним на підставі результатів соноеластографії печінки ($\geq 12,6$ кПа), шкал FIB-4 ($> 3,25$) та APRI ($> 2,0$), постановка ВЛК приймається після огляду в консилиумі лікарів у складі провідного терапевта закладу охорони здоров'я, лікаря-інфекціоніста, лікаря-гастроентеролога, лікаря УЗД. Результати соноеластографії мають бути верифіковані щонайменше двома спеціалістами УЗД. За наявності цирозу печінки чи гепатоцелюлярної карциноми, асоційованих з ВГС, ВГВ, експертне рішення слід приймати за відповідними статтями Розкладу хвороб. До пункту "б" належать: хронічні вірусні гепатити із стійкою (впродовж щонайменше одного місяця), помірною цитолітичною активністю - підвищення АЛТ < 10 ВМН та з помірним порушенням функцій печінки (наявність щонайменше двох з наведених показників: загальний білок ≤ 65 г/л чи альбумін $\leq 29,3$ г/л, загальний білірубін до 50 мкмоль/л, протромбіновий індекс ≤ 70 %). До пункту "в" належать хронічні вірусні гепатити з незначною цитолітичною активністю (підвищення АЛТ < 5 ВМН) та з незначним порушенням функцій печінки (загальний білірубін до 30 мкмоль/л). До цього ж пункту належить хронічний перебіг вірусних гепатитів без порушення функції печінки та з мінімальною цитолітичною активністю (підвищення трансаминаз до $1,5$ ВМН). За наявності фіброзу 1 - 2 стадії, декомпенсованого цирозу експертне рішення слід приймати за відповідними статтями Розкладу хвороб. Медичний огляд військовослужбовців доцільно проводити після проведення противірусної терапії хронічного ВГС не раніше 12 або 24 тижнів після завершення лікування та досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ12/СВВ24), а хронічного ВГВ - через 12 місяців від початку противірусного лікування (нуклеозидними і нуклеотидними інгібіторами зворотної транскриптази) з урахуванням вірусологічної відповіді, визначеної методом полімеразної ланцюгової реакції. Військовослужбовцям, яким проведено успішний курс противірусної терапії хронічного ВГС, що привів до досягнення СВВ, при			

наявності загальних anti-HCV та за відсутності РНК ВГС при дослідженні крові методом полімеразної ланцюгової реакції (якісної або кількісної), а також відсутності ознак пізнього рецидиву або реінфікування впродовж 12 місяців після завершення курсу лікування медичний огляд за цією статтею не проводиться. Постанова про придатність до військової служби згідно з ТДВ у таких випадках приймається на загальних підставах.

У випадку відсутності препаратів для протівірусної терапії хронічного ВГС та хронічного ВГВ або відмови військовослужбовця від протівірусного лікування при незавершеному курсі лікування, або під час мобілізації в умовах воєнного часу медичний огляд проводиться за відповідним пунктом статті з урахуванням ступеня порушення функцій печінки на момент огляду.

Кандидати на військову службу за контрактом та кандидати на навчання у ВВНЗ у разі виявлення антигенів вірусного гепатиту В або С при негативному результаті ПЛР визнаються придатними до військової служби за контрактом (навчання у ВВНЗ) за відповідними пунктами цієї статті.

Кандидати, які перенесли гострий вірусний гепатит, за відсутності в них порушень функцій печінки і шлунково-кишкового тракту можуть бути визнані придатними до військової служби за контрактом (навчання) не раніше ніж через 6 місяців після завершення лікування.

Вакцинація від гепатиту В є ефективним способом запобігання розвитку хронічного гепатиту В та D, і має пропонуватися до дати призову (прийняття) на військову службу.

9	Стаття 5	Включено: хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), B20 - B24, безсимптомне носійство ВІЛ - Z21		
		а) хвороба, зумовлена ВІЛ (прогресуюча), з імунною декомпенсацією	Непридатні до військової служби	
		б) хвороба, зумовлена ВІЛ, з імунною субкомпенсацією	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) хвороба, зумовлена ВІЛ (стабільна), або безсимптомне носійство ВІЛ з імунною компенсацією	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
10	Передбачас різні клінічні стадії хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за рубриками B20 - B24 та безсимптомне носійство ВІЛ - Z21. Під час проведення медичного огляду військовослужбовців за цією статтею обов'язковими є огляд інфекціоністом, імунологічне дослідження сироватки крові на наявність антитіл до ВІЛ або антитіл та білка р24 ВІЛ, визначення рівнів абсолютного значення CD4 Т-лімфоцитів (CD4) та за клінічної потреби вірусного навантаження (ВН) ВІЛ. Лабораторне підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться відповідно до діючої нормативної бази щодо системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу. Наявність ВІЛ-інфекції не може виступати дискримінуючим фактором. Антитретровірусна терапія (АРТ) є єдиним способом ефективного контролю за ВІЛ-інфекцією, а досягнутий невизначуваний рівень ВН ВІЛ у крові внаслідок високої прихильності до прийому АРТ прирівнюється до нульового ризику передачі ВІЛ статевим шляхом здоровим особам. Рівень CD4 Т-лімфоцитів є допоміжним результатом обстеження хворого та відіграє прогностичну роль для прийняття експертних рішень. Підходи до визначення клінічних стадій ВІЛ-інфекції, стабільності пацієнта або ознак прогресуючої ВІЛ визначаються на підставі класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я та законодавства. Ступені вираженості Т-клітинної імунної недостатності визначаються рівнями CD4 Т-лімфоцитів за класифікацією Центрів профілактики та лікування захворювань відповідно до законодавства, а саме: імунна компенсація - $CD4 \geq 500$ кл/мкл, імунна субкомпенсація - $CD4 200 - 499$ кл/мкл, імунна декомпенсація - $CD4 < 200$ кл/мкл. Валідними визнаються результати визначення рівня CD4 Т-лімфоцитів упродовж останніх 2-х місяців, що передують даті проведення експертизи, незалежно від запланованого в цивільному закладі охорони здоров'я графіка лабораторного контролю зазначеного показника в окремої людини, що живе з ВІЛ (далі - ЛЖВ). Рівень ВН, прийом антитретровірусних препаратів та прихильність до АРТ є допоміжними факторами в прогнозуванні клінічного перебігу ВІЛ-інфекції. До пункту "а" належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії I - IV, за рівня $CD4 < 200$ кл/мкл незалежно від рівня ВН та прийому АРТ. За наявності у ЛЖВ ВІЛ-індукованої анемії (гемоглобін < 80 г/л), нейтропенії ($< 0,5 \times 10^9$/л) та/або хронічної тромбоцитопенії ($< 50 \times 10^9$/л) незалежно від			

рівня CD4 військовослужбовці оглядаються за пунктом "а".

У випадках наявності віддалених наслідків раніше перенесених опортуністичних інфекцій огляд проводиться за пунктом "а".

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

До пункту "б" належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії I - IV, з рівнем CD4 200 - 499 кл/мкл.

До пункту "в" належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії I - IV (B20, B22 - B24 та Z21), з імунною компенсацією, CD4 > 500 кл/мкл.

Голова, заступник голови, члени комісії та секретар ВЛК зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про військовослужбовців - ЛЖВ та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам.

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

Причинний зв'язок захворювання на ВІЛ-інфекцію у військовослужбовця-ЛЖВ встановлюється індивідуально з урахуванням строку військової служби, клінічної стадії, рівня CD4 Т-лімфоцитів та епідемічних передумов.

Причинний зв'язок у формулюванні "Захворювання, ТАК, пов'язане із захистом Батьківщини" для військовослужбовця-ЛЖВ встановлюється згідно із чинним законодавством (на підставі підтвердження зв'язку зараження ВІЛ з виконанням своїх функціональних обов'язків).

11	Стаття 6	Включено: мікози та дерматофітії B35 - B49	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
		а) кандидоз, кокцидоїдоз, бластомікоз, параккокцидоїдомікоз, споротрихоз, хромомікоз і феомікотичний абсцес, аспергільоз, криптококоз, зигомікоз, міцетома	
		б) дерматофітія, оніхомікоз	
12	Військовослужбовці підлягають стаціонарному лікуванню. Громадяни, які мають захворювання, зазначені в пункті "а" цієї статті, визнаються тимчасово непридатними.		
13	Стаття 7	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних хвороб або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
14	Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних захворювань, стани після хірургічних втручань, коли зберігаються тимчасові функціональні розлади органів і систем. Після завершення стаціонарного лікування, коли для повного відновлення функцій і працездатності та визначення кінцевого результату захворювання потрібно не менше одного місяця, військовослужбовцям може надаватися відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від виконання службових обов'язків. Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом або вступають у ВВНЗ, визнаються тимчасово непридатними до завершення курсу лікування. Після перенесених гострих вірусних гепатитів легкого та середнього ступенів тяжкості військовослужбовцям надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від виконання службових обов'язків.		
II. Новоутворення (C00 - D48), їх наслідки			
15	Стаття 8	Включено: злоякісні новоутворення всіх локалізацій: губи, ротової порожнини, глотки C00 - C14; органів травлення C15 - C26; органів дихання та грудної клітки C30 - C39; кістково-м'язової та сполучної тканини, меланома C40 - C49; сечостатевих органів C50 - C68; ока, головного мозку та інших відділів центральної нервової системи C69 - C72; щитоподібної залози та інших ендокринних залоз C73 - C80, метастази із неуточнених локалізацій	Непридатні до військової служби
		а) первинні (вторинні) за наявності віддалених метастазів і неможливості радикального хірургічного лікування; наслідки радикального	

		хірургічного лікування із значними порушеннями функцій		
		б) наслідки (залишкові явища) після радикального хірургічного лікування первинної пухлини; рак нижньої губи, рак шкіри	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
16	До пункту "а", крім зазначених у Розкладі хвороб новоутворень, належать: пухлини головного та спинного мозку; новоутворення невизначеного або невідомого характеру оболонок мозку, які прогресують або призводять до стійких паралічів, глибоких парезів кінцівок із стійкими порушеннями чутливості або трофіки; новоутворення головного мозку та центральної нервової системи невизначеного або невідомого характеру; новоутворення невизначеного або невідомого характеру ендокринних залоз; злоякісні новоутворення кісток та суглобів незалежно від поширеності та стадії; злоякісні новоутворення інших органів та м'яких тканин з віддаленими метастазами після нерадикального хірургічного лікування або прогресування (рецидив) захворювання після раніше проведеного лікування; наслідки радикального хірургічного лікування злоякісних новоутворень, що призвели до значного порушення функцій органів та систем. У разі відмови хворого від лікування злоякісного новоутворення незалежно від стадії та розповсюдження пухлини медичний огляд проводиться за пунктом "а". До пункту "б", крім зазначених у Розкладі хвороб новоутворень, належать: рубці після радикального лікування злоякісних пухлин нижньої губи та шкіри; плоскоклітинний рак шкіри після радикального лікування; наслідки протипухлинного лікування (хірургічного, цитостатичного або променевого), які не призвели до значного порушення функції органів та систем. Військовослужбовцям, які проходять військову службу за контрактом та не досягли граничного віку перебування на військовій службі, протягом перших п'яти років після успішного радикального лікування первинної пухлини й за відсутності ознак рецидиву та значних порушень дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функцій ВЛК може приймати постанову "придатний до військової служби". Після завершення п'ятирічного строку після успішного радикального лікування первинної пухлини за відсутності ознак рецидиву та значних порушень дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функцій, медичний огляд дозволяється проводити за наявними наслідками лікування пухлини за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від ступеня порушення функції. Після завершення курсу протипухлинного лікування (хірургічного, цитостатичного або променевого) військовослужбовці всіх категорій оглядаються ВЛК з установами ступеня придатності до військової служби. Військовослужбовці, які мають злоякісні новоутворення та потребують виключно хірургічного лікування (базаліома, обмежені форми сарком, рак грудної залози І стадії, рак легені І та ІІ стадій, пухлини середостіння) або локальної променевої терапії, підлягають медичному огляду відповідно до пункту "б". Військовослужбовці, які мають злоякісні новоутворення та потребують тривалого протипухлинного лікування (хірургічне лікування, неoad'ювантна хіміотерапія, ад'ювантна хіміотерапія, променева терапія, таргетна терапія, імунотерапія), підлягають медичному огляду відповідно до статті 11 Розкладу хвороб з прийняттям постанови про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 - 12 місяців залежно від тривалості лікування. При наявності значних рентгенологічних змін, ендоскопічних змін (постпроменевої, постзапальний пневмофіброз, що поширюється на долю легені та більше; рубцеві деформації трахеї та бронхів) військовослужбовці підлягають медичному огляду відповідно до статті 11 Розкладу хвороб з прийняттям постанови про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 - 12 місяців залежно від тривалості лікування.			
17	Стаття 9	Включено: злоякісні пухлини лімфоїдної, кровотворної та споріднених з ними тканин С81 - С96 (лімфогранульоматоз, неходжкінська лімфома, злоякісні лімфопроліферативні хвороби, множинна мієлома, усі види лейкозів); поліцитемія справжня D45; мієлодиспластичний синдром D46; інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної чи споріднених тканин D46		
		а) швидко та повільно прогресуючі, зі значними змінами у складі крові і періодичними загостреннями	Непридатні до військової служби	

		б) повільно прогресуючі і непрогресуючі з помірними та незначними порушеннями функцій кровотворної системи і нечастими загостреннями	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) захворювання у фазі тривалої стійкої ремісії після проведеного специфічного лікування	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
18	До пункту "а" належать: злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин, які потребують проведення специфічного лікування згідно із діючими клінічними протоколами, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), за винятком лімфоми Ходжкіна та фолікулярних неходжкінських лімфом у I - II стадіях, хронічної мієлолейкемії у хронічній фазі, есенціальної тромбоцитемії без тромбогеморагічних ускладнень, що розглядаються в підпункті "б"; злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин у стадії клініко-гематологічної ремісії після проведення повного курсу специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), якщо тривалість ремісії менше трьох років; мієлодиспластичний синдром: рефрактерна анемія, яка клінічно проявляється вираженим анемічним синдромом, що потребує проведення неодноразових трансфузій еритроцитарної маси або з рівнем гемоглобіну менше 110 г/л або потребувала проведення неодноразових трансфузій еритроцитарної маси протягом останніх чотирьох місяців; інші форми мієлодиспластичних синдромів: рефрактерна анемія з надлишком бластних клітин, рефрактерна анемія неуточнена, рефрактерна анемія з мультилінійною дисплазією, мієлодиспластичний синдром, асоційований з ізольованою хромосомною аномалією делеції 5q, інші та неуточнені мієлодиспластичні синдроми; справжня поліцитемія за наявності будь-якого з таких маркерів: у ПБ - III (мієлофібротичній) стадії; при виникненні тромбогеморагічних проявів, що потребують госпіталізації та відповідного лікування; що потребує або потребувала, згідно з діючими клінічними протоколами, проведення експфузій крові частіше ніж 2 курси лікування на рік; есенціальна тромбоцитемія в разі виникнення тромбогеморагічних проявів, що потребують госпіталізації та відповідного лікування. До пункту "б" належать: лімфома Ходжкіна та фолікулярні неходжкінські лімфоми у I - II стадіях при досягненні ремісії (доброї відповіді) після проведення терапії першої лінії (хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо); хронічна мієлолейкемія у хронічній фазі на фоні лікування інгібіторами тирозинкінази; есенціальна тромбоцитемія без тромбогеморагічних ускладнень; злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, справжня поліцитемія та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин у початкових стадіях, які не потребують, згідно із клінічними протоколами, проведення специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо) в початковій стадії захворювання; злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин, які не потребують, згідно з клінічними протоколами, проведення специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо) при всіх стадіях захворювання; мієлодиспластичний синдром: рефрактерна анемія з рівнем гемоглобіну більше 110 г/л, який не потребує проведення трансфузій еритроцитарної маси; справжня поліцитемія у I - ІІА стадії, що потребує або потребувала, згідно з клінічними протоколами, проведення експфузій крові не частіше ніж 2 курси лікування на рік. До пункту "в" належать злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, справжня поліцитемія та інші новоутворення			

невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин у стадії клініко-гематологічної ремісії після проведення повного курсу специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), якщо тривалість ремісії більше трьох років.
Подання військовослужбовців на медичний огляд ВЛК можна здійснювати після завершення першого курсу специфічного лікування.
Переогляд осіб, які хворіли на пухлини лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, мієлодиспластичні синдроми, можливий не раніше п'яти років після завершення повного курсу специфічного лікування та після завершення строку обліку в онколога (гематолога).

19	Стаття 10	Включено: доброякісні новоутворення всіх локалізацій D10 - D49. Виключено: D45; D46; D47 (поліцитемія справжня, мієлодиспластичні синдроми та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин) (включено до статті 9)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	

20 За наявності доброякісних новоутворень оглянутим пропонується лікування.
До пункту "а" належать:
новоутворення шкіри, підшкірних тканин, кровоносних або лімфатичних судин, що унеможливають носіння військової форми одягу, взуття або спорядження;
новоутворення центральної або периферичної нервової системи, які прогресують або призводять до стійких паралічів, глибоких парезів кінцівок із стійкими порушеннями чутливості або трофіки (різко виражені гіпотрофії м'язів при односторонньому процесі: плеча - більше ніж 4 см, передпліччя - більше ніж 3 см, стегна - більше ніж 8 см, гомілки - більше ніж 6 см; контрактури, хронічні трофічні виразки), що супроводжуються розладом функцій кори або підкоркових утворень, порушеннями функцій черепних нервів, ендокринними розладами, а також стійким больовим синдромом (каузалгія, неврома, що викликає різкий біль, тощо);
фіброми носоглотки з перебігом, який прогресує, середостіння із значними клінічними проявами (зміщення, здавлення, руйнування навколишніх органів, а також інших прилеглих до них органів грудної порожнини);
новоутворення бронхо-легеневого апарату, що супроводжуються кровохарканням, бронхостенозом або ателектазом;
новоутворення органів травлення, що значно утруднюють акт ковтання або проходження їжі та супроводжуються занепадом угодованості;
новоутворення залоз внутрішньої секреції без ендокринних розладів, що викликають порушення функцій прилеглих органів (зміщення, здавлення);
новоутворення наднирників з відповідними клінічними проявами та лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями;
новоутворення гіпофіза з відповідними клінічними проявами та лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями;
поширені або множинні папіломи сечового міхура з вираженими дизуричними явищами або які супроводжуються кровотечею;
множинні кісти або гемангіоми печінки, що займають більше 30 % об'єму органа або великих розмірів (5 см та більше).
До пункту "б" належать новоутворення:
шкіри, підшкірних тканин, кровоносних або лімфатичних судин, що ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження;
центральної або периферичної нервової системи, при якій порушення функцій виражені помірно і перебіг якої характеризується повільним протягом тривалого часу (1 - 2 роки) наростанням симптомів (незначна гіпотрофія м'язів, легкі розлади чутливості та парези тощо);
гіпофіза з лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями без клінічних проявів;
наднирників з лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями без клінічних проявів;
середостіння з порушеннями функцій органів;
бронхо-легеневого апарату з клінічними проявами;
органів травлення без занепаду угодованості;

множинні (2 та більше) кісти або гемангіоми печінки, що займають менше 30 % об'єму органа або розмірами менше 5 см; папіломи сечового міхура з помірними та незначними дизуричними явищами; рецидивуючі дермоїдні куприкові кісти після радикального хірургічного лікування або в разі відмови від нього.

До цього пункту належать також фонові стани та передпухлинні захворювання молочної залози і жіночих статевих органів: дисплазія або атипова гіперплазія молочної залози; міома матки при розмірах, що відповідають 12-тижневій і більше вагітності і супроводжуються кровотечами, що призводять до анемії, а також наявність субмукозних або субсерозних вузлів з порушенням їх кровопостачання, швидким ростом (збільшення пухлини до розмірів, що відповідають більш як 5-тижневій вагітності, за рік); залозисто-кістозна гіперплазія, поліпоз, аденоматоз ендометрія; ерозія або дисплазія шийки матки; поліпи цервікального каналу; кісти бартолінової залози, крауроз вульви, кісти та фіброми піхви, що порушують функцію.

До пункту "в" належать новоутворення: нервової системи, які повільно прогресують, без атрофії м'язів та трофічних розладів, а також коли симптоми захворювання не прогресують; мікроаденоми гіпофіза до 3 мм у діаметрі без порушення функції; наднирників без порушення функції; органів травлення без клінічних проявів; поліпи жовчного міхура; поліпи жіночих статевих органів, що не потребують хірургічного лікування (міома матки при розмірах, що відповідають 11-тижневій та менше вагітності без клінічних проявів, кісти бартолінової залози, кісти та фіброми піхви); рецидив після хірургічного лікування поодиноких доброякісних новоутворень кісток, хрящів, ліпом, гемангіом, що дещо ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження; доброякісні новоутворення: поодинокі ліпоми, поодинокі гемангіоми шкіри, поодинокі хондроми, що не ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження, а також наслідки радикального хірургічного лікування ерозії та дисплазії шийки матки, поліпів цервікального каналу, кіст бартолінових залоз, кіст і фібром піхви, що не порушують функції, не дають підстав для застосування цієї статті.

Громадян та військовослужбовців з кістами внутрішніх органів оглядають залежно від ступеня порушення їх функцій за відповідними статтями Розкладу хвороб.

21	Стаття 11	Стани після хірургічного лікування, проведення цитостатичної або променевої терапії з приводу новоутворень	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків		
22	Громадянам, які приймаються на військову службу за контрактом або вступають до ВВНЗ та перенесли хірургічне лікування або цитостатичну (променеву) терапію з приводу новоутворень, медичний огляд проводиться відповідно до пунктів "а", "б" чи "в" статей 8 - 10 Розкладу хвороб. Відпустка для лікування у зв'язку з хворобою оглянутим згідно з графами II та III надається у випадках, коли необхідно проведення повторних курсів лікування або коли для повного відновлення функцій та працездатності необхідним є строк не менше місяця. Після проведення повного курсу комбінованої терапії військовослужбовці направляються на медичний огляд ВЛК з визначенням ступеня придатності до військової служби.				
III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (D50 - D89), їх наслідки					
23	Стаття 12	Включено: анемії (аліментарні, гемолітичні, апластичні, післягеморагічні) D50 - D64; порушення згортання крові, пурпура (ідіопатична, тромбоцитопенічна), геморагічні стани D63 - D69; інші хвороби крові та кровотворних органів (агранулоцитоз, хвороби селезінки) D70 - D77; деякі порушення із залученням імунного механізму (усі види саркоїдозу, імунодефіцити) D80 - D89			
		а) швидко прогресуючі із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби		
		б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій та частими	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального,		Непридатні до служби на кораблях,

		загостреннями	медичного та інших видів забезпечення, охорони	катерах та суднах забезпечення
		в) повільно прогресуючі та непрогресуючі з незначними порушеннями функцій та рідкими загостреннями	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) стани після перенесених гострих хвороб крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
24	Медичний огляд з визначенням ступеня придатності до військової служби проводиться після стаціонарного обстеження, консультацій гематолога та пульмонолога (при встановленні діагнозу "саркоїдоз") спеціалізованого закладу охорони здоров'я. До пункту "а" належать: гемолітичні анемії внаслідок ферментних порушень, таласемія, серпоподібноклітинні порушення, інші спадкові гемолітичні анемії; набуті гемолітичні анемії та інші анемії, які потребують оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу; апластичні анемії; спадкова недостатність факторів згортання крові: фактора VIII, фактора IX, фактора XI або інших факторів при наявності клінічних проявів; хвороба Віллебранда при наявності клінічних проявів; геморагічні порушення, зумовлені циркулюючими в крові антикоагулянтами при наявності клінічних проявів; ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура, яка потребує проведення оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів; ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура з відсутністю повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів; спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів та об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому, які потребують специфічного гемостазіологічного лікування; агранулоцитоз із загальною кількістю нейтрофільних гранулоцитів менше $1 \times 10^9/\text{л}$, рефрактерний до лікування; генетичні аномалії та інші порушення лейкоцитів, які потребували тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування з цього приводу і мали клінічні прояви у вигляді інфекційних, алергічних захворювань і станів; вроджена метгемоглобінемія; набута метгемоглобінемія, що потребувала тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування; сімейний еритроцитоз, який потребував тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування з цього приводу і мав об'єктивні клінічні прояви. До пункту "б" належать: набуті гемолітичні анемії та інші анемії в стадії повної клініко-гематологічної ремісії після проведення оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу, якщо з моменту досягнення ремісії пройшло менше трьох років; ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура в стадії повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів, якщо з моменту досягнення ремісії пройшло менше трьох років; набутий дефіцит факторів згортання або інші порушення згортання крові, клінічний перебіг яких тривав більше 1 місяця і потребував специфічного гемостазіологічного лікування; спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів та об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому, які не потребують стаціонарного лікування. До пункту "в" належать: набуті гемолітичні анемії та інші анемії в стадії тривалої (понад три роки) повної клініко-гематологічної ремісії після проведення оперативного,			

цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу;
 ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура в стадії тривалої (понад 3 роки, рівень тромбоцитів від $100 \times 10^9/\text{л}$ і вище) повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів;
 аліментарні анемії та хронічна постгеморагічна анемія, що потребували стаціонарного лікування з приводу анемії три і більше разів на рік;
 спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів без об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому;
 сімейний еритроцитоз без клінічних проявів і без показань до лікування.
 У разі діагностування анемії при хронічних хворобах, класифікованих в інших рубриках та новоутвореннях, експертне рішення виноситься по основній нозологічній формі захворювання, що спричинило виникнення анемії.
 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.
 До пункту "а" належать:
 саркоїдоз легень із значним порушенням функції дихання;
 саркоїдоз із ураженням ЦНС;
 саркоїдоз із ураженням серця.
 До пункту "б" належать:
 саркоїдоз легень, лімфатичних вузлів, який потребує тривалого прийому ГКС або цитостатиків (не менше 6 місяців);
 саркоїдоз легень з помірним порушенням функції дихання;
 рецидивуючий перебіг саркоїдозу.
 До пункту "в" належать:
 саркоїдоз лімфатичних вузлів;
 саркоїдоз легень без або з незначним порушенням функції зовнішнього дихання.
 Функція зовнішнього дихання оцінюється відповідно до таблиці 13 статті 46 Розкладу хвороб.
 Постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою приймається в разі, коли тимчасові розлади функцій крові та кровотворних органів після перенесених захворювань (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, порушення функцій еритроцитів та тромбоцитів) не зумовлені системними захворюваннями крові або після хірургічного лікування, коли для повного відновлення працездатності та нормалізації гематологічних показників потрібен строк не менше одного місяця.

IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (E00 - E90), їх наслідки				
25	Стаття 13	Включено: усі хвороби щитоподібної залози (за винятком новоутворень) E00 - E07; усі типи цукрового діабету та інших порушень регуляції глюкози E10 - E16; порушення інших ендокринних залоз E20 - E35; недостатнє та надмірне харчування, порушення обміну речовин (усі види ожиріння, функціональна гіпербілірубінемія, ліпоматоз) та інші E40 - E90		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	

		г) стани після перенесених гострих захворювань або хірургічного лікування з приводу хвороб ендокринної системи та прирівняних станів	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
26	Медичний огляд громадян та військовослужбовців під час визначення ступеня придатності до військової служби, до навчання у ВВНЗ проводиться після стаціонарного обстеження та консультації ендокринологом спеціалізованого закладу охорони здоров'я (установи). У разі виявлення вузлового зоба (вузол більше 1 см у діаметрі) виконується пункційна біопсія щитоподібної залози під контролем УЗД та цитологічне дослідження біоптату. Якщо відсутні дані про новоутворення, огляд проводиться за пунктом "в". До пункту "а" належать: тяжка форма цукрового діабету: інсулінозалежний з лабільним перебігом (часті, більше двох, кетоацидотичні або гіпоглікемічні стани), наявністю ускладнень (проліферативна стадія ретинопатії, генералізована симетрична полінейропатія, хронічна сенсорно-моторна або автономна нейропатія, нефропатія в стадії протеїнурії більше 0,5 г/добу та розвитком ниркової недостатності, макроангіопатія) або наявністю потреби в застосуванні більше 60 одиниць інсуліну на добу для досягнення стану субкомпенсації вуглеводного обміну; рецидивуючий тиреотоксикоз важкого ступеня (схуднення, екзофтальм, задуха у спокої, частота пульсу більше 120 ударів на хвилину та порушення серцевого ритму); тяжкі форми післяопераційного гіпотиреозу, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні 125 мкг на добу та більше або тяжкі форми гіпотиреозу, які не є наслідком операції та потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні 150 мкг на добу та більше; нецукровий діабет, що потребує постійного проведення замісної терапії. До цього пункту належать також усі хвороби залоз внутрішньої секреції (гіпофіза, наднирників, паращитоподібної та статевих залоз), які супроводжуються відповідними клінічними проявами та відхиленнями в лабораторних показниках та потребують тривалого (більше 1 року) патогенетичного лікування. До пункту "б" належать: цукровий діабет середньої тяжкості: наявність ускладнень (непроліферативна стадія ретинопатії, дистальна нейропатія з больовим синдромом, мікро- та макроангіопатія), яка потребує застосування до 60 одиниць інсуліну на добу для компенсації вуглеводного обміну або комбінованої терапії пероральними цукрознижуючими препаратами; тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості (зниження ваги тіла більше 20 % початкової, тахікардія до 120 ударів на хвилину, характерні очні симптоми); захворювання щитоподібної залози з гіпотиреозом середнього ступеня тяжкості, що потребує призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні від 75 до 149 мкг на добу; аліментарне ожиріння 3 ступеня. До цього пункту належать також захворювання залоз внутрішньої секреції з помірними порушеннями функції. До пункту "в" належать: цукровий діабет легкого ступеня: відсутність ускладнень, компенсація досягається застосуванням монотерапії пероральних цукрознижуючих препаратів, дотриманням дієти та модифікацією способу життя; захворювання щитоподібної залози з легким (зворотним) перебігом тиреотоксикозу (легка неврозоподібна симптоматика, зниження толерантності до фізичного навантаження, тахікардія з частотою пульсу до 100 ударів на хвилину); захворювання щитоподібної залози з гіпотиреозом легкого ступеня, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні до 75 мкг на добу; дифузний та вузловий зоб 3 ступеня без порушення функцій щитоподібної залози; гіпоталамічний синдром нейроендокринної форми (ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів, наявність стріїв на тулубі, кінцівках); аліментарне ожиріння 2 ступеня; порушена толерантність до вуглеводів. До цього пункту належить також функціональна гіпербілірубінемія з постійним підвищенням білірубіну більше ніж 30 ммоль/л. З метою ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну та цукрового діабету для проведення тесту обстежуваний приймає внутрішньо сухий порошок глюкози, розчинений у 250 мл води з розрахунку 1 г сухого порошку на 1 кг маси тіла, але не більше 100 г.		

Таблиця 1

Інтерпретація результатів дослідження на основі критеріїв ВООЗ (2003 рік)

Оцінка результату дослідження	Концентрація глюкози в капілярній крові (ммоль/л)	
	натщесерце	через 120 хвилин
Норма	≤ 5,5	< 7,8
Порушена толерантність до глюкози	< 6,1	≥ 7,8 але < 11,1
Цукровий діабет	≥ 6,1	≥ 11,1

У разі дослідження цукру крові за іншими методиками враховуються відповідні норми для зазначених методик.

При рівні глюкози венозної крові натще > 7,0 ммоль/л (при дворазовому вимірюванні) або > 11,1 ммоль/л протягом дня встановлюється діагноз цукрового діабету та тест толерантності до глюкози не проводиться.

До пункту "г" належать дифузний та вузловий зоб 1 - 2 ступенів без порушення функцій щитоподібної залози; аліментарне ожиріння 1 ступеня;

прооперовані з приводу гінекомастії із сприятливим результатом.

До пункту "г" належать стани після хірургічних втручань на щитоподібній залозі, курсу радіойодотерапії, хірургічних втручань на інших ендокринних залозах при нормалізації їх функцій після лікування. За цим самим пунктом оглядаються військовослужбовці за контрактом, які перенесли гострі та підгострі тиреоїдити та стани після стаціонарного лікування з приводу вперше виявленого цукрового діабету 1-го типу, тиреотоксикозу.

При ожирінні іншого походження огляд проводиться залежно від тяжкості перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб.

Особи з незбалансованим харчуванням та фізичним розвитком (конституціональна високорослість) оглядаються за статтею 82 Розкладу хвороб.

Таблиця 2

Рекомендована вага тіла в кілограмах та її діапазон залежно від зросту (в осіб віком 18 - 25 років)

Зріст (см)	Недостатнє харчування (кг)	Рекомендо-вана вага тіла (кг)	Надмірне харчування (кг)	Ожиріння 1 ступеня (кг)	Ожиріння 2 ступеня (кг)	Ожиріння 3 ступеня (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	52 - 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

Для оцінки стану харчування використовувати індекс маси тіла (далі - ІМТ), який визначається шляхом відношення величини маси тіла (кг) до квадрата величини зросту в метрах за формулою:

$$ІМТ = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{квадрат величини зросту (м}^2\text{)}}$$

Відповідно до ІМТ слід користуватися такими показниками:

недостатнє харчування - менше 18,5; рекомендована вага тіла - 18,5 - 24,9; надмірне харчування - 25 - 29,9; ожиріння І ст. - 30 - 34,9; ожиріння ІІ ст. - 35 - 39,9; ожиріння ІІІ ст. - 40 або більше.

V. Розлади психіки та поведінки (F00 - F99), їх наслідки

27	Стаття 14	Включено: органічні, симптоматичні (екзогенні) психічні розлади F00 - F09 (усі види деменцій, органічний амнестичний синдром, психічні розлади внаслідок ураження головного мозку або внаслідок соматичної хвороби; розлади особистості та поведінки внаслідок ураження головного мозку)		
		а) різко виражені стійкі психічні розлади	Непридатні до військової служби	
		б) помірно виражені стійкі психічні розлади	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) легкі короткотривалі психічні розлади, стійкі компенсації наслідків гострого захворювання головного мозку або черепно-мозкової травми	Придатні	
28	У разі відмови військовослужбовця від стаціонарного обстеження та лікування в умовах психіатричного стаціонару при наявності у нього ознак важкого психічного розладу з проявами ауто- чи гетероагресивної поведінки командир військової частини зобов'язаний призначити службове розслідування з приводу невиконання наказу підлеглим з підтвердженням ознак хворобливих чи небезпечних проявів. Матеріали розслідування надаються до органів досудового слідства за територіальним принципом, зокрема, з метою подальшого визначення потреби в примусовій госпіталізації військовослужбовця до спеціалізованого стаціонару. Передбачає психози та інші психічні розлади, що виникають унаслідок травм, пухлин головного мозку, епілепсії, енцефаліту, менінгіту, сифілісу мозку, а			

також при сенільних та пресенільних психозах, судинних, дегенеративних та інших соматичних захворюваннях або ураженнях головного мозку. Наявність вищезгаданих психічних розладів в анамнезі без патології з боку внутрішніх органів та психоневрологічної сфери на період огляду не дає підстав визначати оглянутим ступінь придатності до військової служби. Сприятливе закінчення цих психічних розладів повинно бути підтверджене в спеціалізованому закладі охорони здоров'я, тому експертна оцінка проводиться після стаціонарного обстеження з урахуванням клінічного психологічного обстеження з визначенням ступеня вираженості за результатами доказових методик (MMSE-шкала, Монреальський когнітивний опитувальник (MoCA)).

У документах про результати обстеження та огляду зазначається основне захворювання, яке викликало розвиток психічного розладу.

До пункту "а" належать різко виражені, затяжні психотичні стани, а також психічні розлади, що проявляються вираженими порушеннями за психоорганічним типом (ейфоричний та апатичний варіант), з вираженим когнітивним зниженням або стійким органічним розладом особистості, а також різко вираженими клінічними проявами або тривалим перебігом.

До пункту "б" належать помірно виражені або повторні психотичні чи афективні стани із сприятливим перебігом за психоорганічним типом (астенічний варіант, експлозивний варіант психоорганічного синдрому), або які призводять до патологічних змін особистості за органічним типом з проявами вираженого стійкого (до 2 місяців) астенічного стану (церебрастенії), а також неврозоподібним або психопатоподібним синдромом унаслідок органічного захворювання або ураження головного мозку.

До пункту "в" належать минучі, легкі і короткотривалі психотичні та непсихотичні розлади, що виникли внаслідок травм або гострих органічних захворювань головного мозку, які закінчуються астенією без наявності достовірних даних органічного ураження центральної нервової системи.

29	Стаття 15	Включено: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10 - F19 (алкоголю, опіоїдів, канабіоїдів, седативних, снодійних, кокаїну, галюциногенів, летючих розчинників, наркотичних засобів та інших)		
		а) при синдромі залежності з активним вживанням та тяжкими, стійкими психічними розладами	Непридатні до військової служби	
		б) згубне вживання (вживання речовин, пов'язане зі шкодою для здоров'я)	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
30	До пункту "а" належать тяжкі психічні розлади, зумовлені зловживанням психоактивних речовин з активною залежністю, а саме: розлади психічної діяльності (затьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), які позбавляють особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку. Категорія залежних з психічними та поведінковими розладами, різко вираженими змінами особистості з інтелектуально-мнестичними і психотичними порушеннями, які знаходяться на державній програмі замісної підтримуючої терапії та/або з анамнезом стаціонарного лікування більше 3 років, змінами в органах-мішенях, що підтверджується результатами інструментальних методів дослідження та змінами лабораторних показників: ГГТП та АЛТ/АСТ більше ніж у 5 разів вище норми. Якщо в ході медичного огляду були виявлені ознаки розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин відповідно до діагностичних критеріїв, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, то здійснюється направлення на консультацію до лікаря нарколога та/або стаціонарне обстеження лікарями закладів охорони здоров'я комунальної або державної форми власності, які залучаються для проведення медичного огляду, з метою встановлення ступеня залежності. Для верифікації ступеня залежності в рамках обстеження проводиться токсикологічне дослідження. Обстеження здійснюється відповідно до Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України від 16 червня 1998 року N 158/417, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 липня 1998 року за N 482/2922, а також згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. До пункту "б" належать психічні та поведінкові розлади, зумовлені згубним вживанням психоактивних речовин, з психічними розладами за відсутності стійкої компульсивної тяги, абстиненції та зміни толерантності до психоактивних речовин при збереженні критичного ставлення до свого стану і поведінки. Тимчасові психотичні розлади, делірій, що виникли на фоні вживання психоактивних речовин або інших токсичних речовин, які добре піддаються лікуванню з виходом в одужання, компенсацію або астенію, не можуть бути підставою для застосування цієї статті. Поодинокі або епізодичне вживання психоактивних речовин або інших токсичних речовин без психічних та соматичних розладів не може бути підставою для застосування цієї статті.			

	Щодо військовослужбовців, які перенесли гостре отруєння психоактивними речовинами з виходом в одужання, постанова ВЛК про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою не приймається.			
31	Стаття 16	Включено: ендogenous психози F20 - F39 (шизофренія, шизотиповий розлад, хронічні маячні розлади, гострі та транзиторні психічні розлади, шизоафективні розлади, маніакальний епізод, біполярний афективний розлад, депресивний епізод, стійкі та інші розлади настрою (афективні)). Виключено: F32, F33 (включено до статті 17)		
		а) шизофренія, шизотипові та маячні розлади, афективні розлади з часто повторюваними фазами	Непридатні до військової служби	
		б) розлади настрою (афективні) з нечастими приступами та тривалими проміжками повного клінічного здоров'я	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
32	Входять гострий поліморфний психотичний розлад, розлади шизофренічного спектру (шизоафективний розлад, шизофренія, шизотипові та маячні розлади, транзиторні психотичні розлади), афективні розлади (маніакальний епізод, біполярний афективний розлад I та II типів), встановлені тільки в спеціалізованому стаціонарі. До пункту "а" належать усі форми шизофренії, шизотипових та хронічних маячних розладів із частими загостреннями та/або хронічним перебігом, шизоафективний розлад, гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії, біполярний афективний розлад з частими змінами фаз без стійких епізодів інтермісії. До пункту "б" належать гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії, тільки легкі форми біполярних афективних розладів (розладів настрою) з нечастими нападами та довгими (не менше 2 років) проміжками повного психічного здоров'я, транзиторні психотичні розлади (виключено екзогенно-токсичний генез порушень)			
33	Стаття 17	Включено: невротичні, пов'язані із стресом, і соматоформні розлади F40 - F48, F32, F33 (фобійні, тривожні, obsесивно-компульсивні, адаптаційні, дисоціативні (конверсійні), соматоформні та інші невротичні розлади, неврастенія, реакції на тяжкий стрес, ПТСР, депресивний епізод). Виключено: ангіотрофоневроз (включено до статті 84)		
		а) при різко виражених, стійких психічних розладах із прогресивним перебігом	Непридатні до військової служби	
		б) при стійких помірно виражених, тривалих або повторних психічних розладах із стабільним типом перебігу	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) при помірних та легких психічних розладах, які добре піддаються лікуванню	Придатні	
		г) стан після первинних гострих невротичних порушень, адаптаційні розлади, ПТСР після епізоду загострення, що потребують тривалого лікування та реабілітації; легкі невротичні розлади, які добре піддаються лікуванню з виходом в компенсацію або астенію	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
34	До пункту "а" належать ПТСР з вираженою симптоматикою та прогресивним типом перебігу, виражений тривожно-депресивний розлад, асоційований зі стресом, виражений генералізований тривожний розлад, виражений obsесивно-компульсивний розлад, тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів, тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами, депресивні епізоди, ускладнені суїцидальними спробами, суїцидальними намірами, аутоагресивною поведінкою, які не піддаються лікуванню, з тривалістю хворобливих проявів понад 3 місяці з дати виникнення клінічних хворобливих проявів.			

За наявності психотичної симптоматики чи суїцидальної спроби в структурі невротичного розладу - винесення експертного рішення не залежить від тривалості хворобливих проявів.

До пункту "б" належать помірно виражені, тривалі або повторні невротичні розлади, ПТСР з помірно вираженою симптоматикою та стабільним типом перебігу, помірний тривожно-депресивний розлад, асоційований зі стресом, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, помірний депресивний розлад, помірно виражені рекурентні депресивні розлади, коли хворобливі явища, незважаючи на патогенетичне лікування, стійко утримуються і заважають особам виконувати обов'язки військової служби.

Експертна постановка приймається після проходження трьох курсів стаціонарного лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я тривалістю не менше двадцяти одного дня протягом дванадцяти місяців.

До пункту "в" належать помірно виражені, легкі, короткотривалі невротичні розлади із сприятливим перебігом, ПТСР з регресивним типом перебігу, помірний депресивний епізод із сприятливим перебігом, які добре піддаються лікуванню.

До пункту "г" належать стани після первинних гострих невротичних порушень; ПТСР після епізоду загострення, що потребують тривалого лікування та реабілітації; депресивний епізод після загострення із сприятливим перебігом, адаптаційні розлади; легкі невротичні розлади, які добре піддаються лікуванню з виходом в компенсацію або астенію, які потребують лікування, реабілітації, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків.

У разі встановлення попереднього діагнозу "Дисоціативні (конверсійні) розлади" пацієнт підлягає поглибленому медичному огляду суміжних спеціалістів для виключення соматичної патології.

35	Стаття 18	Включено: поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій F50 - F69; F80 - F99 (пов'язані з розладами споживання їжі, із зловживанням речовинами, які не зумовлюють залежність); розлади поведінки та емоцій у підлітковому віці (гіперкінетичні, соціальні, емоційні, неуточнені психічні); розлади особистості та поведінки у зрілому віці (параноїдний, шизоїдний, дисоціальний, емоційно нестабільний, істеричний та інші), розлади звичок та спонукань, статевої ідентифікації, сексуальні розлади, специфічні розлади мовлення та мови, здібностей до навчання, розлади рухової функції, розлади, пов'язані з психологічним розвитком тощо. Виключено: неорганічний енурез F98(0) (включено до статті 86); заїкання F98(5) (включено до статті 85)		
		а) різко виражені, із схильністю до повторних тривалих декомпенсацій або патологічних реакцій	Непридатні до військової служби	
		б) помірно виражені з нестійкою компенсацією або компенсовані	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
36	Для діагностики розладів особистості необхідний старанно та об'єктивно зібраний анамнез, а також ретельне обстеження в умовах психіатричного стаціонару. Огляд громадян та військовослужбовців проводиться після вивчення особової справи, службової та медичної характеристик. До пункту "а" належать різко виражені, що не піддаються компенсації, так звані ядерні форми психопатії та випадки патологічного розвитку особистості (паранояльні, obsесивно-фобічні тощо), які характеризуються найбільш глибокими та стійкими хворобливими проявами, що на тривалий час позбавляють працездатності та перешкоджають виконанню службових обов'язків. До пункту "б" належать помірно виражені форми розладів особистості, патологічного розвитку особистості, що проявляються помірно вираженими, стійкими емоційно-вольовими афективними зривами, легкістю розвитку афективно-поведінкових реакцій, виразною неврівноваженістю вегетативної нервової системи, а також психічним інфантилізмом. Випадки установчої, навмисної поведінки, прояви недисциплінованості, що не впливають з усієї патологічної структури особистості, не можуть оцінюватися як ознаки хворобливого розладу.			
	37	Стаття 19	Включено: розумова відсталість F70 - F79 (легкого, помірного, важкого ступенів, глибока розумова відсталість, інші форми розумової відсталості) а) глибока та тяжка розумова відсталість; розумова відсталість помірного ступеня	

		б) розумова відсталість легкого ступеня	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
38	Огляд громадян та військовослужбовців проводиться після стаціонарного обстеження. До пункту "а" належить тяжка або помірна розумова відсталість із значними поведінковими порушеннями, що потребують уваги або лікування. При значних та явних дефектах інтелекту питання про непридатність до військової служби може бути вирішене і без госпіталізації у спеціалізований заклад охорони здоров'я (установу). До пункту "б" належить легка розумова відсталість з мінімальними поведінковими порушеннями або їх відсутністю. У разі встановлення цього діагнозу, особливо у випадках, коли дані лікарського обстеження не відповідають іншим даним, що характеризують поведінку оглянутого в побуті, на виробництві, у підрозділі тощо, стаціонарне обстеження обов'язкове.			
VI. Хвороби нервової системи (G00 - G99), їх наслідки				
39	Стаття 20	Включено: запальні хвороби центральної нервової системи, їх наслідки G00 - G09 (усі форми бактеріального та неуточненого менінгіту, енцефаліт, мієліт, енцефаломієліт, внутрішньочерепний та внутрішньохребтовий абсцес)		
		а) швидко прогресуючі із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
40	Передбачає також наслідки ураження нервової системи в разі сифілісу, інших інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові. До пункту "а" належать хвороби нервової системи, що супроводжуються глибокими паралічами або парезами, синдромом паркінсонізму, церебральним кістозно-злипливим арахноїдитом унаслідок нейроінфекції з різким підвищенням внутрішньочерепного тиску (більше 400 мм вод. ст.), вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку більше ніж на 20 мм), вираженими ліквородинамічними розладами (5 та більше кризів на місяць), оптикохіазмальним арахноїдитом з розвитком атрофії зорових нервів з вираженим розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах, частими епілептичними нападами (4 та більше разів на рік) унаслідок нейроінфекції, а також наслідки перенесеного мієліту з явищами паралічу або вираженого парезу. До пункту "б" належать хвороби нервової системи з повільним перебігом, які за ступенем порушень функцій центральної нервової системи обмежують можливість проходження військової служби, у вигляді залишкових явищ вторинного енцефаліту з помірно вираженим геміпарезом (у формі зниження сили м'язів, невеликого збільшення м'язового тону, що не супроводжується розладом мови, пам'яті, ходи), помірної гідроцефалії (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку до 15 - 20 мм), наслідки нейроінфекції з нечастими епілептичними нападами (менше 4 разів на рік), із церебральним кістозно-злипливим арахноїдитом з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (300 - 400 мм вод. ст.), помірними ліквородинамічними розладами (3 - 4 кризи на місяць), з оптикохіазмальним арахноїдитом з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 до 45 градусів на обох очах). До пункту "в" належать залишкові явища ураження нервової системи із незначними порушеннями функцій (гіпомімія, анізорефлексія, недостатність конвергенції тощо) з окремими органічними ознаками, поєднаними з вегетативно-судинною нестійкістю та астено-невротичними проявами. До пункту "г" належать залишкові явища ураження нервової системи з вегетативно-судинною нестійкістю без порушень функцій. Разом із цією статтею при визначенні наслідків нейроінфекції слід застосовувати інші статті Розкладу хвороб.			

При оцінці клінічної картини гіпертензивного синдрому, крім підвищення тиску спинномозкової рідини, змін на краніограмах, ураховуються наявність застійних змін на очному дні, ступінь розширення шлуночкової системи мозку за даними КТ або МРТ.

Особи, яким у результаті хірургічного лікування захворювань центральної нервової системи імплантовано сторонні тіла (лікворошунтуюча система тощо), оглядаються за пунктом "а" цієї статті.

Факт лікування з приводу нейроінфекції та її наслідків в анамнезі повинен бути підтверджений медичними документами. Вплив наслідків нейроінфекції на працездатність або виконання обов'язків військової служби повинен підтверджуватися характеристиками з місця роботи, навчання або військової служби, а в разі їх відсутності - даними клінічних обстежень.

Громадяни, які перенесли гострі запальні хвороби ЦНС, визнаються придатними до навчання у ВВНЗ не раніше як через 12 місяців після завершення стаціонарного курсу лікування.

41	Стаття 21	Включено: хвороби центральної нервової системи, їх наслідки G10 - G37, G80 - G89, G91 - G92 (системні атрофії; екстрапірамідні, дегенеративні хвороби, церебральний параліч, паралітичні синдроми, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, усі види дистоній (крім вегетосудинної), дитячий церебральний параліч, паралітичні стани, гідроцефалія, токсична енцефалопатія та інші)		
		а) швидко або повільно прогресуючі із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) повільно прогресуючі з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
42	До пункту "а" належать: розсіяний склероз, хвороба Паркінсона в стадії 1,5 - 5 по Хен і Яру, аміотрофічний бічний склероз, лейкодистрофія, церебральний ліпідоз, хорея Гентінгтона, торсійна дистонія, атаксія Фрідрейха, спинально-м'язова атрофія, сирингомієлія з різко вираженими порушеннями трофіки, тяжкі форми мієлопатії, дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми.			
	До пункту "б" належать хвороби, перебіг яких характеризується повільним (протягом 1 - 2 років) прогресуванням симптомів (хвороба Паркінсона в стадії 0 - 1 по Хен і Яру із задовільним результатом лікування, повільно прогресуюча сирингомієлія з вираженою атрофією м'язів та помірним розладом чутливості, краніостеноз із синдромом внутрішньочерепної гіпертензії тощо) при помірному порушенні функцій.			
43	Стаття 22	До пункту "в" належать хвороби нервової системи, які повільно прогресують протягом тривалого часу (більше двох років), коли об'єктивні ознаки виражені незначно (сирингомієлія з незначно вираженим дисоційованим розладом чутливості, без атрофії м'язів та трофічних розладів).		
		Діагноз розсіяного склерозу повинен бути встановлений в умовах неврологічного стаціонару (спеціалізованого центру) на основі діючих критеріїв; особи, яким діагностовано клінічно ізолюваний синдром (КІС) або радіологічно ізолюваний синдром (РІС) демієлінізуючого захворювання, оглядаються згідно з пунктом "б" чи "в" цієї статті.		
		Включено: епізодичні та пароксизмальні розлади G40 - G47 (епілепсія та епілептичні синдроми, епілептичний статус, мігрень, розлади сну, у тому числі апное сну).		
44	Стаття 23	Виключено: транзиторні церебральні ішемічні напади G45 (включено до статті 41)		
		а) епілепсія за наявності частих епілептичних нападів або виражених психічних розладів	Непридатні до військової служби	
		б) епілепсія з поодинокими і нечастими (судомними і безсудомними) епілептичними нападами без психічних порушень; апное сну з нічною гіпоксемією важкого ступеня	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

		в) інші епізодичні та пароксизмальні розлади з незначними порушеннями функцій органів і систем; апное сну з нічною гіпоксемією середнього та легкого ступеня	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
44	Стаття передбачає епілепсію як хронічне захворювання головного мозку з генералізованими або парціальними нападами, психічними еквівалентами або специфічними змінами особистості. Симптоматична епілепсія до цієї статті не належить. У таких випадках медичний огляд проводиться щодо захворювань, які призвели до розвитку судомного синдрому. До пункту "а" належать епілепсія з частими судомними нападами (4 і більше разів на рік) або з вираженими психічними розладами, епілептичний статус, міоклонус-епілепсія, катаплексія та нарколепсія. До пункту "б" належить епілепсія без психічних розладів з нечастими нападами (3 і менше разів на рік). До пункту "в" належать розлади сну внаслідок органічної патології ЦНС, пароксизмальні розлади, що суттєво не впливають на функції органів та систем, а також різні форми мігрені з частими (2 та більше разів на місяць) і довготривалими (доба та більше) нападами. Наявність нападу повинна бути підтверджена лікарськими спостереженнями. В окремих випадках беруться до уваги акти, підписані офіційними особами немедичного складу, результати опитування очевидців лікуючим лікарем, якщо зазначений напад та післянападний стан можна вважати епілептичними. У сумнівних випадках слід запитувати дані із задекларованого / зареєстрованого місця проживання (перебування), навчання, роботи, служби. У тих випадках, коли єдиним помітним проявом хвороби є слабо виражені та рідко виникаючі малі напади або специфічні настрої, питання про придатність до військової служби тих, хто оглядається, вирішується після стаціонарного обстеження. Особи з епілептичною хворобою без психічних розладів, яка розвинулася внаслідок перенесеного органічного захворювання, оглядаються за пунктом "а" або "б" цієї статті залежно від частоти нападів. Діагноз епілепсії обов'язково повинен бути підтверджений результатами ЕЕГ. Діагноз апное сну встановлюється на підставі скарг хворого на підвищену денну сонливість, яка не може бути пояснена іншими факторами або наявністю двох з наступних симптомів, які також не можуть бути пояснені іншими факторами: епізоди зупинки дихання (ядухи) у сні, періодичні пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну, денна втома, порушення концентрації уваги. Діагноз апное сну обов'язково підтверджується об'єктивними обстеженнями: кардіореспіраторний моніторинг (запис каналів пульсоксиметрії, повітряного потоку з носу чи/та роту та інші показники) або полісомнографія (бажано, "золотий стандарт"). Епізод апное/гіпопное діагностується при зниженні амплітуди потоку повітря при моніторингу нижче 50 % протягом більше ніж 10 с, яке супроводжується десатурацією на 3 % та більше. Відповідно до частоти виникнення епізодів апное/гіпопное підраховується індекс апное/гіпопное (АHI): кількість апное/гіпопное, що виникають протягом години. Наявність апное сну підтверджується при АHI ≥ 5/год. За значеннями індексу апное/гіпопное (АHI) встановлюють також тяжкість обструктивного апное сну (важкого ступеня - АHI ≥ 30/год; апное сну середнього ступеня важкості - АHI 15 - 29/год; апное сну легкого ступеня важкості - АHI 5 - 14/год). Ступінь придатності визначається за пунктом "б" або "в" залежно від тяжкості нічної гіпоксемії, яка оцінюється за відсотком часу, проведеного із сатурацією кисню < 90 % (SIT90 %) протягом періоду сну. До пункту "б" належить нічна гіпоксемія важкого ступеня (SIT90 % > 25 %), підтверджена як мінімум двома послідовними обстеженнями. До пункту "в" належить нічна гіпоксемія середнього ступеня важкості (SIT90 % = 15 - 25 %), нічна гіпоксемія легкого ступеня важкості (SIT90 % = 5 - 14 %).			
45	Стаття 23	Включено: хвороби периферичної нервової системи G50 - G75 (ураження черепних нервів, нервових корінців та сплетінь, полі-, мононейропатії, усі форми міастенії, міопатії, хвороби нервово-м'язового з'єднання та м'язів), M45 (дорсалгія, радикулопатія, цервікалгія, ішіас, люмбаго та інші)	Непридатні до військової служби	
		а) швидко прогресуючі із значними порушеннями функцій		
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень	Придатні	

		функцій	
46	До пункту "а" належать такі форми невральної аміотрофії, міастенії, міопатії, пароксизмальної міоплегії, наслідки полінейропатій, плекситів запального та інтоксикаційного походження, що мають несприятливий перебіг та супроводжуються значно вираженими розладами рухів та чутливості та/або трофіки (виражені гіпотрофії м'язів при однобічному процесі: плеча - більше 4 см, передпліччя - більше 3 см, стегна - більше 8 см, гомілки - більше 6 см, хронічні трофічні виразки, пролежні тощо). До цього пункту належать також радикулоішемії, радикулопатії, полірадикулопатії з рецидивами, тривалим перебігом, що супроводжуються стійким вираженим больовим синдромом з вираженими руховими та/або вегетативно-трофічними порушеннями функції кінцівки, з або без порушень функції тазових органів, які потребують довготривалого стаціонарного лікування, а також плексопатії і тяжкі форми невралгії в разі безуспішного лікування. До пункту "б" належать деякі форми невральної аміотрофії із сприятливим перебігом, хронічні радикулоішемії, радикулопатії, полірадикулопатії з рецидивами, плексопатії, невропатії, полінейропатії, що супроводжуються в період загострення вимушеним положенням тулуба, болем уздовж нервів, що потребують тривалого стаціонарного лікування більше 2 місяців, при яких помірно порушена функція кінцівки, проте, вона не досягла ступеня вираженості, зазначеного в пункті "а", відсутні розлади функції тазових органів; також до цього пункту належить стійкий параліч мімічних м'язів. Симптоматичні полінейропатії до цієї статті не належать. У таких випадках медичний огляд проводиться щодо захворювань, які призвели до розвитку полінейропатії. До пункту "в" належать радикулопатії, плексопатії, нейропатії, полінейропатії з чутливими розладами, але без рухових, трофічних розладів, а також існуючі незначно виражені залишкові явища, зумовлені перенесеними в минулому загостреннями, які суттєво не обмежують функцію кінцівки; дорсалгія, цервікалгія, торакалгія, люмбалгія, ішіалгія без радикулопатії. Дискогенні радикулопатії після оперативного лікування, залежно від ступеня порушення функції розглядаються за пунктом "б" або "в" цієї статті.		
47	Стаття 24	Стани після перенесених гострих хвороб нервової системи або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
48	За цією статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці, які перенесли гострі захворювання центральної та периферичної нервової системи або оперативні втручання. При вирішенні питання про необхідність надання військовослужбовцям відпустки для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від службових обов'язків великого значення набуває визначений результат хвороби. Після реалізації відпустки для лікування у зв'язку з хворобою придатність до військової служби оглянутих за графами I - III визначається за статтею 23 Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій.		
VII. Хвороби ока та придаткового апарату (H00 - H59), їх наслідки			
49	Стаття 25	Включено: хвороби повік, слъозового апарату, орбіти та кон'юнктиви, вади їх розвитку H00 - H13	
		а) виражені анатомічні зміни або вади положення повік, орбіти, кон'юнктиви із значними порушеннями зорових або рухових функцій на обох очах	Непридатні до військової служби
		б) те саме на одному оці або помірно виражені анатомічні зміни або вади положення повік на обох очах; різко виражені захворювання повік, слъозових шляхів, орбіти, кон'юнктиви на одному або обох очах	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони
		в) незначно виражені анатомічні зміни або вади положення повік, орбіти, кон'юнктиви, помірно або незначно виражені захворювання повік, слъозових шляхів, орбіти, кон'юнктиви на одному або обох очах без порушення зорових або рухових функцій очей	Придатні
			Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

50		Усі випадки діагностованого зниження зору обов'язково мають бути підтверджені та пов'язані з відповідними захворюваннями органу зору або центральної нервової системи. Значним зниженням зорових функцій вважається гострота зору з максимально переносимою корекцією до 0,2; помірним зниженням зорових функцій вважається гострота зору з максимально переносимою корекцією вище 0,2 до 0,5. Передбачає вроджені або набуті вади положення повік (зрощення, виворіт, заворот тощо); захворювання повік, слъзових шляхів та орбіти, кон'юнктиви з урахуванням ступеня порушення зорових та рухових функцій. До пункту "а" належать: зрощення повік між собою або з очним яблуком; різко виражені виразкові блефарити з рубцевим переродженням та значним облісінням країв повік; хронічне трахоматозне ураження кон'юнктиви, а також захворювання слъзових шляхів, які не піддаються хірургічному лікуванню в стаціонарі; 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. До пункту "б" належать: птоз вродженого або набутого характеру, при якому верхня повіка прикриває половину зіниці на одному оці або менше однієї третини зіниці на обох очах без напруження лобного м'яза; хронічні кон'юнктивіти з гіпертрофією та різко вираженою інфільтрацією тканини із загостреннями не менше двох разів на рік при безуспішному стаціонарному лікуванні; рецидиви крилоподібної плівки рогівки після безуспішного повторного хірургічного лікування та при прогресуючому порушенні функції ока; рецидивуючі, помірно виражені блефарити. До пункту "в" належать: простий блефарит з окремими лусочками та незначною гіперемією країв повік; фолікулярний кон'юнктивіт з поодинокими фолікулами; бархатисті кон'юнктиви в кутах повік та в ділянці кон'юнктивних склепінь; птоз вродженого або набутого характеру, при якому верхня повіка менше однієї третини зіниці на одному оці; окремі дрібні поверхневі рубці кон'юнктиви нетрахоматозного походження, а також гладкі рубці кон'юнктиви трахоматозного походження без інших змін кон'юнктиви та рогівки, без рецидивів трахоматозного процесу протягом року; несправжня та справжня плівка без ознак прогресування. Військовослужбовцям після лікування з приводу гострої трахоми постанова про відпустку для лікування у зв'язку з хворобою не приймається, за необхідності приймається постанова про потребу звільнення від службових обов'язків за статтею 32 Розкладу хвороб, а громадяни під час призову (прийняття на контракт) визнаються тимчасово непридатними. Якщо є ускладнення трахоми із стійкими порушеннями функцій ока, то постанова приймається за відповідними статтями Розкладу хвороб, що передбачають ці порушення. У разі весняного катару та інших алергічних уражень кон'юнктиви придатність до військової служби оглянутих за графами I - III Розкладу хвороб визначається за пунктом "а" чи "б" цієї статті залежно від тяжкості перебігу захворювання, частоти загострень та ефективності здійснюваного лікування.		
51	Стаття 26	Включено: хвороби склери, рогівки (рубці та помутніння, дегенеративні захворювання), райдужної оболонки, цилиарного тіла, кришталіка (усі види катаракти), судинної оболонки; хвороби скловидного тіла та очного яблука; неврит зорового нерва, хвороби та ураження зорового нерва та зорових шляхів, інші хвороби ока та його придаткового апарату Н15 - Н22, Н25 - Н28, Н30 - Н36, Н33.3, Н43 - Н45, Н46 - Н48		
		а) різко виражені з прогресуючим, значно вираженим зниженням зорових функцій та частими загостреннями на обох очах	Непридатні до військової служби	
		б) те саме на одному оці або помірно виражені на обох очах	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

	в) помірно виражені, непрогресуючі з рідкими загостреннями на одному оці або незначно виражені на обох очах	Придатні
52	Передбачає хронічні, важко виліковні або невиліковні захворювання запального, інфекційного, дегенеративного, дистрофічного та іншого походження. У разі закінченого процесу або захворювань з нечастими загостреннями (не більше двох разів на рік), а також після пересадки тканин придатність до військової служби визначається залежно від функцій ока за відповідними статтями Розкладу хвороб. За наявності новоутворень ока та його придатків медичний огляд проводиться відповідно до статті 8 або 10 Розкладу хвороб. До пункту "а" належать: захворювання з прогресуючим, значним зниженням зорових функцій та ті, які не піддаються консервативному, хірургічному лікуванню; спадкові абіотрофії сітківки (діагноз абіотрофії сітківки повинен бути підтверджений об'єктивними нейрофункціональними методами досліджень); стани після кератопластики (кератопротезування) обох очей незалежно від функцій ока; кератоконус III або IV стадії на обох очах; порушення периферичного зору по типу геміанопсії; атрофія зорових нервів із значним порушенням зорових функцій (діагноз повинен бути підтверджений об'єктивними нейрофункціональними методами досліджень). При стійких центральних та парацентральных скотомах, зумовлених ураженням центральної нервової системи, придатність до військової служби визначається залежно від функцій органа зору. У разі стійкого звуження поля зору знизу та ззовні (за вертикальним та горизонтальним меридіанами) від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах постановка за графами I - III Розкладу хвороб приймається за пунктом "а", те саме на одному оці - за пунктом "б"; від 30 до 45 градусів на обох очах - за пунктом "б", те саме на одному оці - за пунктом "в". До пункту "б" належать: кератоконус II стадії на одному або обох очах, кератоконус III або IV стадії на одному оці; кератоглобус, афакія, вивих та підвивих кришталика; артифакія після операцій, виконаних не методом ультразвукової факоемольсифікації та імплантацією інтраокулярних лінз із розміщенням не в капсульному мішку на одному або обох очах; короткозорість обох очей в одному з меридіанів більш як 3,0 дптр за наявності дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні (периферичні розриви сітківки без відшарування сітківки, крайова дегенерація сітківки, множинні хоріоретинальні вогнища, задня стафілома тощо) при помірному зниженні зорових функцій; атрофія зорового нерва при помірному зниженні зорових функцій; стани після кератопластики (кератопротезування) одного ока після успішного лікування; периферичні розриви сітківки без відшарування сітківки. Громадяни після оптико-реконструктивних операцій на рогівці або склері визнаються тимчасово непридатними до військової служби, а військовослужбовцям надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від службових обов'язків за статтею 32 Розкладу хвороб. Придатність осіб до військової служби після операції визначається залежно від стану функцій ока за відповідними статтями Розкладу хвороб. Особи, які перенесли оптико-реконструктивні операції на рогівці, визнаються придатними до навчання у ВВНЗ не раніше ніж через три місяці після проведеної операції за умови відсутності післяопераційних ускладнень та дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні. При афакії, артифакії на одному або обох очах рішення щодо тих, хто оглядається за графами II, III Розкладу хвороб, приймається відповідно до вимог статті 31 залежно від гостроти зору з практично переносимою корекцією будь-якого виду, у тому числі інтраокулярними та контактними лінзами. Особи, які працюють з ДІВ, КРП, джерелами ЕМП, ЛВ, у яких при біомікроскопії виявлено помутніння під задньою капсулою кришталика та наявні переконливі ознаки прогресування помутнінь кришталика (значне збільшення їх кількості та розміру в разі тривалого нагляду), визнаються непридатними до роботи з ними. При атрофії зорового нерва, що не прогресує, придатність до військової служби тих, хто оглядається за графами I - III Розкладу хвороб, визначається залежно від функцій ока (гострота зору, поле зору тощо). Особи, які вступають у ВВНЗ, визнаються непридатними до вступу у ВВНЗ. У всіх випадках наявності сторонніх тіл усередині ока питання про придатність до військової служби осіб, що оглядаються за графами II, III Розкладу хвороб, вирішується не раніше ніж через 3 місяці після травми. При збережених функціях ока (гострота зору, поле зору, темнова адаптація тощо), відсутності	

	запальних явищ та ознак металозу особи визнаються придатними до військової служби, але не призначаються водіями бойових броньованих машин, інших транспортних засобів, а також на роботи, пов'язані з вібрацією тіла. До пункту "в" належать: артифакія на одному або обох очах після операцій ультразвукової факоемульсифікації без ускладнень та наявність задньокамерних інтраокулярних лінз із розміщенням у капсульному мішку; сформований рогівковий клапоть унаслідок ексимерлазерної корекції; наявність факічних інтраокулярних лінз.			
53	Стаття 27	Включено: відшарування та розрив сітківки Н33, за винятком Н33.3 а) будь-якої етіології на одному або обох очах із прогресуючим (або) значно вираженим зниженням зорових функцій та/або після безуспішного хірургічного лікування	Непридатні до військової служби	
		б) будь-якої етіології на одному або обох очах після успішного хірургічного лікування	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
54	Периферичні дрібні розриви сітківки, які не впливають на зорові функції і не потребують оперативного лікування, не підпадають під дію цієї статті. Проведення профілактичної відмежувальної лазерної коагуляції сітківки не дає підстав для застосування цієї статті.			
		Включено: усі форми глаукоми Н40 - Н42 а) у розвиненій і подальших стадіях на обох очах	Непридатні до військової служби	
55	Стаття 28	б) у розвиненій стадії на одному оці; у початковій стадії одного або обох очей	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) офтальмогіпертензія на одному або обох очах	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
56	Діагноз "глаукома" повинен бути підтверджений в умовах стаціонару із застосуванням навантажувальних проб. Питання про придатність до військової служби вирішується після лікування (медикаментозного або хірургічного) з урахуванням ступеня стабілізації процесу та функцій органа зору (гострота зору, поле зору). До цієї статті належить також і вторинна глаукома.			
		Включено: зорові розлади, пов'язані із захворюванням м'язів ока, порушенням співдружних рухів, усі форми косоокості Н49 - Н51 а) стійкий параліч рухових м'язів очного яблука за наявності диплопії	Непридатні до військової служби	
57	Стаття 29	б) те саме за відсутності диплопії; співдружна косоокість за відсутності бінокулярного зору	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
58	До пункту "а" належить також стійка диплопія після травми орбіти з пошкодженням м'язів ока або після ураження головного мозку, які викликають паралітичну косоокість. Якщо ністагм є однією з ознак ураження нервової системи або вестибулярного апарату, то постанова приймається за відповідними статтями Розкладу хвороб. У разі значно зниженої гостроти зору рішення приймається за статтею 31 Розкладу хвороб. Ністагмоїдні посмикування очей при крайніх			

відведеннях очних яблук не є перешкодою для проходження військової служби, для навчання у ВВНЗ, для підготовки та служби за спеціальністю оператора радіолокаційної станції або протитанкового реактивного снаряда, роботи з дисплеями та іншими блоками відображення інформації. При одночасному характері зору ступінь придатності до військової служби і служби за військовою спеціальністю визначається залежно від порушення функцій органа зору. Одночасний зір не є диплопією. Діагноз диплопії повинен бути підтверджений інструментальними методами.			
59	Стаття 30	Включено: порушення рефракції та акомодатції Н52 (гіперметропія, міопія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія тощо)	
		а) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 12,0 дптр	Непридатні до військової служби
		б) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 6,0 дптр і до 12,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 3,0 дптр	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони
		в) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 3,0 дптр і до 6,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 2,0 дптр і до 3,0 дптр	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
Придатні			
60	Вид та ступінь аномалії рефракції визначаються за допомогою скіаскопії або рефрактометрії. При зміні ступеня придатності до військової служби рефракція визначається за умов циклоплегії. У разі стійкого спазму, парезу або паралічу акомодатції потрібно проводити обстеження за участю невропатолога, терапевта та лікарів інших спеціальностей. Якщо спазм, парез або параліч акомодатції зумовлені захворюваннями нервової системи, внутрішніх або інших органів, то постанова про ступінь придатності до військової служби приймається згідно з вимогами відповідних статей Розкладу хвороб. При спазмі, парезі акомодатції на одному або обох очах після безуспішного стаціонарного лікування придатність до військової служби визначається залежно від гостроти зору з корекцією. При цьому постанова про непридатність до військової служби приймається тільки в тих випадках, коли гострота зору з корекцією відповідної виявленої аметропії менша за ту, яка передбачена статтею 31 Розкладу хвороб. У разі стійкого паралічу акомодатції на обох очах рішення про придатність до військової служби визначається залежно від функції ока (гострота зору з корекцією поля зору).		
61	Стаття 31	Включено: розлади зору та сліпота Н53 - Н54 (амбліопія, диплопія, сліпота та знижений зір одного, обох очей, порушення кольоровідчуття тощо)	
		а) сліпота одного або обох очей; відсутність одного чи обох очних яблук	Непридатні до військової служби
		б) гострота зору обох очей з корекцією до 0,5; гострота зору одного ока з корекцією вище 0,5 при гостроті зору другого ока з корекцією до 0,2	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони
		в) дихромазія, аномальна трихромазія "А", "В"	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) аномальна трихромазія "С"	Придатні
62	Під час корекції звичайними сферичними лінзами, а також у разі некоригованої анізотропії в оглянутих за графами І - ІІІ Розкладу хвороб враховується гострота зору з практично стерпною корекцією, тобто з різницею в силі лінз для обох очей не більше 2,0 дптр. Корекція астигматизму будь-якого виду повинна бути повністю проведена циліндричними або комбінованими лінзами. У сумнівних випадках гострота зору визначається за допомогою контрольних методів досліджень.		

	Особи, які користуються контактними лінзами, повинні мати окуляри, гострота зору в яких дає змогу забезпечити виконання службових обов'язків. В осіб, які вступають у ВВНЗ, гострота зору з корекцією, що не перевищує зазначені у ТДВ межі рефракції, визначається тільки за наявності в них короткозорості, простого або складного короткозорого астигматизму, а за інших причин зниження зору (у тому числі при далекозорості, далекозорому або змішаному астигматизмі) - без корекції. Під час діагностики видів і ступенів зниження кольорового зору слід керуватися методичними вказівками до поліхроматичних таблиць або аномалоскопів. У разі виявлення у кандидатів на військову службу за контрактом, кандидатів на навчання у ВВНЗ порушень кольорового зору (монохромазія, дихромазія, аномальна трихромазія "А", "В") приймається постанова про непридатність до військової служби за контрактом, до навчання у ВВНЗ.		
63	Стаття 32	Стани після перенесених гострих хвороб ока та придаткового апарату або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
64	Відстрочка від прийняття на військову службу за контрактом надається тільки в тому разі, якщо для стаціонарного лікування хворого потрібен строк не менше 1 місяця. Питання про придатність кандидатів до навчання у ВВНЗ та про придатність до роботи за військовою спеціальністю вирішується не раніше ніж через 6 місяців після завершення курсу лікування.		
VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка (Н60 - Н99), їх наслідки			
65	Стаття 33	Включено: хвороби зовнішнього вуха Н60 - Н64 (перихондрит, набутий стеноз та інші)	Придатні
66	Військовослужбовці, які страждають на хронічну рецидивуючу екзему зовнішнього слухового ходу, вушної раковини, привушної ділянки, за відсутності ефекту від лікування у стаціонарних умовах оглядаються згідно із статтею 57 Розкладу хвороб.		
67	Стаття 34	Включено: хвороби середнього вуха і соскоподібного відростка Н65 - Н75 (негнійний, гнійний середній отит; запалення, закупорка слухової труби, мастоїдит і споріднені стани, холестеатома, перфорація (нетравматична) барабанної перетинки, гострий та хронічний мірингіт, тимпаносклероз, поліп середнього вуха та інше)	
		а) хронічний однобічний або двобічний середній отит після хірургічного лікування з неповною епідермізацією та/або з грануляціями, виділеннями, епідермальними масами, холестеатомою	Непридатні до військової служби
		б) однобічний або двобічний середній отит, який не супроводжується захворюваннями, зазначеними в пункті "а"	Придатні Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) інші залишкові явища хвороб середнього вуха та соскоподібного відростка	Придатні
68	При хронічних захворюваннях середнього вуха військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування відповідно до показань. Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі з добрими найближчими результатами медичний огляд за графами I - III Розкладу хвороб проводиться на підставі статті 37. До пункту "а" належать стани після хірургічного лікування хронічних захворювань середнього вуха з неповною епідермізацією післяопераційної порожнини за наявності в ній грануляційної тканини та/або виділень, епідермальних мас, холестеатом. Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі при повній епідермізації післяопераційної порожнини огляд проводиться за пунктом "б" або "в" цієї статті. Особи, у яких є рубець барабанної перетинки без порушення її рухомості та барофункції, визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ.		
69	Стаття 35	Включено: хвороби внутрішнього вуха, порушення вестибулярної функції, хвороба / синдром Мен'єра, ураження центральних і периферичних відділів вестибулярного аналізатора Н81 - Н83.2	

	а) стійкі вестибулярно-вегетативні розлади тяжкого ступеня, хвороба / синдром Мен'єра	Непридатні до військової служби	
	б) вестибулярно-вегетативні розлади середнього та легкого ступеня тяжкості; мен'єроподібні стани; стійка чутливість до вестибулярних подразників	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
70	До пункту "а" належать: хвороба / синдром Мен'єра, стійкі форми вестибулярно-вегетативних розладів тяжкого ступеня, рецидивуючі, напади яких спостерігаються при стаціонарному обстеженні або підтверджені в закладах охорони здоров'я (установах). Хвороба / синдром Мен'єра та подібні процеси можуть бути стадіями одного захворювання, диференційна діагностика проводиться за допомогою спеціальних тестів. Хвороба / синдром Мен'єра характеризується перебігом з періодичними нападами, під час яких реєструються тяжкі вестибулярні розлади, і періодами ремісії, коли стан пацієнта задовільний. Хвороба / синдром Мен'єра супроводжується, крім вестибулярно-вегетативних розладів, порушеннями слухової функції, які можуть мати непостійний ступінь вираженості. Хвороба / синдром Мен'єра є невиліковними захворюваннями, лікувально-профілактичними заходами можливо досягти лише сприяння пролонгації періодів ремісії. Для визначення ступеня придатності має значення характер і вираженість вестибулярної дисфункції, частота, тривалість і клінічна картина нападів. Стійкі тяжкі порушення вестибулярної функції, хвороби / синдрому Мен'єра супроводжуються періодично повторюваними нападами вираженого запаморочення, порушеннями рівноваги, координації (нерідко хворий не може ні ходити, ні стояти, ні навіть сидіти). При хворобі / синдромі Мен'єра напади супроводжуються зниженням слуху, посиленням суб'єктивного вушного шуму. Під час нападів можуть бути втрата свідомості, виражені вегетативні прояви (нудота, позиви до блювання, блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння шкіри, серцебиття, підвищення моторики кишківника, часте сечовипускання). При таких станах мають місце виражені вегетативні та вегето-сенсорні реакції при незначних навантаженнях (нудота, збліднення або почервоніння шкіри, потовиділення, серцебиття, блювання), нестійкість у позі Ромберга, порушення статокінетичної стійкості і рівноваги, порушення ходи. Запаморочення проявляється відчуттям обертання або зміщення оточуючих предметів, відчуттям перевертання, провалювання свого тіла, втратою орієнтації. Появу таких нападів неможливо контролювати. Напади можуть тривати від кількох днів до кількох тижнів. При часто рецидивуючих формах частота нападів сягає 3 і більше разів на місяць. Діагноз і ступінь вираженості порушень встановлюються з використанням спеціальних тестів та інструментальних методів обстеження, верифікуються в закладах охорони здоров'я (установах). Пацієнти із хворобою / синдромом Мен'єра, вираженими вестибулярно-вегетативними розладами тяжкого ступеня не повинні працювати в екстремальних умовах (на підземних, підводних або висотних роботах), у зоні підвищеної небезпеки травматизму, при обслуговуванні будь-яких видів транспортних засобів, рухомих механізмів, виконувати роботу в умовах сенсорної депривації, гіпоксії, важкої фізичної праці і психоемоційного навантаження, оптокінетичної стимуляції. Через пригнічення і асиметрію функції вестибулярного апарату ці особи не можуть працювати в темряві, на висоті і під водою, виконувати роботи, пов'язані з впливом на організм людини прискорень. Вони не можуть виконувати обов'язки військової служби, пов'язані з впливом на організм людини прискорень (льотний склад, військовослужбовці, які проходять службу на кораблях, катерах та суднах забезпечення, водії бойових машин та інші). При впливі гучних звуків понад 90 дБ у пацієнтів може виникнути феномен Tullio - сильне запаморочення, втрата слуху, парадоксальне падіння розбірливості мови, нудота, блювання. З метою визначення ступеня і характеру вестибулярних розладів застосовуються спеціальні тести, інструментальне, часто стаціонарне, обстеження в закладах охорони здоров'я (установах). Ознаки тяжких вестибулярних порушень: індекс кефалографії більше 6 ум. од., відхилення в тесті координації руху понад 90 градусів, порушення оптокінетичного ністагму (порушення ритму, частоти, амплітуди), наявність спонтанного або позиційного ністагму, виражені вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (нудота, позиви до блювання і блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння, серцебиття, підвищення моторики кишківника, часте сечовипускання), тривалі сенсорні реакції (понад 40 секунд) при подразненні, вестибуло-атактичні прояви. Ознаки вестибулярних порушень середнього ступеня: індекс кефалографії більше 4 ум. од., відхилення в тесті координації руху понад 46 градусів, незначні порушення ритму оптокінетичного ністагму, наявність одиночних слабо виражених проявів спонтанного або позиційного ністагму, вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (нудота, позиви до блювання і блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння, серцебиття), сенсорні реакції (понад 30 секунд) при подразненні, вестибуло-атактичні прояви. Ознаки легких вестибулярних порушень: індекс кефалографії більше 2,6 ум. од., відхилення в тесті координації руху понад 30 градусів, ритмічний		

оптокінетичний ністагм, відсутність спонтанного або позиційного ністагму, незначні вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (легка нудота, збліднення або почервоніння), сенсорні реакції (до 30 секунд) при подразненні.

Таблица 3

Орієнтовні показники статокінетичної стійкості у здорових осіб			
Відхилення в тесті ходи по прямій доріжці, м	Відхилення в тесті флангової ходи, м	"Крокуючий" тест, град.	Ркфг, ум. од.
0,20 ± 0,06	0,15 ± 0,05	24,30 ± 1,73	1,60 ± 0,12

Спеціальні методи оцінки стану вестибулярної функції: дослідження статокінетичної стійкості, статичної рівноваги проводиться із застосуванням методу кефалографії - вивчення механізмів збереження пози стояння шляхом графічної реєстрації коливань голови стосовно вертикальної осі тіла (в найпростішому випадку на голові пацієнта фіксується олівець, який відмічає рухи на спеціальному бланку). Оцінку статичної рівноваги визначають по показнику індекса кефалографії (Ркфг), який дозволяє об'єктивно оцінити стійкість рівноваги в кількісному значенні: $R_{kf} = n + (n1 \times N) / 60$, де n - кількість крапок у центральному колі, n1 - кількість крапок за межею центрального кола, N - номер найбільш віддаленого від центра кола, що містить крапки, 60 - загальна кількість крапок на кефалограмі.

Сучасним методом комплексної оцінки системи рівноваги є комп'ютерна стабілометрія, суть якої полягає в реєстрації та аналізі коливань центра тиску тіла людини, що знаходиться на спеціальній платформі стабілометра з наступною математичною обробкою.

Визначення стану динамічної рівноваги здійснюється за результатами "крокуючого" тесту Fukuda, ходи по прямій доріжці та флангової ходи. При виконанні "крокуючого" тесту Fukuda реєструється кут ротації досліджуваного навколо власної осі під час ходи на місці (50 кроків) із заплющеними очима. В нормі зсув здорової людини вперед можливий до 50 см, а кут повороту в одну або іншу сторону навколо власної осі не перевищує 30°. Для дослідження флангової ходи хворому пропонують пройти приставними кроками вправо і ліво по доріжці завдовжки 5 метрів із заплющеними очима. Оцінку здійснюють візуально, при цьому враховується ступінь збереження рівноваги (від похитування до падіння) і зміщення від прямої лінії.

Визначення вестибулярних реакцій спонтанного, позиційного і експериментального ністагму проводять з використанням методу електроністагмографії за допомогою реєструючого пристрою. Реєстрацію спонтанного і позиційного ністагму проводять у стані спокою із заплющеними очима в чотирьох позиціях: сидячи, голова нахилена до правого плеча, голова нахилена до лівого плеча і назад. Спонтанний ністагм не змінює свої характеристики при зміні положення голови. Якщо ністагм змінює свої характеристики (інтенсивність, направлення чи з'являється в одній із позицій), то такий ністагм визначається як позиційний.

Використовуються експериментальні навантажувальні проби (обертальна проба по Барані). При обертальній стимуляції оцінюють тривалість ністагмальної реакції, частоту, середню амплітуду, швидкість повільної фази ністагму (ШПФ), вираженість вестибуло-сенсорних і вестибуло-вегетативних реакцій, вестибулярну ілюзію протиобертання. Оберткову стимуляцію здійснюють на кріслі Барані, причому проводяться обертання пацієнта в обидва боки у площині подразнення горизонтальних напівколових каналів зі швидкістю 10 обертів за 20 секунд. При цьому реєструються вестибуло-вегетативні реакції (нудота, збліднення або почервоніння шкіри, потовиділення, серцебиття, блювання). Тривалість сенсорної реакції оцінюється як час з відмітками після виникнення і припинення запаморочення.

Для виявлення виразного ендолімфатичного гідропису при хворобі / синдромі Мен'єра проводиться гліцерол-тест: дворазове дослідження суб'єктивної аудіометрії до та після внутрішньом'язового введення 4,0 мл сечогінних препаратів (лазікс чи фуросемід) або прийому гліцерину (1,5 г на 1 кг ваги), розведеного кислим соком (лимонним, томатним, яблучним). Тест інформативний при наявності кістково-повітряного інтервалу на тональний аудіометричний кривий, як правило, у зоні низьких частот, у випадку гідропису лабіринту такий інтервал після застосування препаратів зменшується або зникає.

У складних випадках проводяться спеціальні та об'єктивні інструментальні обстеження в закладах охорони здоров'я (установах): гліцерол-тест, електроністагмографія, відеоністагмографія, електрокохлеографія, комп'ютерна стабілометрія та ін.

До пункту "б" належать випадки вестибулярно-вегетативних розладів середнього та легкого ступеня, напади яких мають короточасний перебіг з помірно вираженими вестибулярно-вегетативними розладами і клінічними проявами, що не мають значного впливу на виконання службових обов'язків; випадки стійкої підвищеної чутливості до закачування за відсутності симптомів виражених вестибулярних розладів, частих рецидивів вестибулярної дисфункції та захворювань інших органів; мен'єроподібні стани.

Пацієнти з вестибулярно-вегетативними розладами середнього ступеня при вираженій клінічній картині під час приступів, як правило, не можуть

виконувати обов'язки військової служби, пов'язані з впливом на організм людини прискорень (льотний склад, військовослужбовці, які проходять службу на кораблях, катерах та суднах забезпечення, водії бойових машин та інше), на підземних, підводних або висотних роботах.

Вирішуючи питання про придатність до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення, необхідно пам'ятати, що до закачування можливе звикання. У разі коли у військовослужбовців закачування систематично призводить до втрати працездатності в морських походах та відсутності позитивних результатів тренувань (не менше одного року), на підставі даних характеристик командування, лікаря частини та результатів обстеження вестибулярно-вегетативної чутливості приймається постанова про непридатність до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення. У разі підвищеної чутливості до закачування не можна обмежуватися обстеженням лише вестибулярної функції без глибокого всебічного обстеження всього організму, оскільки вегетативні розлади можуть обумовлюватися не тільки порушеннями у вестибулярному аналізаторі, але й порушеннями інших органів і систем.

Під час відбору поповнення військовослужбовців, які проходять службу на кораблях, катерах та суднах забезпечення, критерієм стійкості до закачування є результати дослідження отолітової реакції (проба Воячека) або проби безперервної кумуляції прискорень Каріоліса. Особи, які дають при цьому дослідженні різку вестибулярну реакцію 3 ступеня, є непридатними до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення.

Під час оцінювання результатів дослідження вестибулярної функції слід урахувати, що навіть різко виражені захисні рухи 3 ступеня без інтенсивних вегетативних реакцій не можуть бути підставою для прийняття постанови про непридатність до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення, ця реакція на подразнення вестибулярного апарату не є стійкою і, як правило, при відповідних тренуваннях зникає.

Під час огляду кандидатів на навчання у ВВНЗ обов'язково проводиться дослідження вестибулярного апарату.

71	Стаття 36	Включено: кондуктивна, сенсоневральна і змішана приглухуватість різного генезу, сенсоневральна приглухуватість, вроджена глухота, ототоксична втрата слуху, дегенеративні і судинні хвороби вуха, ураження структур слухової системи (Н90 - Н95) а) стійка глухота на обидва вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 95 дБ); глухонімота; двобічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії, знаходиться в межах 80 - 95 дБ); глухота на одне вухо та тяжка або глибока приглухуватість на друге; глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц, за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80 - 95 дБ) на одне вухо та тяжка приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65 - 80 дБ) на друге; прогресуюча приглухуватість (інструментально підтверджена) з вирахованим середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії 65 дБ і більше; приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими Непридатні до військової служби
----	-----------	---

вестибулярними і системними проявами з боку серцево-судинної і центральної нервової систем (об'єктивно підтвердженими), з вирахуванням середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії 65 дБ і більше		
б) двобічна тяжка приглухуватість (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії, знаходиться в межах 65 - 80 дБ)	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
в) середньотяжка двобічна приглухуватість (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії, знаходиться в межах 50 - 65 дБ); глухота або глибоке (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середньотяжкого ступеня (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50 - 65 дБ) на друге; глухота або глибоке (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середнього ступеня (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 35-50 дБ) на друге; однобічна глухота вуха (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо; однобічне глибоке порушення слуху (вирахуване середньоарифметичне значення	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

	порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80 - 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо; одnobічні або двобічні прогресуючі (підтверджено інструментально) порушення слухової функції; тяжке порушення слуху на одне вухо (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65 - 80 дБ) та приглухуватість середньо-тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50 - 65 дБ) на друге	
--	---	--

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

У разі неможливості проведення аудіометрії в повному обсязі проводиться тест тональної порогової аудіометрії.

Ступінь порушення слухової функції визначається за допомогою результатів аудіометричного обстеження за рівнем порогів слуху до тонів у дБ. При цьому розраховується середнє арифметичне значення порогів слуху на тони чотирьох частот - 0,5; 1; 2 і 4 кГц - на тональній аудіометричній кривій пацієнта і порівнюється із стандартизованими орієнтирами. Визначення ступеня порушення слухової функції для винесення експертного висновку за цією статтею проводиться для сенсоневральної приглухуватості (тональна аудіометрична крива по кістковому звукопроведенню). При кондуктивних втратах слуху (тональна аудіометрична крива по повітряному звукопроведенню) пацієнт направляється на обстеження з метою визначення причини кондуктивного порушення слухової функції і подальшого лікування. У таких випадках експертне рішення приймається після діагностичних заходів та проведеного лікування і виноситься у випадку стійких кондуктивних порушень слухової функції.

Таблиця 4

Міжнародна класифікація ступеня порушення слухової функції (World report of hearing, 2020, BOO3)			
Ступінь	Пороги слуху за даними тональної порогової аудіометрії	Сприйняття слуху в тихій обстановці	Сприйняття слуху в шумному середовищі
Нормальний слух	до 19,9 дБ	Не має проблем із сприйняттям звуків	Не має мінімальних проблем із сприйняттям звуків
Легке порушення слуху	20,0 - 34,9 дБ	Не має проблем із сприйняттям розмовної мови	Може відчувати труднощі із сприйняттям розмовної мови
Середнє порушення слуху	35,0 - 49,9 дБ	Може відчувати труднощі із сприйняттям розмовної мови	Має труднощі у сприйнятті розмовної мови та в участі в розмові
Середньо-тяжке порушення слуху	50,0 - 64,9 дБ	Чує голосну мову, важко сприймає розмовну мову	Важко чує більшість розмовної мови і важко бере участь у розмові

Тяжке порушення слуху	65,0 - 79,9 дБ	Переважно не чує розмовну мову, може відчувати труднощі із сприйняттям і розумінням гучної мови	Дуже важко чує більшість розмовної мови і дуже важко бере участь у розмові
Глибоке порушення слуху	80,0 - 94,9 дБ	Дуже важко чує голосну мову (крик)	Не чує розмовну мову
Повна глухота	Понад 95,0 дБ	Не чує ні мови, ні більшості звуків навколишнього середовища	Не чує ні мови, ні більшості звуків навколишнього середовища

Мовна аудіометрія дає змогу визначити функцію розбірливості мови, що важливо, зокрема, для оцінки соціального аспекту порушень слухової функції та перспективи слухопротезування. Обстежуваному пропонується повторити слова із стандартизованих наборів - тестів числівників і слів мови, які подаються з різною інтенсивністю в дБ. Метод дає змогу підтвердити дані тональної порогової аудіометрії, у тому числі наявність і вираженість кістково-повітряного інтервалу та акуметрії, може допомогти визначити центральні і рецепторні ураження слухового аналізатора. Поріг сприйняття мови зазвичай близький до середнього порогу сприйняття тонів на мовних частотах (125, 250, 500, 1000, 2000 Гц), серед яких визначальне значення має чутливість до тону 1 кГц. На практиці визначаються найбільш інформативні показники мовної аудіометрії - 50 % тест розбірливості числівників (пацієнт повторює 5 - 6 слів з 10 на певному рівні інтенсивності пред'явлення стимулу) та 100 % тест розбірливості слів мови (повторення всіх 30 слів з серії тесту). При нормальному слуху поріг 50 % розбірливості тесту числівників становить до 20 дБ, а 100 % розбірливості слів мови - на 25 - 30 дБ вище, тобто майже 50 дБ. Для порушень рецепторного відділу слухового аналізатора характерні явища парадоксального падіння розбірливості при збільшенні інтенсивності стимулу (зниження відсотка повторюваних слів тесту мови у відповідь на збільшення інтенсивності стимулу в дБ), "дискомфорт" сприйняття мовного тесту (неприємні, навіть больові відчуття у вусі у відповідь на мовний тест при певних рівнях інтенсивності; чим менший рівень пред'явлення стимулу в дБ, при якому виникає такий дискомфорт, тим більш виражені ураження рецептора мають місце), уповільнене зростання розбірливості. Для центральних порушень слухового аналізатора характерні уповільнене зростання кривої розбірливості мовного тесту, зменшення % розбірливості, 100 % розбірливість у таких хворих часто не досягається при всіх рівнях інтенсивності стимулу. Ознака уповільненого зростання розбірливості мовного тесту оцінюється разом з іншими проявами в кожному окремому випадку.

При зниженні слуху, що визначає зміну ступеня придатності до військової служби, зазначені обстеження проводяться багаторазово (не менше 3 разів) за весь період на етапах обстеження та лікування (обов'язково до і після проведеного лікування, може бути проведено в різних закладах охорони здоров'я) та під час проходження ВЛК. У складних для діагностики випадках використовуються методи об'єктивного визначення приглухуватості та глухоти.

Прогресуюча сенсоневральна приглухуватість визначається у випадку, коли реєструється погіршення слухової функції порівняно з попередніми обстеженнями понад 15 дБ на більш ніж одній частоті у процесі спостереження (3 аудіограми з інтервалом не менше 3 тижнів). Пацієнти з прогресуючою СНП потребують повторних курсів лікування і відпустки для лікування у зв'язку з хворобою (для стабілізації процесу).

У складних для діагностики випадках діагноз встановлюється в закладах охорони здоров'я (установах) за допомогою інструментальних обстежень, у тому числі об'єктивних методів обстеження слухового аналізатора (імпедансна аудіометрія, отоакустична емісія, слухові викликані потенціали), а також оцінка системних (екстрауральних) проявів: порушень з боку серцево-судинної та центральної нервової систем.

До пункту "а" належать:

стійка глухота на обидва вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 95 дБ);

глухонімота;

двобічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80 - 95 дБ);

глухота на одне вухо та тяжка або глибока приглухуватість на друге;

глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80 - 95 дБ) на одне вухо та тяжка приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65 - 80 дБ) на друге;

прогресуюча приглухуватість (інструментально підтверджена) з вирахованим середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії - 65 дБ і більше;

приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими вестибулярними і системними проявами з боку серцево-судинної і

центральної нервової систем (об'єктивно підтвердженими) (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії - 65 дБ і більше).

Приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими вестибулярними і системними проявами має бути об'єктивно підтвердженою даними спеціальних інструментальних обстежень. Порушення в центральних відділах слухового аналізатора верифікуються методом реєстрації слухових викликаних потенціалів (КСВП: латентний період V хвилі понад 5,8 мс, міжпіковий інтервал I - V понад 4,1 мс, ДСВП: латентний період N 2 понад 290 мс), за даними реєстрації акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів (АРВМ): різке зниження амплітуди рефлексу, випадіння або погіршення характеристик (зниження амплітуди, збільшення латентного періоду та порогу відносно іпсилатерального рефлексу) контралатерального рефлексу, позитивний декау-тест); мовної аудіометрії (порушення розбірливості мовного тесту). Порушення з боку серцево-судинної системи та центральної нервової систем підтверджуються об'єктивними методами обстеження.

До пункту "б" належить двобічна тяжка приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65 - 80 дБ).

До пункту "в" належать:

середньо-тяжка двобічна приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50 - 65 дБ);

глухота або глибоке (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц, за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середньо-тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50 - 65 дБ) на друге;

глухота або глибоке (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середнього ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 35 - 50 дБ) на друге;

однобічна глухота вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить понад 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо;

однобічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80 - 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо;

однобічні або двобічні прогресуючі (підтверджено інструментально) порушення слухової функції;

тяжке порушення слуху на одне вухо (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65 - 80 дБ) та приглухуватість середньо-тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50 - 65 дБ) на друге.

Військовослужбовці із зниженим слухом призначаються на посади і роботу з урахуванням цього недоліку. Пацієнтам з тяжкими порушеннями слуху не рекомендовано виконання бойових і спеціальних завдань, особливо пов'язаних із значними фізичними та емоційними / стресогенними навантаженнями, контактом із звуками високої інтенсивності, зміною атмосферного тиску, прискореннями тощо. У разі наявності прогресуючої приглухуватості вплив таких чинників, які супроводжують виконання службових обов'язків (контакти із звуками високої інтенсивності, стресовий фактор, фізичні навантаження), значно збільшує ризик погіршення слухової функції, розвитку глухоти та інвалідизації пацієнта.

Остаточне рішення щодо проходження військової служби військовослужбовцем приймає командир, враховуючи конкретні умови служби та рішення ВЛК.

73	Стаття 37	Стани після перенесених хвороб вуха та соскоподібного відростка або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
74	Після перенесених хвороб вуха та/або хірургічного лікування рекомендовано проведення тональної аудіометрії до і після лікування. Пацієнти з прогресуючою СНП потребують повторних курсів лікування та/або відпустки (для стабілізації процесу) з аудіометричним контролем.		
IX. Хвороби системи кровообігу (I00 - I99), їх наслідки			
75	Стаття 38	Включено: некоронарогенні хвороби серця (перикарда, міокарда, ендокарда, клапанного апарату), легеневе серце і порушення легеневого кровообігу (легенева емболія, усі форми легенево-серцевої недостатності, хвороби легеневих судин), усі форми кардіоміопатії, порушення серцевого ритму та провідності, дегенерація (дистрофія) міокарда, пролапс мітрального клапана та інші ураження клапанів серця, наслідки хірургічних втручань з приводу вроджених або набутих вад серця I00 - I09, I26 - I52, що супроводжуються серцевою недостатністю	

	а) із серцевою недостатністю ПБ - III стадії	Непридатні до військової служби	
	б) із серцевою недостатністю ПА стадії	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
	в) із серцевою недостатністю I стадії; за наявності об'єктивних даних без серцевої недостатності	Придатні	

- 76 Визначення стадії СН та/або стійкості порушення ритму та провідності проводиться після проведеного лікування та стабілізації клінічного стану. Оцінку стадії СН слід проводити з урахуванням наявності об'єктивних симптомів СН або об'єктивних доказів дисфункції серця (систолическої та/або діастолічної) у стані спокою та результатів тестів з фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл-тест у ватах), а за неможливості їх виконання - дані 6-хвилинного тесту з ходьбою. Остаточний експертний діагноз СН може бути встановлений лише за результатами даних інструментального (насамперед ЕХО-КГ) обстеження.
- Порушення серцевого ритму та провідності повинні бути зафіксовані на ЕКГ, холтерівському моніторингу ЕКГ, при функціональних пробах або електрофізіологічних обстеженнях. До стійких порушень ритму серця належать аритмії тривалістю більше 7 діб, які потребують антиаритмічної терапії та відновлюються після припинення лікування. До стійких порушень провідності належать постійні АВ-блокади I та II ступенів, повні внутрішньопушечкові блокади.
- До пункту "а" належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН II Б або III стадії або важкими, резистентними до лікування порушеннями ритму та провідності.
- Крім того, до пункту "а" належать незалежно від стадії СН: недостатність будь-якого клапана серця, яка супроводжується регургітацією 3 - 4 ступенів; помірний або важкий стеноз будь-якого клапана серця.

Таблиця 5

Класифікація ступенів важкості аортального стенозу (АС)				
	Аорто-склероз	Легкий АС	Помірний АС	Важкий АС
1	2	3	4	5
Пікова швидкість потоку на АК (м/с)	≤ 2,5 м/с	2,6 - 2,9	3,0 - 4,0	> 4,0
Середній градієнт (мм Нг) згідно з рекомендаціями ESC	-	< 30 а	30 - 50	> 50 а
Площа аортального отвору (ПАО) (см ²)	-	> 1,5	1,0 - 1,5	< 1,0
Індекс ПАО (см ² /м ²)	-	> 0,85	0,60 - 0,85	< 0,60
Співвідношення швидкостей		> 0,50	0,25 - 0,50	< 0,25

Нормальна ПАО в дорослих становить ~ 3,0 - 4,0 см². Важкий стеноз настає, коли ПАО зменшується до ~ 25 % висхідного нормального значення, тому за загальну межу важкого та помірного стенозу прийнята ПАО 1,0 см².

Таблиця 6

Класифікація ступенів важкості мітрального стенозу (МС)			
	Легкий МС	Помірний МС	Важкий МС

1	2	3	4
Специфічні знахідки			
Площа мітрального отвору (ПМО) (см ²)	> 1,5	1,0 - 1,5	< 1,0
Допоміжні знахідки			
Середній градієнт (мм Нг)	< 5	5 - 10	> 10
Систолічний тиск в ЛА (мм Нг)	< 30	30 - 50	> 50

При ЧСС = 60 - 80 при синусовому ритмі.

У нормі ПМО в середньому становить 4,0 - 5,0 см². При ПМО > 1,5 - 2,0 см² симптоматики звичайно не виникає. У міру прогресування стенозу за рахунок зменшення мітрального отвору серцевий викид стає субнормальним у спокої та не може підвищуватися при навантаженні. Це основна причина вважати МС значущим при ПМО < 1,5 см²;

інфекційний ендокардит або стан після перенесеного інфекційного ендокардиту за умови, якщо: незважаючи на інтенсивне консервативне лікування згідно з існуючими протоколами, зберігаються ознаки активності процесу (лихоманка, лейкоцитоз, паличкоядерний зсув, високий рівень прокальцитоніну та СРБ, гемокультура тощо), вегетації за умови відмови від оперативного лікування чи неможливості його проведення в подальшому; розвиток регургітації на ураженому клапані 2 ступеня та вище; розвиток СН ІІА та вище;

кардіоміопатії: дилатаційна, обструктивна, гіпертрофічна, рестриктивна, некомпактний міокард;

хронічний констриктивний перикардит, у тому числі кальциноз перикарда, прогресуючий перикардіальний випіт;

наслідки оперативного втручання з приводу вроджених або набутих вад серця, за наявності СН ІІ - ІІІ стадій, імплантації штучного водія ритму (у тому числі дефібрилятора-кардіовертера) або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) за наявності рецидивів порушень ритму та провідності, з приводу яких виконувалася операція, механічний протез клапана без урахування СН;

раптова серцева смерть з відновленням серцевої діяльності (смерть із серцевих причин, якій передують раптова втрата свідомості, за умови маніфестації передуючих смерті симптомів не раніше ніж за 1 год; до раптової серцевої смерті не відноситься клінічна смерть з успішною реанімацією, яка відбулася з причин тяжких поранень, травм та соматичних захворювань; у такому випадку постановка ВЛК приймається за відповідними станами чи наслідками постреанімаційної хвороби);

шлуночкові тахікардії (три чи більше послідовних шлуночкових комплексів із частотою більше ніж 100 за хвилину при наявних структурних змінах серця: гіпертрофія лівого шлуночка, клапанні вади (стеноз 1 ступеня та вище, недостатність 2 ступеня та вище, систолічна дисфункція з ФВ 49 % та менше) або пароксизмальна чи стійка шлуночкова тахікардія (6 послідовних шлуночкових комплексів та більше із частотою 100 за хвилину та більше) без структурних змін серця;

стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла (постійна, стійка синусова брадикардія із ЧСС < 50/хв та/або відсутність зростання ЧСС понад 90/хв під час фізичних навантажень, паузи ритму > 3 с в активний період доби внаслідок СА-блокади / зупинки синусового вузла, постійні або інтермітентні симптомні періоди вислизючих ритмів, синдром брадитахікардії), які супроводжувалися синкопальним станом;

синаурикулярна або AV-блокада 3 ступеня;

стійка, резистентна до лікування синаурикулярна або AV-блокада 2 ступеня, яка супроводжується паузами тривалістю понад 2,5 - 3 с, що вважається загрозовим щодо виникнення нападів Морганьї-Адамса-Стокса, СН ІІА та вище, або синкопальними станами;

будь-яка AV-блокада, яка супроводжує нейро-м'язові захворювання, такі як міотонічна м'язова дистрофія, синдром Кіраса-Сейра, дистрофія Ерба, малогомілквова м'язова дистрофія навіть за відсутності клінічних проявів;

трипучкова блокада серця;

спадкові синдроми: подовженого інтервалу Q - Т, Бругада, аритмогенна дисплазія правого шлуночка;

синдром Фредеріка;

набутий синдром подовженого інтервалу Q - Т із синкопальними станами;

будь-які порушення ритму або провідності серця, які супроводжувалися тромбоемболічними ускладненнями або синдромом Морганьї-Адамса-Стокса; стан після тромбоемболії легеневої артерії (далі - ТЕЛА) або її наслідки: субмасивна або масивна ТЕЛА (обструкція ≥ 30 % судинного русла легень або ТЕЛА потребувала інотропної терапії, або спостерігались ознаки перевантаження правих відділів серця, або ушкодження міокарда - підвищення рівня

тропоніна), рецидивуюча ТЕЛА, посттромбоемболічна легенева гіпертензія 2 ступеня та вище, формування підгострої та хронічної правощлуночкової недостатності внаслідок перенесеної ТЕЛА, потреба в прийомі антикоагулянтів тривалістю більш як 6 місяців після перенесеної ТЕЛА або імплантації кава-фільтра;

легенева артеріальна гіпертензія (включаючи ідіопатичну) із ступенями важкості 3 - 4 ФК.

При легеневій артеріальній гіпертензії (крім ідіопатичної) експертне рішення приймається відповідно до основного захворювання.

При ідіопатичній легеневій гіпертензії при ступені важкості ідіопатичної легеневої гіпертензії II ФК рішення приймається за пунктом "б", при ступені важкості I ФК - за пунктом "в".

До пункту "б" належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН ІА стадії.

Крім того, до пункту "б" належать незалежно від стадії СН:

- стан після перенесеного інфекційного ендокардиту за умови, що після проведення лікування відсутня активність процесу, вегетації, оперативне лікування успішне (крім встановлення механічного протезу клапана), регургітація на клапані після лікування не вище I ступеня, СН не вище I ступеня;
- шлуночкові тахікардії (пробіжки 3 - 5 комплексів) без структурних змін серця;
- ізольовані набуті вади аортального або трикуспідального клапанів (з легким стенозом або недостатністю з регургітацією 2 ступеня);
- набуті вади (недостатність) мітрального клапана або клапана легеневої артерії, які супроводжуються регургітацією 2 ступеня, або за наявності легеневої гіпертензії 2 ступеня;
- хронічний (рецидивуючий 2 рази або більше протягом року) або прогресуючий перебіг запальних уражень міокарда, перикарда, перикардіального випоту; надшлуночкові тахікардії;
- фібриляція або тріпотіння передсердь постійні, пароксизмальні або персистуючі;
- стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, який не супроводжувався синкопальним станом (крім зупинки синусового вузла, який належить до пункту "а");
- синдром передчасного збудження шлуночків (пreeкситатії) - Вольфа-Паркінсона-Уайта (синдром WPW), синдром укороченого інтервалу P - R(Q) - Клерка-Леві-Критеско (CLC) або Лауна-Ганонга-Левіна (LGL) за наявності пароксизмальних порушень ритму;
- набутий синдром подовженого інтервалу Q - T без пароксизмів ШТ;
- парасистолія;
- стійка шлуночкова, надшлуночкова екстрасистолія: часта (більше 40/год), алоритмія, поліморфна, парна або рання;
- двопучкові блокади серця, стійкі за наявності $QRS \geq 0,12$ сек.;
- безсимптомна AV-блокада 2 ступеня I типу або СА-блокада 2 ступеня з тривалістю більше 2000 мс;
- блокада ніжок пучка Гіса в поєднанні з AV-блокадами і клінічною симптоматикою;
- стан після поодинокого епізоду немасивної тромбоемболії легеневої артерії (обструкція < 30 % судинного русла легень, відсутність клінічних ознак, зазначених у пункті "а") без розвитку посттромбоемболічної легеневої гіпертензії II стадії та вище за умови ліквідації причини розвитку ТЕЛА;
- наслідки оперативного втручання з приводу імплантації штучного водія ритму або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) без рецидивуючих порушень ритму та провідності або за наявності СН I стадії.

Пролапс клапанів серця з регургітацією повинен підтверджуватися даними доплероехокардіографії. Критерії ступенів регургітації: 1 - до 2 см, 2 - 2 - 4 см, 3- більше 4 см.

Таблица 7

Класифікація ступенів важкості первинної мітральної регургітації			
Параметри	Легкий	Помірний	Важкий
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія МК	Нормальна / Ненормальна	Нормальна / Ненормальна	Патологічна рухомість / Відрив ПМ
КДК потоку МР	Маленький, центральний	Проміжний	Дуже великий центральний потік або ексцентричний потік, що

			стелиться по стінці, з вираженою мозаїчністю, досягає верхньої стінки ЛП
Зона конвергенції потоку (а)	Немає або маленька	Проміжна	Велика
ПХД спектр МР	Блідий параболічний	Щільний параболічний	Щільний / трикутний
Напівкількісні			
Ширина VC (мм)	< 3	3 - 6	≥ 7 (> 8 для біпланової оцінки) (б)
Потік у легневих венах	Переважає систолічної хвилі	Зниження систолічної хвилі	Реверсія систолічного потоку (в)
Діастолічний потік на МК	Нормальний або домінує хвиля А (г)	Варіабельно	Переважає хвиля Е (≥ 1,5 м/с) (г)
VTIMK / VTOAo	< 1	1 - 1,4	> 1,4
Кількісні			
ПЕРО (мм ²)	< 20	20 - 29; 30 - 39 (е)	≥ 40
ОР (мл)	< 30	30 - 44; 45 - 59 (е)	≥ 60
+ розміри ЛШ / ЛП / систолічний тиск в ЛА (д)			

де:

а) при ліміті Найквіста 50 - 60 см/с;

б) середнє значення вимірів в А4С та А2С позиціях;

в) якщо немає інших причин зниження швидкості систолічної хвилі (фібриляція передсердь, підвищений тиск в ЛП);

г) звичайні вікові зміни після 50 років або порушення релаксації ЛШ іншої етіології;

г) за відсутності інших причин підвищення тиску в ЛП чи мітрального стенозу;

д) якщо немає інших причин, розміри ЛП та ЛШ та тиск в малому колі кровообігу у пацієнтів з легкою МР звичайно нормальні. При гострій важкій МР тиск в ЛА звичайно підвищений, у той час як розмір ЛШ ще лишається нормальним. При хронічній важкій МР ЛШ звичайно дилатований. Прийняті рубіжні значення для незначної дилатації лівих відділів: об'єм ЛП < 36 мл/м², КДР ЛШ < 56 мм, індекс КДО ЛШ < 82 мл/м², КСР ЛШ < 40 мм, індекс КСО ЛШ < 30 мл/м², поперечний розмір ЛП < 39 мм;

е) класифікація ступенів органічної МР включає легкий, помірний та важкий. Помірний ступінь підрозділяється на "легкий помірний" (ПЕРО 20 - 29 мм² чи ОР 30 - 45 мл) та "помірно важкий" (виражений) (ПЕРО 30 - 39 мм² чи ОР 45 - 59 мл).

Таблиця 8

Класифікація ступенів важкості легеневої регургітації			
Параметри	Легкий	Помірний	Важкий
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія КЛА	Нормальна	Нормальна / Ненормальна	Ненормальна
Ширина потоку ЛР в КДК (а)	Маленька, довжина звичайно < 10 мм з вузьким витоком	Проміжна	Велика з широким витоком, може бути короткою за довжиною
Зворотний потік у легневих артеріях	Відсутній	Відсутній	Наявний

Спектр потоку ЛР в CW (б)	Блідий	Щільний (варіабельно)	Щільний / швидке сповільнення, раннє припинення
Співвідношення легеневого до Ао потоку в PW	Нормальне або злегка підвищене	Проміжне	Значно підвищене
Напівкількісні			
Ширина VC (мм)	Не визначена	Не визначена	Не визначена
Час напівзниження тиску РНТ (в)	Не визначений	Не визначений	< 100
Співвідношення ширини потоку	Не визначене	Не визначене	50 - 65 %
Кількісні			
ПЕРО (см ²)	Не визначена	Не визначена	Не визначена
ОР (мл)	Не визначений	Не визначений	Не визначений
+ розміри ПШ (г)			

де:

а) при ліміті Найквіста 50 - 60 см/с;

б) швидке сповільнення не є специфічною ознакою важкої ЛР;

в) РНТ скорочується при зростанні тиску в ПШ;

г) якщо немає інших причин, розміри ПШ при легкій ЛР звичайно нормальні. При гострій важкій ЛР розміри ПШ часто нормальні. Прийняті порогові значення для легкого збільшення ПШ (розміри отримуються з А4С позиції): середній діаметр ПШ ≤ 33 мм, кінцево-діастолічна площа ПШ ≤ 28 см², кінцево-сistolічна площа ПШ ≤ 16 см², ВЗП ПШ > 32 %.

Таблиця 9

Класифікація ступенів важкості тристулкової регургітації			
Параметри	Легкий	Помірний	Важкий
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія ТК	Нормальна / ненормальна	Нормальна / ненормальна	Ненормальна / патологічна рухомість / великий дефект коаптації
КДК потоку ТР (а)	Маленький, центральний	Проміжний	Дуже великий центральний потік або ексцентричний потік, що стелиться по стінці
ПХД спектр ТР	Блідий параболічний	Щільний параболічний	Щільний трикутний з дуже раннім піком швидкості (пікова швидкість < 2 м/с при масивній ТР)
Напівкількісні			
Ширина VC (мм) (а)	Не визначена	< 7	> 7
Радіус PISA (мм) (б)	≤ 5	6 - 9	> 9

Потік у печінкових венах (в)	Переважаання систолічної хвилі	Зниження систолічної хвилі	Реверсія систолічного потоку
Діастолічний потік на ТК	Нормальний	Нормальний	Переважає хвиля Е (≥ 1 м/с) (г)
Кількісні			
ПЕРО (мм ²)	Не визначена	Не визначена	≥ 40
ОР (мл)	Не визначений	Не визначений	≥ 45
+ розміри ПШ/ПП/НПВ (г)			

де:

а) при ліміті Найквіста 50 - 60 см/с;

б) зниження ліміту Найквіста до значення ~ 30 см/с;

в) якщо немає інших причин зниження швидкості систолічної хвилі (фібриляція передсердь, підвищений тиск в ПП);

г) за відсутності інших причин підвищеного тиск у ПП;

г) якщо немає інших причин, у пацієнтів з легкою ТР розміри ПШ, ПП та НПВ звичайно нормальні. Кінцево-систолічний індекс ексцентричності ПШ > 2 свідчить на користь важкої ТР. При гострій важкій ТР розміри ПШ часто нормальні. При хронічній важкій ТР ПШ звичайно дилатований. Прийняті рубіжні значення для незначної дилатації правих відділів серця (виміри отримують в А4С позиції): середній поперечний розмір ПШ ≤ 33 мм, кінцево-діастолічна площа (КДП) ПШ ≤ 28 см², кінцево-систолічна площа (КСП) ПШ ≤ 16 см², фракційна зміна площі (ФЗП) ПШ < 32 %, максимальний об'єм ПП в 2D ≤ 33 мл/м². Нормальним вважається діаметр НПВ $< 2,1$ см.

До пункту "в" належать:

усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН І стадії та без СН;

міграція надшлуночкового водія ритму, що фіксується багаторазово на декількох ЕКГ, також протягом добового моніторування ЕКГ як в активний, так і в неактивний період у різний час доби;

синдром передчасного збудження шлуночків - Вольфа-Паркінсона-Уайта (синдром WPW), синдром укороченого інтервалу Р - R(Q) - Клерка-Леві-Критеско (CLC) або Лауна-Ганонга-Левіна (LGL) за відсутності пароксизмальних порушень серцевого ритму;

двопучкові блокади серця неповні або минуці;

повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень AV-провідності;

вислизуючі комплекси та ритми;

пароксизм фібриляції передсердь без структурних змін серця (короткотривалі епізоди ФП $> S30$ сек. з різними інтервалами R-R);

екстрасистоія: передсердна, атріовентрикулярна, поодинокі шлуночкова (до 40 ектопічних комплексів за одну годину);

безсимптомна синоаурикулярна або AV-блокада 1 ступеня в активний період;

пролапс мітрального або інших клапанів серця, міокардіофіброз, що супроводжуються порушеннями ритму та провідності або СН І стадії, або без таких з регургітацією 1-2 ступеня.

До пункту "в" належать усі некоронарогенні хвороби серця, які не супроводжуються СН та порушеннями серцевого ритму і провідності, визначені в пунктах "а" та "б";

пролапс клапана легеневої артерії за відсутності легеневої гіпертензії.

Особи, які перенесли неревматичні міокардити (більше року після одужання) без переходу в міокардіосклероз за відсутності порушення серцевого ритму та провідності, та особи, які мають функціональну (вагусну) AV-блокаду 1 ступеня, неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса, що не супроводжуються синкопальними станами, визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

Таблиця 10

Критерії клінічних стадій СН			
Стадія СН	Клінічні прояви	6-хвилинний тест-ходьба (дистанція в метрах, яку необхідно	Порогова потужність фізичного навантаження за даними тестів з

			пройти за 6 хвилин)	фізичним навантаженням (велоергометрія або тредміл) (у ватах)
	1	2	3	4
	СН І	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються тільки під час підвищеного фізичного навантаження та минають у стані спокою. Першу стадію СН може бути діагностовано за відсутності клінічних симптомів захворювання за умови виявлення при ЕХО-КГ-дослідженні зниження фракції викиду не нижче ніж 41 % або в разі виявлення порушення діастолічної функції ЛШ	426 - 550	Чоловіки - 101 - 150 Жінки - 86 - 125
	СН ІА	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються при помірному фізичному навантаженні та супроводжуються порушенням гемодинаміки у великому або малому колах кровообігу	300 - 425	Чоловіки - 51 - 100 Жінки - 51 - 85
	СН ІБ	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, напади стенокардії, що з'являються при незначному фізичному навантаженні і супроводжуються порушеннями гемодинаміки у великому та малому колах кровообігу	150 - 300	Чоловіки та жінки - нижче 51
	СН ІІІ	Скарги на задишку або задуху, серцебиття, втому, напади стенокардії у стані спокою. Мають місце тяжке порушення гемодинаміки в обох колах кровообігу, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів	Менше ніж 150	Не проводиться
77	Стаття 39	Включено: хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, І10 - І15 (гіпертонічна хвороба, вторинна гіпертензія)		
		а) гіпертонічна хвороба ІІІ стадії з незворотними структурними ураженнями органів-мішеней	Непридатні до військової служби	
		б) гіпертонічна хвороба ІІІ стадії без незворотних структурних уражень органів-мішеней; гіпертонічна хвороба ІІ стадії	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) гіпертонічна хвороба І стадії	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
78	Особи з підвищеним артеріальним тиском підлягають обстеженню в закладі охорони здоров'я (установі). Стадія гіпертонічної хвороби встановлюється з урахуванням рівня АТ та наявності об'єктивних ознак ураження органів-мішеней. Експертний діагноз гіпертонічної хвороби формулюється з визначенням її стадії та характеру ураження органів-мішеней. Таблиця 11			
	Класифікація ступенів артеріальної гіпертензії за рівнем АТ			

Категорії	Систолічний АТ мм рт. ст.	Діастолічний АТ мм рт. ст.
1	2	3
АТ		
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130 - 139	85 - 89
Гіпертензія		
1 ступінь (м'яка АГ)	140 - 159	90 - 99
2 ступінь (помірна АГ)	160 - 179	100 - 109
3 ступінь (тяжка АГ)	> 180	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≤ 140	≤ 90

До пункту "а" належать: гіпертонічна хвороба III стадії за наявності асоційованих станів, які викликали тяжкі незворотні структурні ураження декількох органів-мішеней;

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

симптоматичні артеріальні гіпертензії та гіпертонічна хвороба з підвищенням артеріального тиску 3 ступеня, який не коригується гранично допустимими дозами максимально можливих комбінацій препаратів.

Асоційовані клінічні стани:

а) інфаркт міокарда;

б) СН ПБ - III стадій (зокрема, з ФВ ЛШ < 45 %);

в) інсульт (підтверджений нейровізуалізаційними методами та наявним неврологічним дефіцитом), хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії, судинна деменція;

г) крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього;

г) ниркова недостатність з концентрацією креатиніну в плазмі у чоловіків - вище за 133 мкмоль/л (або > 1,5 мг/дл), у жінок - вище за 124 мкмоль/л (або > 1,4 мг/дл), підвищення креатиніну в плазмі мусить бути підтверджене не менш як трьома дослідженнями та тривалістю не менше 30 днів;

д) постійна форма фібриляції передсердь на фоні вираженого органічного ураження серця;

е) розширююча аневризма аорти;

є) стеноз магістральних артерій більше 50 %.

При III стадії гіпертонічної хвороби є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней із симптомами з їх боку та порушенням функції. Діагноз гіпертонічної хвороби III стадії за наявності інфаркту міокарда, інсульту або інших ознак III стадії слід встановлювати лише в тих випадках, коли ці серцево-судинні ускладнення виникають на фоні існуючої тривало гіпертонічної хвороби, що підтверджується наявністю об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка, генералізоване звуження артерій сітківки тощо) та/або документальним підтвердженням наявності у хворого артеріальної гіпертензії до розвитку асоційованих станів.

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

До пункту "б" належать:

гіпертонічна хвороба III стадії за наявності асоційованих станів (транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія; лакунарний інсульт з мінімальним неврологічним дефіцитом або без нього, протеїнурія більше 300 мг за добу) без тяжких незворотних структурних уражень органів-мішеней; симптоматичні артеріальні гіпертензії з підвищенням артеріального тиску до 2 - 3 ступеня.

До цього ж пункту належить гіпертонічна хвороба II стадії.

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

гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ (ознака Соколова-Лайона - більше

38 мм, Корнельський добуток (сума амплітуд зубця S (V3) та R (aVL) x тривалість (мс) комплексу QRS (aVL) у мм x мс - більше ніж 2440), EXO-КГ (індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) для чоловіків - більше 115 г/м², для жінок - більше 95 г/м²), рентгенографії), або УЗД-ознаки потовщення інтима-

медіа сонної артерії > 0,9 мм, або наявність атеросклеротичної бляшки, або наявність мікроальбумінурії (30 - 300 мг/добу), або відношення альбумін / креатинін у сечі для чоловіків дорівнює або більше за 22 мг/г (2,5 мг/ммоль), для жінок - дорівнює або більше за 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (для чоловіків - 115 - 133 мкмоль/л (1,3 - 1,5 мг/дл), для жінок - 107 - 124 мкмоль/л (1,2 - 1,4 мг/дл), або зниження швидкості клубочкової фільтрації (< 60 мл/хв/1,73 м²) чи кліренс креатиніну (< 60 мл/хв), або швидкість каротидно-стегнової пульсової хвилі більше 12 м/с, або ступнево-плечовий індекс кров'яного тиску менше 0,9 в поєднанні із звуженням артерій сітківки.

У разі формулювання діагнозу гіпертонічної хвороби II стадії необхідно зазначити, на підставі чого встановлюється II стадія захворювання (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, звуження артерій сітківки тощо). У хворих з протеїнурією в діагнозі слід вказати на наявність гіпертензивного ураження нирок (якщо відсутня інша причина протеїнурії).

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

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

У кожному випадку гіпертонічної хвороби проводиться диференційна діагностика із симптоматичними гіпертензіями. Медичний огляд ВЛК особам із симптоматичною АГ проводиться також за основним захворюванням.

79	Стаття 40	Включено: ішемічна хвороба серця I20-I25 (усі форми стенокардії, гострий та повторний інфаркт міокарда, їх ускладнення); хронічна ішемічна хвороба серця (атеросклеротична хвороба серця, аневризма серця, коронарної артерії, наслідки хірургічних втручань на судинах серця, імплантації штучного водія ритму та інші, що супроводжуються серцевою недостатністю)		
		а) із серцевою недостатністю ІІБ - ІІІ стадій	Непридатні до військової служби	
		б) із серцевою недостатністю ІА стадії	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) із серцевою недостатністю І стадії або без серцевої недостатності	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
80	Наявність ІХС повинна бути підтверджена інструментальними та лабораторними методами обстеження (обов'язкові: ЕКГ у спокої та з навантажувальними пробами, ЕХО-КГ, визначення ліпідного спектра; додаткові: холтеровське моніторування ЕКГ, навантажувальні тести з ЕХО-КГ-контролем, коронароангіографія тощо). Визначення стадії СН та важкості, стійкості порушень серцевого ритму та провідності викладено у статті 38. До пункту "а" належать захворювання серця і судин: стенокардія напруги ІІІ - ІV функціональних класів; аневризма серця, великовогнищевий кардіосклероз після трансмурального або повторного інфаркту міокарда незалежно від стадії СН або порушень ритму та провідності; поєднання стенокардії напруги ІІ ФК із СН ІА стадії та вище; стани після аортокоронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності стенокардії ІІ ФК та вище або СН ІА стадії та вище;			

стани після імплантації штучного водія ритму (у тому числі дефібрилятора-кардіовертера) або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) за наявності рецидивуючих порушень ритму та провідності або СН вище за ІА стадію;
раптова серцева смерть з відновленням серцевої діяльності;
шлуночкові тахікардії (три чи більше послідовних шлуночкових комплексів із частотою більше ніж 100 за хв);
стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла (постійна, стійка синусова брадикардія із ЧСС < 50/хв та/або відсутність зростання ЧСС понад 90/хв під час фізичних навантажень, паузи ритму > 3 с в активний період доби внаслідок СА-блокади / зупинки синусового вузла, постійні або інтермітентні симптомні періоди вислизаючих ритмів, синдром брадитахікардії), які супроводжувалися синкопальним станом;
синаурикулярна або AV-блокада 3 ступеня;
стійка, резистентна до лікування синаурикулярна або AV-блокада 2 ступеня, яка супроводжується паузами тривалістю понад 2,5 - 3 с, що вважається загрозливим щодо виникнення нападів Морганьї-Адамса-Стокса, СН ІА стадій та вище або синкопальними станами;
трипучкова блокада серця;
синдром Фредеріка;
набутий синдром подовженого інтервалу Q - T із синкопальними станами;
будь-які порушення ритму або провідності серця, які супроводжувалися синдромом Морганьї-Адамса-Стокса;
безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні до 75 Вт.
До пункту "б" належать:
стенокардія напруги II функціонального класу;
вазоспастична стенокардія;
надшлуночкові тахікардії;
фібриляція або тріпотіння передсердь постійні, пароксизмальні або персистуючі;
стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, який не супроводжувався синкопальним станом (крім зупинки синусового вузла);
набутий синдром подовженого інтервалу Q - T без синкопальних станів;
стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій;
безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні до 75 - 100 Вт;
дифузний кардіосклероз після дрібновогнищового інфаркту міокарда, що супроводжується порушеннями серцевого ритму та провідності, серцевою недостатністю або стенокардією;
стійка шлуночкова екстрасистоія: часта (більше 40/год), алоритмія, поліморфна, парна або рання;
парасистоія;
двопучкові блокади серця, стійкі, за наявності $QRS \geq 0,12$ сек;
безсимптомна AV-блокада 2 ступеня I типу;
блокада ніжок пучка Гіса в поєднанні з AV-блокадами і клінічною симптоматикою.
До пункту "в" належать:
стенокардія напруги I функціонального класу;
безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні 125 Вт і більше;
дифузний кардіосклероз після дрібновогнищового інфаркту міокарда, що не супроводжується серцевою недостатністю I ст. або стенокардією I ФК;
стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій без серцевої недостатності;
безсимптомна синаурикулярна або AV-блокада 1 ступеня;
повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень AV-провідності або в поєднанні з AV-блокадою 1 ступеня за відсутності клінічної симптоматики;
стійка міграція надшлуночкового водія ритму;
двопучкові блокади серця неповні або минучі;
вислизаючі комплекси та ритми;
екстрасистоія: передсердна, атріовентрикулярна, поодинокі шлуночкова

(до 40 ектопічних комплексів за одну годину).

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

Характеристика функціональних класів:

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

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

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

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

Таблиця 12

Характеристика функціональних класів				
Показники	Функціональний клас			
	I	II	III	IV
Метаболічні одиниці (МЕТ)	7,0 та більше	4,0 - 6,9	2,0 - 3,9	Нижче 2,0
Подвійний добуток (умов. од.)	278 та більше	218 - 277	151 - 217	Нижче 150
Потужність останнього ступеня навантаження (Вт)	125 та більше	75 - 100	50 - 75	25 або ВЕМ проти-показана

81	Стаття 41	Включено: цереброваскулярні хвороби I60 - I69 (субарахноїдальний, внутрішньошлуночковий, внутрішньочерепний (нетравматичний) крововилив, G45 транзиторні церебральні ішемічні напади і споріднені з ними синдроми, інфаркт головного мозку, інсульт (геморагічний, ішемічний), його наслідки, закупорка, стеноз, емболія, тромбоз, аневризма прецеребральних, базилярної, сонної, хребтової артерій; церебральний атеросклероз, гіпертензивна енцефалопатія, наслідки хірургічних втручань)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	

82 До пункту "а" належать: стійкі виражені випадіння функції нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спінального кровообігу, а також при дисциркуляторній енцефалопатії III стадії (плегії або парези гемі-, моно-, тетра-, пара-), синдром паркінсонізму, бульбарний та псевдобульбарний синдроми з порушенням акту ковтання, виражена атаксія, моторна, сенсорна або змішані форми афазії, агнозія, апраксія, геміанопсія, виражений психорганічний

синдром внаслідок судинного ураження головного мозку, порушення функції тазових органів); часті епілептичні напади (4 та більше разів на рік) унаслідок судинного ураження головного мозку; ураження черепно-мозкових нервів із значним порушенням функції внаслідок судинного ураження головного мозку; наявність артеріальних аневризм, артеріовенозних мальформацій судин головного та спинного мозку, кавернозних ангіом незалежно від ступеня порушення мозкового або спінального кровообігу, що не підлягають оперативному лікуванню (мікрохірургічному, рентгенендоваскулярному тощо) або при письмовій відмові хворого від оперативного лікування.

До пункту "б" належать:

помірно виражені випадіння функції нервової системи внаслідок гострого порушення мозкового або спінального кровообігу, а також при дисциркуляторній енцефалопатії II стадії (пірамідна недостатність, помірно виражені дискоординаторні розлади, чітка анізорефлексія, помірно виражені емоційно-вольові порушення, помірне когнітивне зниження, церебрастенічний синдром, помірно виражені розлади чутливості);

часті (два рази на рік і більше) транзиторні ішемічні атаки, що підтверджується медичними документами, у тому числі і стаціонарним лікуванням;

наявність артеріальних аневризм, артеріовенозних мальформацій судин головного та спинного мозку, кавернозних ангіом без порушення мозкового або спінального кровообігу при можливості їх оперативного лікування або відмови від нього;

нечасті епілептичні напади (менше 4 разів на рік) унаслідок судинного ураження головного мозку.

До пункту "в" належать:

незначно виражені порушення функції нервової системи, що виникли на фоні гострого порушення мозкового кровообігу або дисциркуляторної енцефалопатії I стадії (розсіяна дрібновогнищева симптоматика, незначно виражені дискоординаторні розлади, псевдоневрastenічний синдром);

нечасті (не більше 1 разу на рік) транзиторні ішемічні атаки, що підтверджується медичними документами та стаціонарним лікуванням, супроводжуються нестійкими осередковими розладами з боку центральної нервової системи, які продовжуються не більше доби та проходять без порушень функцій нервової системи;

наслідки порушень спінального кровообігу у вигляді незначно виражених розладів чутливості.

Особи після перенесеного транзиторного ішемічного нападу, після проходження стаціонарного обстеження та лікування, при повному відновленні функцій центральної нервової системи оглядаються за статтею 44.

Під час оцінювання придатності до військової служби осіб, оперованих з приводу аневризми судин головного мозку, інших судинних уражень головного та спинного мозку, ураховується радикальність операції, її ефективність, динаміка відновлення функцій. За наслідками оперативного втручання особи, відповідно до граф I, II, III, оглядаються за пунктами "а", "б" цієї статті.

83	Стаття 42	Включено: хвороби артерій, артеріол та капілярів I70 - I79 (атеросклероз аорти, ниркової артерії, артерій кінцівок, генералізований атеросклероз; стеноз або аневризма, розширення або розшарування аорти та інших артерій; стенозуючий атеросклероз брахіоцефальних артерій; емболія і тромбоз аорти та інших артерій; хвороби периферичних судин (синдром Рейно, облітеруючий тромбангіїт)); набутий артеріовенозний свищ, спадкова гемолітична телеангієктазія, непухлинний невус; хвороби вен, лімфатичних судин та вузлів I80 - I89 (флебіт, тромбофлебіт, тромбоз ворітної вени, емболія та тромбоз інших вен; варикозне розширення вен нижніх кінцівок; варикозне розширення вен стравоходу, мошонки, яєчка, тазу, постфлебітичний синдром; неспецифічний лімфаденіт, наслідки хірургічних втручань)		
		а) із значними та помірними порушеннями кровообігу та функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з незначними порушеннями кровообігу та функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) за наявності об'єктивних даних без порушень кровообігу та функцій	Придатні	
84	За наявності показань громадянам та військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування. При незадовільних результатах лікування або відмові від нього придатність до військової служби визначається залежно від вираженості патологічного процесу. До пункту "а" належать: артеріальні та артеріовенозні аневризми (аневризматичне розширення) магістральних та периферичних судин незалежно від ступеня порушення кровообігу;			

оклюзія та стеноз більше 75 % загальної та внутрішньої сонних артерій, а також хребцевих артерій, що підтверджено об'єктивними методами дослідження (МРТ та КТ-ангіографія);

стеноз загальної та внутрішньої сонних артерій, а також хребцевих артерій відносно здорової ділянки артерії з наявністю гіпоехогенної нестабільної бляшки, виразкоутворення атеросклеротичної бляшки, наявністю в анамнезі транзиторних ішемічних атак або гострих порушень мозкового кровообігу;

облітеруючий атеросклероз, ендартеріт, тромбангіт та аортоартеріт з помірним та значним порушенням кровообігу кінцівок (тяжка переміжна кульгавість до 200 м, біль спокою та гангренозно-некротична стадія), що відповідає ІІБ, ІІІ та ІV стадіям ішемії нижніх кінцівок за модифікованою клінічною класифікацією Fontaine (Second European Consensus Document, 1991);

атеросклероз черевного відділу аорти з частковою або повною облітерацією просвіту її вісцеральних гілок, ниркових артерій, здухвинних артерій з різкими порушеннями функцій органів та дистального кровообігу;

посттромботична хвороба нижньої, верхньої порожнистої, ворітної вени незалежно від ступеня порушення кровообігу;

посттромботична і варикозна хвороба нижніх кінцівок, індуративно-виразкова форма з хронічною венозною недостатністю С4, С5, С6 (згідно з Міжнародною клінічною класифікацією СЕАР від 2004 року з доповненнями F. Lurie та M. Passman 2020 року, а саме недостатність клапанів глибоких, підшкірних та комунікантних вен з наявністю постійного набряку, гіперпигментації, екземи та витончення шкіри, індурації, дерматиту, активних виразок та виразок, що загоїлися);

наявність імплантованого кава-фільтра;

лімфедема 3, 4 ступенів;

наслідки реконструктивних операцій на великих магістральних судинах (висхідна, грудна та черевна аорта, здухвинні (клубові) артерії, гілки дуги аорти, ворітна або порожниста вена) з приводу захворювань та поранень незалежно від ступеня порушення кровообігу;

втрата кінцівки внаслідок поранень та захворювань магістральних та периферичних судин;

наслідки реконструктивних операцій на периферичних судинах (стегова, підколінна артерія та вена, задня та передня артерії гомілки та глибокі вени гомілки, пахвинна, плечова артерія та вена, променева та ліктьова артерія, глибокі вени передпліччя) за наявності значного та помірного порушення кровообігу і при прогресуючому перебігу захворювання;

множинні інтракраніальні атеросклеротичні стенози судин головного мозку з ознаками перенесених ішемічних інсультів (клінічно та нейровізуалізаційно - МРТ, СКТ, ЦАГ);

синдром Рейно ІІІ стадії (гангренозно-некротична).

До пункту "б" належать:

стеноз 30 - 75 % загальної та внутрішньої сонної артерії, а також хребцеві артерії, відносно здорової ділянки артерії з наявністю гіперехогенної стабільної бляшки;

поранення та атеросклероз загальної та внутрішньої сонної артерії, а також хребцевих артерій з незначним порушенням кровообігу;

облітеруючий ендартеріт, тромбангіт, аортоартеріт і атеросклероз судин нижніх кінцівок ІІ та ІІА стадій (переміжна кульгавість, яка виникає на відстані від 200 м до 1000 м) згідно з модифікованою клінічною класифікацією Fontaine (Second European Consensus Document, 1991) з незначним порушенням кровообігу;

посттромботична і варикозна хвороба нижніх кінцівок з ознаками венозної недостатності, з незначним порушенням кровообігу, що відповідають С2 - С3 (згідно з Міжнародною клінічною класифікацією СЕАР від 2004 року з доповненнями F. Lurie та M. Passman 2020 року, а саме набряклість стоп та гомілок, яка зникає повністю за час нічного відпочинку, свербіння, варикозно-розширені підшкірні вени);

лімфедема 2 ступеня;

варикозне розширення вен сім'яного канатика ІІ - ІІІ стадій (розширення вен сім'яного канатика і яєчка видно неозброєним оком);

наслідки реконструктивних операцій на периферичних судинах з приводу поранень та захворювань (стегова, підколінна артерія та вена, задня та передня артерії гомілки та глибокі вени гомілки, пахвинна, плечова артерія та вена, променева та ліктьова артерія, глибокі вени передпліччя, підшкірні вени нижніх кінцівок) за наявності незначного порушення кровообігу і без прогресуючого перебігу захворювання;

локальні (поодинокі) інтракраніальні атеросклеротичні стенози судин головного мозку без ознак перенесених ішемічних інсультів (клінічно та нейровізуалізаційно - МРТ, СКТ, ЦАГ) за неможливості хірургічного лікування або в разі письмової відмови пацієнта від хірургічного лікування;

синдром Рейно ІІ стадії (ціанотична).

До пункту "в" належать:

стеноз до 30 % загальної та внутрішньої сонної артерії, а також хребцеві артерії відносно здорової ділянки артерії з наявністю гіперехогенної стабільної

бляшки;
 поранення та атеросклероз загальної та внутрішньої сонної артерії, а також хребцеві артерії без порушення кровообігу;
 облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, аортоартеріїт і атеросклероз судин нижніх кінцівок I стадії (безбольова форма або переміжна кульгавість, яка виникає на відстані більше 1000 м) згідно з модифікованою клінічною класифікацією Fontaine (Second European Consensus Document, 1991), без порушення кровообігу;
 посттромботична і варикозна хвороба нижніх кінцівок без порушення кровообігу, що відповідає C0 - C1 (згідно з Міжнародною клінічною класифікацією CEAP від 2004 року з доповненнями F. Lurie та M. Passman 2020 року, а саме телеангіоектазії та ретикулярні вени);
 лімфедема I ступеня;
 варикозне розширення вен сім'яного канатика I стадії (при пальпації в положенні лежачи та/або в положенні стоячи визначаються розширені вени, а також варикозне розширення вен виявляється тільки при проведенні інструментальних досліджень (доплерографія, УЗД));
 синдром Рейно I стадії;
 наслідки реконструктивних операцій на периферичних судинах з приводу поранень та захворювань (стегонова, підколінна артерія та вена, задня та передня артерії гомілки та глибокі вени гомілки, пахвинна, плечова артерія та вена, променева та ліктьова артерія, глибокі вени передпліччя, підшкірні вени нижніх кінцівок) без порушення кровообігу і без прогресуючого перебігу захворювання.
 Діагноз захворювань та наслідків пошкоджень судин повинен відображати стадію процесу та ступінь функціональних порушень. Постанова приймається після клінічного обстеження із застосуванням методів, що дають об'єктивні показники (ультразвукове дуплексне ангіосканування судин, реовазографія з нітрогліцериновою пробою, ангіо-, флебо-, лімфографією, МСКТ-ангіографією тощо).
 Ультразвукове дуплексне ангіосканування судин має виконуватися з визначенням таких показників, як тип та швидкість кровотоку в артерії, вимірювання діаметру просвіту артерії при її стенозі, визначення кістково-плечового індексу, визначення спроможності клапанного апарату глибоких та поверхневих вен з визначенням тривалості рефлюксу та ступеня реканалізації при тромбозі.

85	Стаття 43	Включено: усі форми геморою I84		
		а) із частими загостреннями та вторинною анемією	Непридатні до військової служби	
		б) з випадінням вузлів 2 - 3 ступенів	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з нечастими загостреннями при успішному лікуванні	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
86	За наявності показань військовослужбовцям пропонується хірургічне або консервативне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього огляд проводиться за пунктами "а", "б" або "в" залежно від вираженості вторинної анемії, частоти загострень та стадії випадіння гемороїдальних вузлів. До частих загострень геморою належать випадки, коли оглянутий перебуває 2 - 3 рази на рік на стаціонарному лікуванні з довгими (1 місяць і більше) строками госпіталізації з приводу кровотечі, тромбозу, запалення або випадіння гемороїдальних вузлів 2 - 3 ступенів, а також коли захворювання ускладнюється повторними кровотечами, що потребує стаціонарного лікування.			
87	Стаття 44	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб системи кровообігу або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
88	Передбачає стани після перенесених гострих запальних уражень серця (перикардит, міокардит, ендокардит, ревматизм), метаболічної кардіоміопатії, гострих форм ІХС (інфаркт, нестабільна стенокардія), гіпертонічних криз, тромбоемболії легеневої артерії, травм серця, операцій реваскуляризації, операцій на клапанному апараті серця, імплантації стимуляторів, кардіовертерів, хірургічного лікування аритмій, захворювань магістральних артерій або вен, стану після гострого порушення мозкового кровообігу за умови порушень функцій тимчасового характеру. Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, вступають до ВВНЗ, визнаються тимчасово непридатними.			

Військовослужбовці, які оглядаються за графами II - III Розкладу хвороб з приводу вищезазначених станів, направляються на реабілітаційне лікування, після завершення якого, за потреби, приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою.

Військовослужбовцям, які оглядаються за графами II - III Розкладу хвороб, після загострення хронічної ІХС (тривалі напади стенокардії, минулі порушення серцевого ритму та провідності, минулі форми серцевої недостатності), гіпертонічної хвороби (стан після гіпертензивних кризів), проведення електроімпульсної терапії для лікування аритмій серця надається звільнення від виконання службових обов'язків.

Х. Хвороби органів дихання (J00 - J99), їх наслідки			
89	Стаття 45	Включено: хвороби верхніх дихальних шляхів J00 - J39 (викривлення носової перетинки, поліпи порожнин носа, ларингіт, ларинготрахеїт, хронічний синусит, озена, хронічні хвороби мигдаликів), J38 хвороби голосових складок і гортані	
		а) озена; стенози гортані; парези і паралічі гортані із значним порушенням функції голосоутворення та дихання; тяжка форма спастичної дисфонії	Непридатні до військової служби
		б) поліпозні, гнійні синусити; парези та паралічі гортані з помірним порушенням функції голосоутворення та дихання; спастична дисфонія середньої тяжкості; стійкий розлад барофункції вуха або навколоносових пазух, а також викривлення носової перетинки з порушенням носового дихання	Придатні Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) негнійні синусити; хронічний декомпенсований тонзиліт	Придатні
90	До пункту "а" належать: озена; стенози гортані; парези і паралічі гортані із значним порушенням функції голосоутворення та дихання; тяжка форма спастичної дисфонії. Діагноз встановлюється в закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження. Стенози гортані, що призводять до дихальної недостатності, гіпоксії і тяжкого стану пацієнтів. Парези і паралічі гортані та тяжка спастична дисфонія, що призводять до дихальної недостатності різного ступеня і значного порушення голосоутворення. Спастична дисфонія має ремітуючий перебіг, виникнення і тривалість фази погіршення не піддаються надійному прогнозуванню. Тяжка спастична дисфонія практично не має тривалих періодів ремісії. Пацієнти із стенозами, парезами та паралічами гортані, тяжкою спастичною дисфонією не можуть виконувати фізичні навантаження, є ризик задухи. До пункту "б" належать: гнійні або поліпозні синусити, поліпозні слизової оболонки носа з порушенням носового дихання, хронічні гнійні та поліпозні синусити без ускладнень, які протікають з частими (не менше 2 разів на рік) загостреннями та втратою працездатності, а також гнійні синусити з хронічним декомпенсованим тонзилітом; парези і паралічі гортані з помірним порушенням функції голосоутворення та дихання; середня форма спастичної дисфонії. До пункту "в" належать: хронічні негнійні захворювання навколоносових пазух (катаральні, серозні, вазомоторні та інші негнійні форми синуситів) без ознак дистрофії тканин верхніх дихальних шляхів, без частих загострень, пов'язаних із втратою працездатності; хронічний декомпенсований тонзиліт. Діагноз встановлюється в закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження. Під час огляду військовослужбовців, які страждають на хронічний гнійний синусит, ураховуються перебіг захворювання, частота загострення не менше 2 разів на рік та безуспішність лікування у стаціонарних умовах.		

Діагноз хронічного гнійного захворювання навколоносових пазух (придаткові пазухи носа) повинен бути підтверджений риноскопичними даними (гнійні виділення), даними ендоскопії порожнини носа, комп'ютерної томограми навколоносових пазух (ННП), рентгенографією пазух у двох проєкціях, а для верхньощелепної пазухи, крім того, діагностичною пункцією.

Викривлення носової перетинки за умови вільного носового дихання, залишкові явища після операції не є перешкодою для навчання у ВВНЗ, як і пристінне потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух, зниження пневматизації на комп'ютерній томограмі або рентгенограмі, якщо під час діагностичної пункції не одержано патологічного вмісту та збережена прохідність верхньощелепної пазухи.

Під хронічним декомпенсованим тонзилітом слід розуміти одну з форм хронічного тонзиліту, яка характеризується частими загостреннями (від 2 разів на рік), втягненням у запальний процес білямигдаликової тканини, регіонарних лімфовузлів та наявністю патологічного вмісту в лакунах мигдаликів. При декомпенсованому тонзиліті пропонується хірургічне лікування.

Інші форми хронічного тонзиліту не дають підстав для застосування цієї статті, не перешкоджають проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ, військових ліцях.

Стійкий характер порушення барофункції вуха визначається за даними повторних інструментальних досліджень. Найбільш достовірні дані одержуються після додаткового функціонального обстеження в барокамері (рекомпресійній камері). Порушення барофункції навколоносових пазух встановлюється на підставі скарг обстежуваного, стану носової порожнини, отоскопії, випробування в барокамері на витривалість перепадів тиску з рентгенологічним обстеженнями навколоносових пазух до та після випробування, даних медичної та службової характеристик.

91	Стаття 46	Включено: хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів J40 - J44, J47 (хронічний бронхіт, емфізема, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхоектатична хвороба); хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами, інтерстиціальні хвороби легень J60 - J84 (пневмоконіози, хронічні пневмоніти, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосидероз та інші дисеміновані захворювання легень); хронічні гнійні та некротичні хвороби, хвороби плеври, інші хвороби органів дихання J85 - J99 (абсцес легені та середостіння, піоторакс та інші)		
		а) із значними порушеннями функції зовнішнього дихання	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функції зовнішнього дихання	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функції зовнішнього дихання; за наявності об'єктивних даних без порушень функції зовнішнього дихання	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

92 За цією статтею оглядаються особи із:

хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ);

бронхоектатичною хворобою;

інтерстиційними захворюваннями легень (ідіопатичний легеневий фіброз, підгострий та хронічний перебіг гіперсенситивного пневмоніту, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосидероз, гістіоцитоз-Х тощо);

пневмоконіозами;

хворобами плеври (фіброторакс, плевральні злуки, бляшки тощо);

наслідками гострих захворювань легень із згадкою про фіброз;

синдромом альвеолярної гіповентиляції легень у хворих з ожирінням.

Ступінь придатності визначається за пунктами "а", "б" або "в" залежно від ступеня порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД). Ступінь порушення ФЗД та інші інструментальні показники для прийняття експертного рішення визначаються поза загостренням захворювання.

Показники	Норма	Ступені порушення ФЗД		
		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				
PaO ₂ , мм рт. ст.				< 60
PaCO ₂ , мм рт. ст.				> 45
SaO ₂ , %				< 90
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 відсотках належної величини	> 80	79 - 50	49 - 30	< 30

Оцінка функціонального стану апарату зовнішнього дихання проводиться поза загостренням захворювань за допомогою спірометрії. Під час оцінки ФЗД у разі ХОЗЛ слід орієнтуватися передусім на показник ОФВ1. Також для цих захворювань характерне співвідношення ОФВ1 / форсована ЖЄЛ менше 70 %. Діагноз ХОЗЛ (хронічного бронхіту чи емфіземи легень) для молодих людей віком до 30 років є винятком. У таких хворих перш за все при обстеженні необхідно виключити інші найчастіші причини хронічного кашлю: бронхіальну астму, гастроєзофагеальний рефлюкс або захворювання верхніх дихальних шляхів тощо. Якщо все-таки в молодих людей буде наявний симптомокомплекс ХОЗЛ (клініко-функціональна картина незворотної бронхообструкції), обов'язковим є виключення вроджених його причин, таких як дефіцит альфа 1-антитрипсину, муковісцидоз чи вроджені вади розвитку легень.

Під час оцінювання ФЗД при бронхоектатичній хворобі, хворобах легень, спричинених зовнішніми агентами (пневмоконіози, хронічні пневмоніти), інтерстиціальних (дисемінованих) хворобах легень (ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосідероз, гістіоцитоз-Х та інші дисеміновані захворювання легень), хронічних гнійних та некротичних хворобах (абсцес легені та середостіння, піоторакс), наслідках гострих неспецифічних хвороб органів дихання або хірургічного лікування у вигляді обмеженого пневмосклерозу, плевродіафрагмальних чи плеврокостальних шварт (злук) слід орієнтуватися насамперед на показники ЖЄЛ, PaO₂, SaO₂ та МВЛ.

93	Стаття 47	Включено: бронхіальна астма J45 - J46		
		а) тяжка персистуюча бронхіальна астма	Непридатні до військової служби	
		б) персистуюча бронхіальна астма середньої тяжкості; легка персистуюча бронхіальна	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального,	Непридатні до служби на кораблях,

		астма	медичного та інших видів забезпечення, охорони	катерах та суднах забезпечення
		в) інтермітуюча бронхіальна астма	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
94	Для бронхіальної астми характерна гіперреактивність бронхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, нападами ядухи, скутості у грудній клітці, кашлем, особливо вночі та вранці. При бронхіальній астмі бронхообструкція варіабельна, зменшується спонтанно або під впливом лікування. Діагноз бронхіальної астми, крім анамнезу та клінічної картини, повинен бути підтверджений обстеженням ФЗД з медикаментозними пробами (проба з бронхолітиком або провокаційна проба з бета-блокатором, фізичним навантаженням, гіпертонічним розчином NaCl). Вірогідним інструментальним підтвердженням діагнозу вважається: приріст після проби з бронхолітиком (або зменшення в разі провокаційної проби) показника ОФВ1 ($\geq 12\%$ та 200 мл) або пікової обсягової швидкості видиху (ПОШвид) ($\geq 20\%$ або 60 л/хв); надмірні коливання легеневої функції між візитами ОФВ1 $\geq 12\%$ та 200 мл або ПОШвид $\geq 20\%$ або 60 л/хв; приріст показника ОФВ1 $\geq 12\%$ та 200 мл або ПОШвид $\geq 20\%$ після курсу терапії ІГКС протягом 4 тижнів (у період позареспіраторної інфекції). Метою лікування бронхіальної астми є досягнення за допомогою протиастиатичної терапії контролю над симптомами захворювання. Після призначення стартової базисної терапії оцінка контролю над симптомами проводиться не раніше ніж через 2 - 3 місяці від початку лікування. Недостатній контроль над бронхіальною астмою характеризується наявністю денних симптомів БА більше 2 разів на добу, нічними пробудженнями через напади ядухи, потребою в бета-агоністах короткої дії більше 2 разів на тиждень, обмеженням активності через симптоми бронхіальної астми на тлі прийому базисної терапії. У разі відсутності контролю чи часткового контролю над симптомами БА проводиться розширення терапії до тих пір, поки не буде досягнуто повного контролю над симптомами (кроки 1 - 5 у схемі лікування БА). Ступінь придатності осіб з бронхіальною астмою проводиться за пунктами "а", "б" та "в" залежно від досягнення контролю над симптомами на фоні призначеної базисної терапії.			
	До пункту "а" належить персистуюча бронхіальна астма, контроль над якою неможливо досягти на 4 - 5 кроці терапії (високі дози ІГКС в комбінації з бета-агоністами тривалої дії, холінолітиками тривалої дії). Обов'язковим інструментальним підтвердженням відсутності контролю є збереження низьких показників ОФВ1 $\leq 60\%$ та збереження гіперреактивності бронхів (приріст ОФВ1 $\geq 12\%$, або 200 мл) при спірометрії. Необхідно диференційовано підходити до хворих, які, крім БА, мають інші захворювання, що супроводжуються зниженням показника ОФВ1 (ХОЗЛ, ХСН, синдром альвеолярної гіповентиляції легень тощо). Важливо проводити диференційну діагностику БА та ХОЗЛ, спираючись на наявну клінічну картину (вік, фактори ризику, сімейний анамнез, супутні захворювання) та показники спірометрії. Можлива наявність у хворого одночасно БА та ХОЗЛ. Достовірним критерієм наявності БА у хворого на ХОЗЛ є високі показники зворотності та варіабельності бронхіальної обструкції (приріст ОФВ1 ≥ 400 мл) при постбронходиляційному співвідношенні ОФВ1 / форсована ЖЄЛ $< 0,7$. До пункту "б" належить персистуюча бронхіальна астма, щодо якої вдалося досягти часткового контролю над симптомами на 4 - 5 кроці терапії. Обов'язковим інструментальним підтвердженням часткового контролю є показники ОФВ1 від 61 % до 79 % та збереження гіперреактивності бронхів (приріст ОФВ1 $\geq 12\%$, або 200 мл) при спірометрії. До цього ж пункту відносять персистуючу бронхіальну астму, щодо якої за допомогою терапії вдалося досягти повного контролю над симптомами. Спірометричним критерієм повного контролю є показник ОФВ1 $\geq 80\%$ та відсутність гіперреактивності бронхів. До пункту "в" відносять інтермітуючу бронхіальну астму, якій характерні нестійкі епізодичні короткотривалі денні симптоми. Хворий не потребує призначення контролюючої терапії. Якщо бронхоспастичний синдром є ускладненням інших захворювань, то ступінь придатності до військової служби визначається залежно від перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб.			
95	Стаття 48	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб органів дихання або	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	

		хірургічного лікування	
96		Рішення про потребу військовослужбовця у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою приймається лише за умови ускладненого перебігу гострих респіраторних інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів, грипу, пневмонії тощо (деструкція, пара- та метапневмонічний ексудативний плеврит, емпієма плеври, ателектаз, інфекційно-токсичний шок, інфекційний міокардит, тривала нефропатія (понад тиждень), токсичний гепатит, виражена астенизація тощо). Щодо реконвалесцентів після неускладненого перебігу пневмонії (графи I - III Розкладу хвороб), загострення хронічних захворювань (графи II - III Розкладу хвороб) - тяжкого загострення бронхіальної астми (астматичного статусу), загострення ХОЗЛ, що потребувало тривалої оксигенації, приймається постанова про потребу у звільненні від виконання службових обов'язків. За цією самою статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці після хірургічного втручання на органах грудної клітки, верхніх дихальних шляхів з приводу захворювань за умови неповного функціонального відновлення організму після закінчення стаціонарного лікування.	
		XI. Хвороби органів травлення (K00 - K93), їх наслідки	
97	Стаття 49	Включено: хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп K00 - K14 (порушення розвитку та прорізування зубів, ратиновані та імпактні зуби, карієс зубів, інші хвороби твердих тканин зубів, хвороби пульпи та периапікальних тканин, інші ушкодження зубів та їх опорного апарату; кісти ділянки рота; інші хвороби щелеп; хвороби слинних залоз, стоматит та пов'язані з ним ураження, хвороби губи, слизової оболонки рота та язика). Виключено: гінгівіт та хвороби пародонту K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06 (включено до статті 50), щелепно-лицьові аномалії, включаючи аномалії прикусу K07 (включено до статті 51)	
		а) відсутність 10 і більше зубів на одній щелепі або заміна їх знімним протезом, відсутність 8 кутніх зубів на одній щелепі, відсутність 4 кутніх зубів на верхній щелепі з одного боку та 4 кутніх зубів на нижній щелепі з другого боку або заміна їх знімними протезами	Придатні
		б) відсутність 4 і більше фронтальних зубів на одній щелепі або відсутність другого різця, ікла та першого малого кутнього зуба підряд за неможливості заміни їх незнімними протезами	Придатні
		в) множинний ускладнений карієс зубів	Придатні
98		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 з пломбованими кореневими каналами. Множинний неускладнений карієс є протипоказанням до виходу в море.	
99	Стаття 50	Включено: гінгівіт та хвороби пародонта K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06 а) пародонтит, пародонтоз, стоматити, гінгівіти, хейліти та інші захворювання слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз і язика	Придатні
100		Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного обстеження всієї зубощелепної системи з рентгенографією та виявленням супутніх захворювань.	
101	Стаття 51	Включено: щелепно-лицеві аномалії, включаючи аномалії прикусу K07	

		а) щелепно-лицеві аномалії (крім вроджених), включаючи аномалії прикусу із значними порушеннями дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функцій	Непридатні до військової служби		
		б) ті самі аномалії з помірними та незначними порушеннями дихальної, нюхової, ковтальної та мовної функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення	
		в) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні		
102	До пункту "а" належать: дефекти нижньої щелепи після хірургічного лікування, не заміщені трансплантатами; дефекти, деформації щелепно-лицевої ділянки, а також хронічні, що часто загострюються (більше 2 разів на рік), захворювання щелеп, слинних залоз, скронево-нижньощелепних суглобів; анкілози скронево-нижньощелепних суглобів; контрактури та несправжні суглоби нижніх щелеп за відсутності ефекту від лікування або за відмови від нього; актиномікоз щелепно-лицевої ділянки, який не піддається лікуванню. 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. В окремих випадках залежно від фактичної працездатності, умов служби, думки командування частини військовослужбовці за контрактом з набутими вадами та деформаціями щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті за пунктом "в". До пункту "в" належать аномалії прикусу, що супроводжуються роз'єднанням прикусу на 5 мм і менше, із жувальною ефективністю більше 60 % за М. Г. Агаповим. Кандидатам, які вступають до ВВНЗ з такою патологією, пропонується лікування. Огляд після лікування проводиться через 6 - 9 місяців залежно від його результатів, а також ступеня порушення дихальної, жувальної, мовної та слиновидільної функцій. У разі відмови від лікування за цим самим пунктом приймається постанова про непридатність до навчання у ВВНЗ. Щодо військовослужбовців після лікування постанова приймається за статтею 56 Розкладу хвороб. Якщо хірургічне лікування не застосовувалося, огляд проводиться за відповідними пунктами цієї статті.				
103	Стаття 52	Включено: хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (крім виразкової хвороби) K20 - K31 (езофагіт, гастрит, гастродуоденіт, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба та інші); хвороби апендикса K35 - K38; неінфекційний ентерит та коліт K50 - K52 (хвороба Крона, виразковий коліт); інші хвороби кишківника та очеревини K55 - K67 (непрохідність, паралітичний ілеус, інвагінація, дивертикулярна хвороба, синдром подразненого кишківника, запор, мегаколон, хвороби заднього проходу та прямої кишки, перитоніт, злукова хвороба та інші)			
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби		
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення	
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні		

		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
104		До пункту "а" належать: набуті стравохідно-трахеальні або стравохідно-бронхіальні нориці, які не оперовані або з незадовільним результатом лікування; рубцеві звуження або нервово-м'язові захворювання стравоходу із значними клінічними проявами, що потребують систематичного бужування, балонної дилатації або хірургічного лікування; тяжкі форми хронічних неспецифічних виразкових колітів, ентеритів (у тому числі й хвороба Крона) з вираженим занепадом живлення (ІМТ менше 18,5); злуковий процес у черевній порожнині із значним порушенням моторно-евакуаторної функції (злуковий процес повинен бути підтверджений даними рентгенологічного обстеження); наслідки резекції тонкої або товстої кишки у вигляді стійкого, значного занепаду живлення або порушення функцій; випадіння всіх шарів прямої кишки під час ходьби або переміщення тіла у вертикальне положення (ІІІ стадія); протиприродний задній прохід, кишкова або калова нориця як завершений етап хірургічного лікування; недостатність сфінктера заднього проходу 3 ступеня; хронічний парапроктит із стійкими або такими, що часто відкриваються та важко піддаються лікуванню, норицями. До пункту "б" належать: хронічні рецидивуючі неспецифічні виразкові коліти, хвороба Крона (крім тих, що зазначені в пункті "а"); Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) з виразковим езофагітом, з позастравохідними проявами, що потребує повторного тривалого стаціонарного лікування (два та більше разів на рік), з помірним порушенням функції травлення, стравохід Барретта; ГЕРХ з виразковим езофагітом та нечастими загостреннями. ГЕРХ повинна бути підтверджена ендоскопічним і/або рентгенологічним обстеженнями (обов'язково в горизонтальному положенні); дивертикул стравоходу великих розмірів (більше 2 см), що погано спорожнюється і супроводжується дисфагією та не потребує хірургічного лікування, або множинні дивертикули (> 2) стравоходу та шлунка, дивертикул з явищами дивертикуліту; дивертикулярна хвороба кишківника, часто рецидивуюча (більше 2 разів на рік); наслідки резекції тонкої або товстої кишки з незначними проявами демпінг-синдрому; злуковий процес у черевній порожнині із помірним порушенням моторно-евакуаторної функції (злуковий процес повинен бути підтверджений даними рентгенологічного обстеження); дивертикули стравоходу з клінічними проявами, що не потребують хірургічного лікування; рубцеві звуження та нервово-м'язові захворювання стравоходу при задовільних результатах консервативного лікування; хвороби стравоходу, кишківника, злукова хвороба з незначним порушенням функцій; випадіння прямої кишки при фізичному навантаженні (І - ІІ стадії); недостатність сфінктера заднього проходу 1, 2 ступенів; випадіння прямої кишки при дефекації (І стадія); недостатність сфінктера заднього проходу 1 ступеня; хронічний парапроктит із частими (два рази і більше на рік) загостреннями; хронічний парапроктит, що протікає з нечастими загостреннями без утворення зовнішньої нориці. У разі випадіння прямої кишки, наявності кишкових або калових нориць, звуження заднього проходу або недостатності його сфінктера, наявності хронічного парапроктиту військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування. Після оперативного лікування медичний огляд проводиться на підставі статті 56 Розкладу хвороб. Придатність до військової служби, до навчання у ВВНЗ визначається залежно від результатів лікування. У разі рецидиву захворювання або відмови від хірургічного лікування постановою приймається за пунктом "а" чи "б". До пункту "в" належать: ГЕРХ з ерозивним або катаральним езофагітом та нечастими загостреннями; синдром подразнення товстої кишки. До пункту "г" належать хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту без порушень функції.	
105	Стаття 53	Включено: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки K25 - K26	
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби

		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
106	Наявність виразкової хвороби обов'язково повинна бути підтверджена ендоскопічним і/або рентгенологічним обстеженнями в умовах штучної гіпотонії. При виразковій хворобі та наявності рентгенологічного підтвердження за останні 3 - 5 років експертні висновки можуть бути зроблені на підставі ендоскопічних досліджень. Для осіб, які приймаються на військову службу за контрактом (за наявності в анамнезі виразкової хвороби), наявність рентгеноскопії в умовах штучної гіпотонії обов'язкова. До пункту "а" належать: екстирпація шлунка або його субтотальна резекція; наслідки резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу з порушенням функції шлунково-кишкового тракту; наслідки стовбурової або селективної ваготомії, ушивання (висічення) перфоративної виразки з наявністю ускладнень у вигляді демпінг-синдрому, порушення живлення 2 - 3 ступенів, рецидивуючих анастомозитів, виразки анастомозу; виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнена пенетрацією, стенозом пілоробульбарної зони (затримкою контрастної речовини в шлунку більше 24 годин), що супроводжується занепадом живлення за наявності протипоказань до оперативного лікування або відмови від нього. До пункту "б" належать: виразкова хвороба з виразками, що довго не рубцюються (з локалізацією в шлунку протягом трьох місяців і більше, з локалізацією в дванадцятипалій кишці протягом двох місяців і більше); виразкова хвороба з частими (два рази і більше на рік) рецидивами виразки, що потребують тривалого стаціонарного лікування (більше двох тижнів); виразкова хвороба з гігантськими (3 см і більше в шлунку або 2 см і більше у дванадцятипалій кишці) виразками; виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з позацибулінною локалізацією виразки; виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки з множинними (дві та більше) виразками за останні 5 років; виразкова хвороба, ускладнена кровотечею з розвитком постгеморагічної анемії (лікована консервативно) або перфорацією (протягом 5 років після зазначених ускладнень); виразкова хвороба, ускладнена грубою рубцевою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки при помірних порушеннях евакуаторно-моторної функції. Грубою деформацією дванадцятипалої кишки вважається деформація, яка виявляється при повноцінній виконаній дуоденографії в умовах штучної гіпотонії, що супроводжується сповільненою евакуацією (затримка контрастної речовини в шлунку більше 2 годин); наслідки стовбурової або селективної ваготомії, резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу без ускладнень. За графами I - III Розкладу хвороб особи з виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки за наявності незначної деформації цибулини дванадцятипалої кишки з нечастими (раз на рік і рідше) загостреннями, без порушення функції травлення, оглядаються за пунктом "в". За цим самим пунктом оглядаються особи за графами II - III Розкладу хвороб: з виразковою хворобою, яка ускладнена кровотечею (лікованою консервативно), перфорацією, а також множинними виразками за умови стійкої ремісії більше п'яти років; з виразковою хворобою, яка була ускладнена кровотечею без розвитку постгеморагічної анемії. У фазі ремісії захворювання достовірною ознакою перенесеної виразки цибулини дванадцятипалої кишки є післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні і / 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 і дванадцятипалої кишки висновок виноситься за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від тяжкості перебігу основного захворювання. При ускладнених симптоматичних виразках, крім статей основного захворювання, враховуються пункти "а", "б" чи "в" цієї статті залежно від порушень функцій.			

		Включено: хвороби печінки K70 - K77 (алкогольна хвороба печінки, токсичне ураження печінки, печінкова недостатність; хронічні гепатити, фіброз та цироз); хвороби жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози K80 - K87 (холецистит, холангіт, панкреатит тощо)		
107	Стаття 54	а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій і частими загостреннями	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
108	Стандартом діагностики цирозу печінки є гістологічне дослідження біоптатів печінки, отриманих при черезшкірній чи лапароскопічній біопсії. При технічних труднощах або відмові пацієнта від проведення дослідження діагноз цирозу печінки може бути підтверджений типовою клінічною картиною, характерною для цього захворювання: наявність портальної гіпертензії, зміни архітекτονіки органу, набряково-асцитичного синдрому, порушення білково-синтетичної функції, цитолітичного синдрому, синдрому холестазу, гепаторенального та гепатолієнального синдромів. Обов'язковим є дослідження крові на альфа-фетопротеїн для виключення розвитку гепатоцелюлярного раку. До пункту "а" належать: цироз печінки (клас "А", "В", "С" за Чайлдом-П'ю); хронічні гепатити (крім вірусних), що мають тяжкий перебіг, важко лікуються або не піддаються лікуванню, при яких зберігаються стійкі (більше 3 місяців) та значно виражені порушення функцій печінки (значна цитолітична активність з підвищенням показників трансаміназ > 10 разів), жовтяниця, стійке порушення білковосинтетичної функції, коагулопатія, печінкова енцефалопатія); хронічні рецидивуючі панкреатити з тяжким перебігом (значною токсемією, розвитком панкреанекрозу, механічною жовтяницею), що потребують хірургічного лікування, із значним порушенням функції підшлункової залози, занепадом харчування, значною втратою ваги (ІМТ менше 19), інсулінозалежним панкреатогенним цукровим діабетом; стан після резекції долі печінки (гемігепатектомії); післяхолецистектомічний синдром, що супроводжується рецидивуючим холедохолітіазом, стриктурами зовнішніх та внутрішньопечінкових протоків, рецидивуючим холангітом, жовтяницями, частими загостреннями хронічного панкреатиту з важким перебігом та порушенням функцій; наслідки резекції підшлункової залози з накладанням панкреатодигестивних анастомозів, накладанням білідигестивних анастомозів, ускладнення після хірургічного лікування (жовчні, панкреатичні нориці). До пункту "б" належать: хронічні гепатити (крім вірусних) з частими загостреннями (більше 2 разів на рік) з помірним порушенням функцій (помірною активністю з підвищенням показників трансаміназ у 5 - 10 разів), минулою гострою печінковою недостатністю, жовтяницею) при задовільних результатах лікування при контрольному обстеженні в терміни до 3 місяців; наслідки лікування панкреатиту з виходом у псевдокісту підшлункової залози; стан після сегментарної або атипової резекції печінки; жовчокам'яна хвороба, холестероз жовчного міхура, що супроводжуються частими загостреннями (більше 2 разів на рік) хронічного холециститу, холангіту та панкреатиту, при відмові від хірургічного лікування. До пункту "в" належать: хронічні гепатити (крім вірусних) з незначним порушенням функцій та (або) мінімальною активністю (при підвищенні рівня АЛТ до 5 разів); відсутність жовчного міхура без проявів післяхолецистектомічного синдрому протягом 12 місяців після оперативного лікування; хронічні безкам'яні холециститу та холангіти з частими (два та більше на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування; хронічні панкреатити з частими (два та більше на рік) загостреннями з незначним порушенням секреторної та інкреторної функції; безсимптомний перебіг хронічних холециститів з наявністю холестеринових поліпів або конкрементів жовчного міхура; дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічні панкреатити, холециститу з рідкими загостреннями (менше двох разів на рік), що не потребують стаціонарного лікування при хороших результатах лікування.			

109	Стаття 55	Включено: грижа К40 - К46 (пахова, стегова, пупкова, черевної стінки, діафрагмальна, інші та не уточнені грижі черевної порожнини)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними та незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
110	За наявності грижі особам, які оглядаються за графами I - III Розкладу хвороб, пропонується хірургічне лікування. Після успішного лікування вони придатні до військової служби та до навчання у ВВНЗ. Підставою для застосування цієї статті є незадовільні результати хірургічного лікування (рецидив захворювання), відмова від хірургічного лікування та протипоказання для його проведення. До пункту "а" належать: повторно рецидивуючі, великих розмірів зовнішні грижі, які потребують ручного вправлення, горизонтального положення тіла або порушують функції внутрішніх органів; діафрагмальні грижі (у тому числі набута релаксація діафрагми), які порушують функції внутрішніх органів; множинні грижі, вентральні грижі, що не вправляються. До пункту "б" належать: грижа стравохідного отвору діафрагми, що не супроводжується порушеннями, зазначеними в пункті "а"; одноразовий рецидив грижі після хірургічного лікування та відмови від повторного лікування; рецидивуючі зовнішні грижі помірних розмірів, які з'являються у вертикальному положенні тіла при фізичному навантаженні, кашлі; вентральні грижі, які потребують носіння бандажа. Невелика (у межах фізіологічного кільця) пупкова грижа, передочеревинний жировик білої лінії живота, а також розширення пахових кілець без грижового випинання не дають підстав для застосування цієї статті та не перешкоджають проходженню військової служби та навчанню у ВВНЗ. Наслідки та стани після оперативного лікування грижі у вигляді больового синдрому без ознак рецидиву не дають підстав для застосування цієї статті та не перешкоджають проходженню військової служби. За наслідками та станами після оперативного лікування грижі з резекцією кишківника медичний огляд за графами I - III Розкладу хвороб проводиться з урахуванням ступеня порушення функцій кишківника за пунктами "а", "б" чи "в" відповідних статей Розкладу хвороб.			
	Стаття 56	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб органів травлення, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
112	Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань органів травлення та їх хірургічного лікування. Кандидати на військову службу, навчання визнаються тимчасово непридатними до військової служби протягом року з подальшим оглядом залежно від результатів лікування. Військовослужбовцям виносяться рішення про звільнення від виконання обов'язків військової служби або потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою. Відпустка надається у випадках, коли для відновлення працездатності необхідний строк не менше одного місяця.			
XII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00 - L99), їх наслідки				
113	Стаття 57	Включено: інфекційні хвороби шкіри та підшкірної клітковини L00 - L08 (імпетиго, абсцес, фурункул та карбункул, флегмона всіх локалізацій, гострий лімфаденіт, пілонідальна (куприкова) кіста; бульозні порушення L10 - L14 (усі види пухирчатки, пемфігоїд, інші бульозні порушення); дерматит та екзема L20 - L30 (дерматит себорейний, atopічний, пелюшковий, алергічний, контактний, ексфолюативний, простий хронічний лишай та свербіж, свербіж); папулосквамозні порушення L40 - L45 (псоріаз, парапсоріаз, пітіріаз рожевий, плоский червоний лишай)		
		а) дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з поширеною ліхеніфікацією шкірного покриву, пухирчатка звичайна, герпетиформний дерматит, поширений	Непридатні до військової служби	

		безперервно рецидивуючий бляшковий псоріаз, універсальний псоріаз (псоріатична еритродермія)		
		б) поширений псоріаз, часто рецидивуючі форми обмеженої та поширеної екземи, дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з обмеженою ліхеніфікацією шкірного покриву, дискоїдний червоний вовчак, фотодерматити, вульгарний іхтіоз, рецидивуюча багатоформна еритема	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) обмежені, рідко рецидивуючі форми екземи, обмежені форми псоріазу, нейродерміту; червоний плоский лишай	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
114	Поширені форми хвороб шкіри та підшкірної клітковини характеризуються висипаннями на значній поверхні шкірного покриву з ураженням двох та більше анатомічних областей. Під обмеженими формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини розуміють поодинокі осередки ураження будь-якої локалізації, що займають невелику площу однієї з анатомічних областей (стопа, гомілка, кисть, голова тощо). Часто рецидивуючими формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини вважаються такі форми, за яких загострення виникають два та більше разів на рік. Безперервно рецидивуючими формами вважаються форми з неповним клінічним одужанням після проведеного курсу лікування; загострення спостерігається в строк до одного місяця після виписки із стаціонару. Віднесений до пункту "а" поширений безперервно рецидивуючий дифузний бляшковий псоріаз передбачає дуже тяжку форму захворювання (ураження понад 70 % шкірного покриву) або тяжку форму захворювання (ураження понад 50 % шкірного покриву) з ураженням шкіри в паховій ділянці, промежині, геніталіях або долонь і підшов з утворенням тріщин. До пункту "б" належать також обмежені, але великі бляшки псоріазу на голові, відкритих ділянках шкіри, а на обличчі - будь-якої величини. Великою слід вважати бляшку псоріазу розміром з долоню хворого та більше.			
115	Стаття 58	Включено: кропивниця та еритема L50 - L54 (кропивниця, багатоформна та вузлувата еритема); хвороби шкіри і підшкірної клітковини, пов'язані з дією випромінювання (ультрафіолетове та неіонізуюче, сонячний опік), хвороби придатків шкіри L60 - L75 (хвороби нігтів, алопеція, аномалія кольору волосся, гіпертрихоз, вугрі, розацеа, фолікулярні кісти шкіри, хвороби мерокринних, апокринних потових залоз); інші хвороби шкіри та підшкірної клітковини L80 - L99 (вітиліго, себорейний кератоз, чорний акантоз, мозолі та оmozоліlostі, піодермія гангренозна, декубітальна виразка, атрофічні, гіпертрофічні та гранулематозні зміни шкіри, дискоїдний червоний вовчак, васкуліт, обмежений шкірою)		
		а) усі форми гніздового облісіння та вітиліго; обмежена склеродермія; себорея, ускладнена абсцедувальними вуграми, хронічна кропивниця, рецидивуючий набряк Квінке	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
116	Під поширеною формою гніздового облісіння розуміють наявність трьох та більше вогнищ облісіння, де площа кожного з вогнищ не менше 2 см². 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. До пункту "а" належать вогнища вітиліго на відкритих ділянках тіла, які спричинюють значний косметичний дефект. Різновидність обмеженої склеродермії - "хвороба білих плям" та неускладнена себорея - не є перешкодою для проходження військової служби, для навчання у ВВНЗ.			
117	Стаття 59	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб шкіри та підшкірної	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	

		клітковини, хірургічного лікування (фурункул, фурункульоз, карбункул, флегмона, абсцес, імпетиго, ектима, гостра екзема, дерматити, пітіріаз рожевий, багатомформна еритема, параспоріаз)	
118	Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб шкіри, підшкірної клітковини та стани після хірургічних втручань з приводу гнійних хвороб шкіри, коли після завершення стаціонарного лікування придатність до військової служби не обмежується і для повного відновлення функцій та працездатності необхідний строк не менше одного місяця. Після проведеної відпустки для лікування у зв'язку з хворобою медичний огляд проводиться залежно від результатів лікування з обов'язковим урахуванням можливості носіння військового одягу, взуття або спорядження за відповідними статтями Розкладу хвороб.		
	XIII. Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (M00 - M99), їх наслідки		
		Включено: інфекційні артропатії M00 - M15 (піогенні артрити, реактивні артропатії, хвороба Рейтера); запальні поліартропатії M05 - M15 (серопозитивний та серонегативний ревматоїдний артрит, синдром Фелті, ревматоїдний васкуліт, хвороба Стілла, ревматоїдний бурсит, псоріатичні та ентеропатичні артропатії, ювенільний артрит, подагра, кристалічні артропатії); системні хвороби сполучної тканини M30 - M36 (поліартеріт вузликів та споріднені стани, некротизуючі васкулопатії, гранулематоз Вегенера, синдром Такаюсу, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, системний склероз, сухий синдром Шегрена, хвороба Бехчета, дифузний еозинофільний фасцит тощо); анкілозуючий спондилоартрит M45	
119	Стаття 60	а) із значними порушеннями функцій, стійкими і значними змінами	Непридатні до військової служби
		б) з помірними порушеннями функцій та частими загостреннями	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони
		в) з незначними порушеннями функцій та нечастими загостреннями	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
120	До пункту "а" належать системні захворювання сполучної тканини, що характеризуються поліморфною картиною ураження (системний червоний вовчак, системна склеродермія, дерматомиозит, системні васкуліти, змішане захворювання сполучної тканини та інші) незалежно від вираженості змін з боку органів та систем, частоти загострень та ступеня функціональних порушень. До цього пункту також належать ревматоїдний (у тому числі ювенільний), псоріатичний, подагричний артрит, спондилоартрит, анкілозуючий спондиліт з вираженими змінами в суглобах та хребті за даними рентгенографії (III стадія та вище), із значними порушеннями функцій опорно-рухового апарату (великих суглобів відповідно до статті 61 та хребта відповідно до статті 64) та збереженням значних клініко-лабораторних змін (ШОЕ більше 25 мм/год, СРБ більше ніж у 2 рази вище норми тощо) або збереженням високої активності процесу, незважаючи на лікування відповідно до діючих рекомендацій, або ураженням інших органів та систем (системні форми з ураженням серця, судин, легень, нервової системи, нирок, очей). До пункту "б" належать повільно прогресуючі форми запальних захворювань суглобів та хребта з помірно вираженими ексудативно-проліферативними змінами та помірними порушеннями функцій опорно-рухового апарату (великих суглобів відповідно до статті 61 та хребта відповідно до статті 64) за відсутності системних проявів. До цього ж пункту належать васкуліти без ураження життєво важливих органів та систем (серця, великих судин, легень, центральної нервової системи, нирок, очей). До пункту "в" належать хронічні захворювання суглобів і хребта з нечастими (один раз на рік та рідше) загостреннями та незначними порушеннями функцій. За цим пунктом також проводиться огляд кандидатів на військову службу із затяжним перебігом гострих запальних артропатій при збереженні незначних клініко-лабораторних ознак активності процесу (ШОЕ не більше 25 мм/год, СРБ не більше ніж у 2 рази вище норми).		

Хронічні форми реактивних артритів за відсутності загострення захворювання більше 3 років та без порушення функцій суглобів не є підставою для застосування цієї статті. Після гострих запальних захворювань суглобів огляд проводиться на підставі статті 65 Розкладу хвороб.			
Стаття 61	Включено: артрози та інші ураження суглобів M15 - M19, M22 - M25 (поліартроз, коксартроз, гонартроз, інші артрози, ураження надколінка, внутрішньосуглобові ураження коліна та інших суглобів); хвороби м'яких тканин M60 - M79 (хвороби та ураження м'язів, синовіальної оболонки та сухожилків, бурсопатії, ентезопатії, ураження плеча); остеопатії і хондропатії M80 - M94 (остеопороз кісток з патологічним або без патологічного перелому, остеомалія в дорослих, уповільнене зрощення перелому, стресові переломи, фіброзна дисплазія кісток, остеомієліт, остеонекроз, хвороба Педжета, юнацькі остеохондрози кісток (крім хребта), інші остеохондропатії та ураження хряща). Виключено: фібробластичні порушення M72 (включено до статті 62)		
	а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	

При прийнятті постанови про ступінь придатності до військової служби у разі захворювань кісток та суглобів слід враховувати схильність захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії, результати лікування. Постанова про ступінь придатності до військової служби приймається за пунктами "а", "б" чи "в" залежно від ступеня порушень функцій на момент медичного огляду.

До пункту "а" належать:

кістковий або фіброзний анкілоз великого суглоба в хибному положенні;

патологічна рухливість або стійка контрактура суглоба із значним обмеженням обсягу рухів;

асептичний некроз головки стегнової кістки або інших кісток, що утворюють великі суглоби, II - IV стадії;

стани після тотального ендопротезування великих суглобів (особи, що оглядаються за графою III Розкладу хвороб, при задовільних результатах протезування оглядаються за пунктом "б");

деформуючий артроз в одному з великих суглобів III - IV стадії із значним порушенням функції суглоба та значними рентгенологічними змінами (наявність грубих кісткових розростань суглобових країв не менше 2 мм, руйнування суглобового хряща - ширина суглобової щілини менше 2 мм) із частими (2 та більше разів на рік) рецидивами загострень із стаціонарним лікуванням, з больовим синдромом та деформацією осі кінцівки;

дефект кісток більше 1 см з нестабільністю кінцівки при незадовільних результатах лікування;

псевдоартроз стегнової та великогомілкової кісток;

остеомієліт за наявності секвестрів, секвестральних порожнин, нориць, які довго не загоюються або часто (2 та більше разів на рік) відкриваються.

При анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або за належної компенсації придатність до військової служби осіб, що оглядаються за графами II, III Розкладу хвороб, визначається за пунктом "б".

До пункту "б" належать:

деформуючий артроз в одному з великих суглобів II - III стадії з помірним порушенням функції суглоба та помірними рентгенологічними змінами (ширина суглобової щілини на рентгенограмі - 2 - 4 мм), з больовим синдромом, нечастими рецидивами загострень та задовільним результатом стаціонарного лікування;

асептичний некроз головки стегнової кістки або інших кісток, що утворюють великі суглоби, 0 - I стадії з нечастими рецидивами загострень та задовільним результатом стаціонарного лікування;

стани після часткового (одновиросткового) ендопротезування або артропластики великих суглобів;

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

стійкі контрактури одного з великих суглобів з помірним обмеженням обсягу рухів;
звичні (3 та більше разів на рік) вивихи великих суглобів, які виникають при незначних фізичних навантаженнях, з вираженою нестійкістю (розхитаністю) або рецидивуючим синовітом суглоба та супроводжуються помірною гіпотрофією м'язів кінцівки.
До пункту "в" належать:
деформуючий артроз в одному з великих суглобів І стадії;
остеомиеліт з нечастими (раз на 2 - 3 роки) загостреннями за відсутності секвестрів та секвестральних порожнин;
стійкі контрактури в одному з великих суглобів з незначним обмеженням обсягу рухів;
стресові переломи кісток, їх патологічна перебудова після завершення стаціонарного лікування (у тому числі з наявністю металоконструкцій після оперативного лікування) або гіперостози, які перешкоджають руху кінцівки або носінню стандартного взуття, військової форми одягу, спорядження, з больовим синдромом;
звичні (менше 3 разів на рік) вивихи великих суглобів;
нестійкість і рецидивуючий синовіт великих суглобів при помірних фізичних навантаженнях;
остеохондропатії з незакінченим процесом.
Остеомиелітичний процес вважається закінченим у разі відсутності загострення, секвестральних порожнин та секвестрів протягом 3 та більше років.
Повторність вивиху великого суглоба повинна бути засвідчена медичним документом закладу охорони здоров'я (установи), рентгенограмами суглоба до та після усунення вивиху.
Нестабільність суглоба, яка виникла внаслідок пошкодження зв'язок і капсули, повинна підтверджуватися клінічно, рентгенологічно або МРТ.
З приводу нестабільності великих суглобів пропонується хірургічне лікування. Після успішного хірургічного лікування стосовно військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою за статтею 65 з подальшим оглядом ВЛК. Огляд осіб за графою І після хірургічного лікування на великих суглобах або при відмові від нього проводиться за пунктами "а", "б" чи "в" цієї статті.
За наявності хибних суглобів військовослужбовці підлягають лікуванню із застосуванням сучасних методів остеосинтезу. При кістозному переродженні, стресових переломах, патологічній перебудові кісток, відсікаючому остеохондрозі у великому суглобі пропонується оперативне лікування. При відмові від оперативного лікування або його незадовільних результатах приймається постанова про придатність або непридатність до військової служби залежно від ступеня порушення функцій кінцівки або суглоба. Оглянуті за графами II - III Розкладу хвороб із захворюванням Осгуд-Шляттера без порушень функцій суглобів визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

Таблиця 14

Оцінка обсягу рухів у суглобах (у градусах)					
Суглоб	Рух	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

123	Стаття 62	Включено: набуті деформації та дефекти пальців кисті та стопи S60 - 69, S90 - 99, набуті деформації кінцівок T11, T13, T92, T93, набута плоскостопість M20 - M21; фібробластичні порушення M72		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
124	Передбачає набуті вкорочення кінцівок, у тому числі внаслідок кутових деформацій кісток після неправильно зрощених переломів, а також набуті фіксовані деформації і дефекти стоп та кистей. Оцінюючи придатність до військової служби військовослужбовців з порожнистою стопою, слід мати на увазі, що стопи з підвищеними поздовжніми склепіннями часто є варіантом норми. Порожнистою стопою вважається така деформація, яка супроводжується супінацією заднього та пронацією переднього відділу за наявності високого внутрішнього та зовнішнього склепіння (так звана різко скручена стопа), передній відділ стопи розпластаний, широкий та дещо приведений, з натоптишами під головками середніх плеснових кісток. Плоска стопа без клінічних проявів є варіантом норми. При плоскостопості сплюснення склепіння часто не викликає ніяких суб'єктивних розладів, тому не може бути підставою для застосування цієї статті. Ця стаття передбачає фіксовану плоскостопість, яка виникає в результаті декомпенсації вальгусної стопи або внаслідок дитячої та юнацької плоскостопості, яка з чисто м'язової форми перейшла у зв'язково-суглобову фіксовану деформацію. До пункту "а" належать: відсутність обох кистей на рівні кистьових суглобів (кистьовий суглоб - це комплекс суглобів, який з'єднує кисть із передпліччям та містить променево-зап'ястний, зап'ястний, міжзап'ястний, зап'ястно-п'ястний та міжп'ястний суглоби, а також дистальний променево-ліктьовий суглоб) або на рівні всіх п'ястних кісток, або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей; відсутність: у правшій або лівшій - кисті на рівні кистьового суглоба або на рівні всіх п'ястних кісток або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на одній кисті; трьох пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей; першого пальця на рівні п'ястно-фалангового суглоба та другого - п'ятого пальців - на рівні дистальних кінців середніх фаланг на кожній із кистей; другого - п'ятого пальців - на рівні дистальних кінців основних фаланг на кожній із кистей; перших та других пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей (огляд військовослужбовців за графами II - III Розкладу хвороб у цих випадках проводиться за пунктом "б"); кінська, п'ятова, варусна, порожниста стопа та інші необоротні різко виражені викривлення стоп, що роблять неможливим користування стандартним			

взуттям;

вкорочення (у тому числі відносно) верхньої кінцівки більше ніж на 8 см або нижньої кінцівки - більше ніж на 5 см (огляд військовослужбовців за графами II - III Розкладу хвороб у цих випадках проводиться за пунктом "б").

До пункту "б" належать:

дефекти та деформації однієї кисті або пальців однієї кисті: відсутність кисті на рівні кистьового суглоба або на рівні всіх п'ястних кісток або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів;

застарілі вивихи трьох та більше п'ястних кісток;

дефекти трьох та більше п'ястних кісток;

руйнування та дефекти трьох і більше п'ястно-фалангових суглобів;

застарілі пошкодження або дефекти сухожилків згиначів трьох або більше пальців проксимальніше рівня п'ястних кісток;

сукупність застарілих пошкоджень трьох та більше пальців, які призводять до значних трофічних, неврологічних порушень та стійкої контрактури;

відсутність: перших пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній з кистей; трьох пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на кожній з кистей; другого - п'ятого пальців на рівні дистальних міжфалангових суглобів на кожній з кистей (огляд військовослужбовців за графами II - III Розкладу хвороб у цих випадках проводиться за пунктом "в");

плоскостопість 3 ступеня;

відсутність переднього та середнього відділів стопи до рівня суглоба Шопара;

відсутність, зведення або нерухливість усіх пальців на рівні основних фаланг на обох стопах з їх кігтистою або молоточкоподібною деформацією;

посттравматична деформація кісток стопи (у тому числі п'яткової кістки із зменшенням кута Беллера більше 10°) з артрозом у суглобах передплесни.

До пункту "в" належать:

дефекти та деформації кисті внаслідок застарілих вивихів двох п'ястних кісток, дефекти або псевдоартрози двох п'ястних кісток або хронічний остеомієліт трьох та більше п'ястних кісток на одній кисті;

остеомієліт кісток кистьового суглоба;

руйнування або дефекти двох п'ястно-фалангових суглобів на одній кисті;

застарілі переломовивихи, остеохондропатії кісток кистьового суглоба, синдром карпального або латерального каналу (при відмові від оперативного лікування);

застарілі пошкодження сухожилків згиначів двох пальців на рівні п'ястних кісток та сухожилка довгого згинача першого пальця на одній кисті;

сукупність пошкоджень структур кисті, кистьового суглоба та пальців, що супроводжуються трофічними, неврологічними розладами та незначними порушеннями функцій кисті;

відсутність: трьох пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на одній кисті; відсутність першого пальця та другого - п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; другого пальця на рівні п'ястно-фалангового суглоба та третього - п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; другого - п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; першого або другого пальця в правшій або лівшій;

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

плоскостопість 2 ступеня за наявності остеоартрозу в суглобах стопи;

відсутність, зведення або нерухливість першого або двох пальців на одній стопі;

відсутність усіх пальців на рівні основних фаланг на одній стопі;

відсутність усіх пальців на рівні середніх фаланг на обох стопах;

посттравматична деформація кісток стопи (у тому числі п'яткової кістки із зменшенням кута Беллера до 10°) з артрозом у суглобах передплесни;

укорочення (у тому числі відносно) верхньої кінцівки від 2 см до 5 см включно або нижньої кінцівки до 2 см.

До пункту "г" належать:

пошкодження структур кисті та пальців, які не зазначені в пунктах "а", "б" чи "в";

укорочення верхньої кінцівки до 2 см;

плоскостопість 1 та 2 ступенів без явищ артрозу в суглобах стопи.

За наявності поздовжньої плоскостопості на кожній із стоп різних ступенів постановою приймається за плоскостопістю більшого ступеня.

Плоскостопість 1-2 ступенів без явищ остеоартрозу не є перешкодою для проходження військової служби та навчання у ВВНЗ.

За відсутність першого пальця кисті слід вважати відсутність дистальної фаланги. За відсутність другого - п'ятого пальців кисті слід вважати відсутність

дистальної та середньої фаланг. За відсутність фаланги кисті слід вважати відсутність 2/3 фаланги. Пошкодження або захворювання кісток, сухожилків або нервів пальців кисті, що призвели до розвитку стійких контрактур у функціонально невідгідному положенні, прирівнюються до відсутності пальців. За відсутність пальця на стопі вважається відсутність його на рівні плесно-фалангового суглоба, а також повне зведення або нерухливість. У разі деформацій першого пальця стопи, що супроводжуються поперечною плоскостопістю та іншими деформаціями стопи, які затрудняють носіння стандартного взуття, огляд проводиться за пунктом "б" чи "в" залежно від ступеня порушень функцій. За наявності фібробластичних порушень (долонний або підошовний фасціальний фіброматоз) особам, що оглядаються, пропонується оперативне лікування; у разі відмови або при незадовільних результатах оперативного лікування огляд проводиться за пунктом "б" чи "в" залежно від ступеня порушень функцій кисті. Ступінь плоскостопості оцінюється за рентгенограмами стоп, виконаними в стоячому положенні у 2 проєкціях.

Таблиця 15

Оцінка ступеня поздовжньої плоскостопості		
Ступінь плоскостопості	Кут поздовжнього склепіння (у градусах)	Висота склепіння (у мм)
1	2	3
Норма	125 - 130	39
1 ступінь	135 - 140	35 - 25
2 ступінь	141 - 155	24 - 17
3 ступінь	> 155	< 17

125	Стаття 63	Включено: відсутність кінцівки внаслідок її ампутації S47, S48, S57, S58, S77, S78, S87, S88, T04, T05, T92.6, T93.6, Z89		
		а) ампутаційна кукса верхньої кінцівки з рівня кистьового суглоба і вище; ампутаційна кукса нижньої кінцівки з рівня суглоба Шопара і вище	Непридатні до військової служби	
126	За наявності ампутаційних кукс кінцівок на будь-якому рівні після злоякісних новоутворень або захворювань судин (ендартеріїт, атеросклероз тощо) постанова приймається, зокрема, за статтями Розкладу хвороб, які передбачають основне захворювання. За наявності ампутаційної кукси на будь-якому рівні верхньої та/або нижньої кінцівок огляд проводиться за цією статтею, крім випадків, що передбачені статтею 62.			
127	Стаття 64	Включено: хвороби хребта (дорсопатії) та їх наслідки M40 - M54 (кіфоз і лордоз, сколіоз, остеохондроз хребта, спондилоліз, спондилолістез, ураження міжхребцевих дисків, інші дорсопатії). Виключено: анкілозуючий спондилоартрит M45 (включено до статті 60)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
128	До пункту "а" належать: інфекційний спондиліт з частими (два та більше разів на рік) загостреннями, значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності; спондилолізний спондилолістез 3 - 4 ступенів (зміщення більше ніж на половину поперечного діаметра тіла хребця) з постійно вираженим больовим синдромом; деформуючий спондилоз та міжхребцевий остеохондроз шийного відділу хребта, що супроводжуються функціональною нестабільністю II - III стадій (зміщення тіл хребців більше 3 мм під час функціональних проб), стійким больовим синдромом, неврологічною симптоматикою та вираженою вертебробазиллярною недостатністю після тривалого (не менше 3 місяців) стаціонарного лікування без стійкого клінічного ефекту; деформуючий спондилоз і міжхребцевий остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, що супроводжуються глибокими пара- та тетрапарезами з порушеннями функцій сфінктерів, із синдромом бокового аміотрофічного склерозу, а також поліомієлітичним, каудальним, судинним, компресійним, вираженим больовим синдромом та статокординаторними порушеннями після тривалого (не менше 3 місяців) стаціонарного лікування без стійкого клінічного ефекту; фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози 4 ступеня) з різкою деформацією грудної клітки (реберний горб та інше) та значним порушенням функції зовнішнього дихання 3 ступеня за рестриктивним типом; суміжна часткова або корпорекомія за наявності будь-якого виду фіксації; нестабільний спондилолістез (зміщення більше 1/3 поперечного діаметра тіла хребця) з неврологічною симптоматикою. У шийному відділі хребта: окципітоспондилодез; при диссектоміях з міжтіловим корпорозом на двох і більше рівнях; трансартікулярний спондилодез гвинтами (більше 4 гвинтів); лямінектомії 3 дужок і більше. У грудному відділі хребта: транспедикулярний спондилодез гвинтами (більше 6 гвинтів). У поперековому відділі хребта: міжтіловий корпороз кейджем у поєднанні з транспедикулярним метало-спондилодезом на двох рівнях або транспедикулярний спондилодез 6 гвинтами та більше з міжтіловим корпорозом та без нього. При диссектоміях з міжтіловим корпорозом кейджами на двох і більше рівнях - застосовувати пункт "а", при стабілізації одного рівня - пункт "б". До пункту "б" належать: остеохондропатії хребта (кіфози, структурні та неструктурні сколіози 3 ступеня) з помірною деформацією грудної клітки та порушенням функції зовнішнього дихання 2 ступеня за рестриктивним типом; інфекційний спондиліт з нечастими загостреннями (1 раз на рік та рідше); поширений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців у кожному з відділів хребта) деформуючий спондилоз 2 ступеня та міжхребцевий остеохондроз з множинними масивними ключоподібними розростаннями в ділянці міжхребцевих сполучень та полірадікулярним синдромом без стійкого клінічного ефекту після повторних (два та більше разів на рік) стаціонарних лікувань; спондилолізний спондилолістез 2 ступеня (зміщення на половину поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом; стан після видалення міжхребцевого диска (для обстежуваних за графою I Розкладу хвороб). У шийному відділі хребта: міжтіловий корпороз кейджем на одному рівні або трансартікулярний спондилодез 4 гвинтами; лямінектомії 1 - 2 дужок. У грудному відділі хребта: транспедикулярний спондилодез гвинтами (4 - 6 гвинтів). У поперековому відділі хребта: міжтіловий корпороз кейджем (1 рівень) або транспедикулярний спондилодез 4 гвинтами.	

До пункту "в" належать:
фіксовані викривлення хребта, які супроводжуються ротацією хребців (сколіоз 2 ступеня, остеохондропатичний кіфоз з клиноподібною деформацією трьох та більше хребців зі зниженням висоти передньої поверхні тіла хребця на 3 мм і більше);
обмежений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців в одному або двох відділах хребта) деформуючий спондильоз та міжхребцевий остеохондроз з больовим синдромом;
спондилолізний спондилолістез 1 ступеня (зміщення на 1/4 поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом.
Ознаками клінічного прояву остеохондрозу є порушення статичної функції ураженого відділу хребта - випрямлення шийного (поперекового) лордозу або утворення кіфозу, поєднання локальних лордозу та кіфозу замість рівномірного лордозу. Больовий синдром повинен бути підтверджений неодноразовими зверненнями по медичну допомогу та лікуванням.
Для незначного порушення функції хребта характерні рухові та чутливі порушення, які проявляються неповною втратою чутливості в зоні одного невроміра, втратою або зниженням сухожилкового рефлексу, зниженням м'язової сили окремих м'язів кінцівки при загальній компенсації її функції.
До пункту "г" належать:
нефіксовані викривлення хребта не більше 10° та остеохондропатичний кіфоз (кінцева стадія захворювання);
ізолювані явища (ураження не більше двох міжхребцевих дисків або тіл хребців в одному або двох відділах хребта) деформуючого спондильозу або міжхребцевого остеохондрозу (у тому числі поодинокі грижі Шморля та протрузії міжхребцевих дисків) без порушень функцій.
Характер патологічних змін хребта повинен бути підтверджений багатоосьовими навантажувальними, функціональними рентгенологічними, а за необхідності - іншими сучасними (КТ, МРТ) обстеженнями. Ступінь сколіозу визначається за рентгенограмами, виконаними у вертикальному та в горизонтальному положеннях, на підставі виміру кутів сколіозу (за методикою Ліппмана - Коба): 1 ступінь - 1 - 10°, 2 ступінь - 11 - 25°, 3 ступінь - 26 - 50°, 4 ступінь - більше 50° (за В. Д. Чакліним).

Таблиця 16

Оцінка обсягу рухів хребта					
Відстань	Рух	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Від бугорка потиличної кістки до остистого відростка VII шийного хребця	Нахил голови вперед	3 - 4 см	2,5 см	2 см	< 2 см
	Відкидання голови назад	8 - 10 см	6 - 7 см	4 - 5 см	3 та менше 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	6 - 7 см	4 - 5 см	2 - 3 см	< 2 см
	Прогинання назад	5 - 6 см	3 - 4 см	2 - 2,5 см	< 2 см
	Повороти в поперековому та грудному відділах хребта	25 - 30°	19 - 24°	15 - 18°	10 - 14°

129	Стаття 65	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
130	У разі відсутності ознак запалення протягом 6 місяців (на воєнний час - через 3 місяці) після перенесеної гострої хвороби громадяни визнаються придатними до військової служби та навчання у ВВНЗ. Постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою приймається у випадках, коли після завершення лікування після гострих та загострення хронічних захворювань кістково-м'язової системи зберігається функціональна недостатність суглобів, а для відновлення функції потрібний		

строк не менше одного місяця. За цією статтею приймається постанова про потребу військовослужбовців у звільненні від виконання службових обов'язків або у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою при тимчасових обмеженнях рухів опорно-рухового апарату після операцій на кістках, суглобах, м'язах, сухожилках з приводу їх захворювань, ендопротезувань великих суглобів (за винятком оперативного лікування пухлин та травм).

XIV. Хвороби сечостатевої системи (N 00 - N 99), їх наслідки

131	Стаття 66	Включено: гломерулярні та тубулоінтерстиціальні хвороби нирок N 00 - N 19 (нефротичний синдром, хронічний інтерстиціальний нефрит, гострий пієліт, пієлонефрит, тубулоінтерстиціальний нефрит, хронічний первинний пієлонефрит, нефропатії, ниркова недостатність)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

132 Громадяни, які призиваються на військову службу (приймаються на військову службу за контрактом), вступають у ВВНЗ, та військовослужбовці, у яких виявлено ознаки захворювання нирок, підлягають стаціонарному обстеженню.
З метою своєчасного встановлення діагнозу, надання медичної допомоги, початку проведення замісної ниркової терапії та проведення військово-лікарської експертизи доцільно застосовувати поняття "хронічна хвороба нирок" (ХХН).

Таблиця 17

Критерії визначення ХХН (зниження швидкості клубочкової фільтрації < 60 мл/хв / 1,73 м ² та один із наступних, за їх наявності понад 3 місяці)	
Маркери ураження нирок (один або більше)	Альбумінурія (співвідношення альбумін / креатинін ≥ 30 мг/г (≥ 3 мг/ммоль) Зміни осаду сечі Електролітні та інші порушення, зумовлені тубулярними розладами Гістологічно підтверджені аномалії Структурні аномалії, виявлені методами візуалізації Наявність трансплантованої нирки
Зниження швидкості клубочкової фільтрації	< 60 мл/хв. / 1,73 м ²

Примітка. Зниження швидкості клубочкової фільтрації < 60 мл/хв / 1,73 м² без наявності маркерів ураження нирок не означає наявність ХХН.

Таблиця 18

Діагностичні критерії стадій ХХН		
Стадія ХХН	Характеристика стадії	ШКФ (мл/хв / 1,73 м ²)
1	2	3
I	Нормальна або висока ШКФ	≥ 90
II	Незначно знижена ШКФ	60 - 89
III	Помірно знижена ШКФ	30 - 59

IV	Виражено знижена ШКФ	15 - 29
V	Термінальна ниркова недостатність	< 15

Таблиця 19

Ступені хронічної ниркової недостатності (ХНН) за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та концентрацією креатиніну плазми			
Стадія ХНН	Ступінь ХНН	ШКФ (мл/хв / 1,73 м ²) по СКД-ЕРІ	Рівень креатиніну (ммоль/л)
1	2	3	4
I	0	≥ 90	< 0,123
II	1	< 90 ≥ 60	> 0,123 ≤ 0,176
III	2	< 60 ≥ 30	> 0,176 ≤ 0,352
IV	3	< 30 ≥ 15	> 0,352 ≤ 0,528
V	4	< 15 або лікування методами діалізу	> 0,528

До пункту "а" належать хронічні захворювання нирок (хронічний гломерулонефрит, хронічний первинний пієлонефрит, амілоїдоз нирок тощо), ускладнені ХНН 2 - 4 ступеня або ХНН IV - V стадій.

До пункту "б" належать хронічні захворювання нирок з помірними порушеннями їх парціальних функцій з ХНН 0 - 1 ступеня або ХНН III стадії. Помірним порушенням функції нирок вважається: наявність сечового синдрому (стійка еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія), стійке зниження відносної густини сечі за пробою Зимницького, зниження секреторного або екскреторного сегментів на радіоізотопній ренографії більше 30 % норми, на видільних урограмах поява контрасту пізніше 20 хвилин.

За цим пунктом оглядаються громадяни та військовослужбовці за наявності стійкої артеріальної гіпертензії до 2 ступеня, пов'язаної з хронічними захворюваннями нирок, яка корегується медикаментозною терапією.

За пунктом "в" оглядаються громадяни та військовослужбовці з хронічними захворюваннями нирок та незначним порушенням їх функції або ХНН I - II стадій.

Незначним порушенням функції нирок вважаються: наявність сечового синдрому (минула еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія) при нормальних показниках рівня клубочкової фільтрації та рівня креатиніну крові, на екскреторних урограмах поява контрасту пізніше 10-ї хвилини.

Громадяни, які призиваються на військову службу (приймаються на військову службу за контрактом), після перенесеного гострого гломерулонефриту з тимчасовими функціональними розладами функції нирок визнаються тимчасово непридатними з подальшим стаціонарним обстеженням для виключення хронічного захворювання нирок.

Після перенесеного гострого запального захворювання нирок за наявності патологічних змін у сечі (еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія) протягом 3 місяців приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою з подальшим оглядом ВЛК.

Огляд осіб з аномаліями розвитку нирок, сечокам'яною хворобою, туберкульозом сечостатевих органів, синдромами ураження нирок при інших захворюваннях (метаболічні, судинні, токсичні тощо), за наслідками травм та хірургічного лікування проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.

133	Стаття 67	Включено: обструктивна уропатія та рефлюкс-уропатія (гідронефроз, пієонефроз), вторинний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, інші хвороби нирки і сечоводу, зморщена, мала нирка, набута кіста нирки, цистит, хвороби сечового міхура, невенеричний уретрит, стриктура уретри, інші хвороби уретри та сечовивідної системи N 20 - N 39		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях,

			катерах та суднах забезпечення
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
134	До пункту "а" належать: захворювання, що супроводжуються значно вираженими порушеннями видільної функції нирок або ХНН 2 - 4 ступеня; сечокам'яна хвороба з ураженням обох нирок при незадовільних результатах лікування, які не піддаються оперативному лікуванню; двобічний нефроптоз III стадії зі значними порушеннями функцій; тазова дистопія нирок із значними порушеннями функцій; відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, за наявності будь-якого ступеня порушень функцій другої нирки; стан після резекції або пластики сечового міхура; склероз шийки сечового міхура, що супроводжується міхурово-сечовидним рефлюксом, гідронефрозом та вторинним хронічним пієлонефритом; рецидив стриктури уретри після оперативного лікування чи бужування, що потребує повторного оперативного лікування, або систематичного бужування. До пункту "б" належать: Сечокам'яна хвороба з частими (2 та більше разів на рік) нападами ниркової коліки, самостійним відходженням камінців та значними чи помірними порушеннями функцій нирок; нефункціонуюча нирка або відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, без порушень функцій другої нирки; двобічний нефроптоз II стадії із стійким больовим синдромом, вторинним двобічним пієлонефритом з частими загостреннями (2 та більше разів на рік, що потребують стаціонарного лікування), або вазоренальною гіпертензією; односторонній нефроптоз III стадії; тазова дистопія нирок з помірними порушеннями функцій; склероз шийки сечового міхура при вторинних односторонніх змінах сечовидільної системи (односторонній гідроуретер, гідронефроз, вторинний пієлонефрит тощо); стриктура уретри, яка вимагає бужування не більше 2 разів на рік при задовільних результатах лікування. До пункту "в" належать: поодинокі камінці (до 0,5 см у діаметрі) нирок, сечоводів з рідкими (менше 2 разів на рік) нападами ниркової коліки без ХНН; двобічний чи односторонній нефроптоз II стадії з незначними клінічними проявами та незначними порушеннями функцій нирок без ХНН; хронічні захворювання сечовидільної системи (цистит, уретрит) з частими (2 та більше разів на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування; тазова дистопія нирок з незначними порушеннями функцій. До пункту "г" належать: наслідки (не менше ніж протягом 1 року) після інструментального видалення або самостійного відходження поодинокого камінця із сечовивідних шляхів без повторного утворення камінців; дрібні (до 0,5 см) поодинокі камінці нирок, сечоводів без порушення функцій; односторонній або двосторонній нефроптоз I чи II стадії без порушення видільної функції нирки і за відсутності патологічних змін у сечі. Стадія нефроптозу визначається за рентгенограмами, виконаними у вертикальному положенні обстежуваного: I стадія - опущення нижнього полюса нирки на 2 хребці, II стадія - на 3 хребці, III стадія - більше ніж на 3 хребці.		
135	Стаття 68	Включено: хвороби чоловічих статевих органів N 40 - N 51 (гіперплазія простати, аденома, фіброаденома та міома простати, запальні та інші хвороби простати, гідроцеле та сперматоцеле, перекручування яєчка, орхіт та епідидиміт, чоловіча безплідність, надмірна крайня плоть, фімоз і парафімоз, лейкоплакія статевого члена, баланопостит тощо)	
	а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	

		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
136	При захворюваннях чоловічих статевих органів за показаннями пропонується хірургічне лікування. До пункту "а" належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози III стадії зі значним порушенням сечовиділення при незадовільних результатах лікування або відмові від оперативного лікування; відсутність статевого члена чи обох яєчок. До пункту "б" належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози II стадії з помірним порушенням сечовиділення; рецидивуючий (після повторного хірургічного лікування) одностороння або двостороння водянка яєчка або сім'яного канатика. Одноразовий рецидив водянки оболонки яєчка або сім'яного канатика не є підставою для застосування пункту "б". До пункту "в" належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози I стадії; хронічні захворювання сечовидільної системи (цистит, уретрит, простатит тощо); водянка яєчка або сім'яного канатика. До пункту "г" належать: фімоз, інші хвороби чоловічих статевих органів без клінічних проявів. Відсутність одного яєчка після видалення з приводу неспецифічного захворювання, поранення або інших пошкоджень не є підставою для застосування цієї статті, не перешкоджає проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ.			
137	Стаття 69	Включено: хвороби молочної залози N 60 - N 64 (фібрознокістозна мастопатія, кісти молочних залоз, аденоматоз, ектазія протоків, гіпертрофія молочних залоз, мастодінії, виражений птоз)	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		а) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		б) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
138	Під час медичного огляду жінок із захворюванням молочної залози обов'язково повинен бути огляд мамолога і за необхідності (за показаннями) проведення ультразвукового дослідження молочних залоз, мамографії. При визначенні ступеня порушення функцій слід враховувати: ступінь змін у молочних залозах; поширеність патологічного (одно- або двостороннього) процесу; наявність локалізованих ділянок ущільнення, кістозних змін; вираженість больового синдрому при пальпації, нагрубання молочної залози;			

частота і тривалість загострення захворювання та ефективність проведеного лікування.

Наявність гіпертрофії та нагрубання молочних залоз з больовим синдромом при доброякісних дисплазіях молочної залози дає підстави вважати їх такими, що заважають носінню стандартного одягу та спорядження.

До пункту "а" належать захворювання молочної залози з поширеними двосторонніми змінами або односторонніми змінами в молочних залозах та частими загостреннями.

До пункту "б" належать захворювання молочної залози з поширеними двосторонніми або односторонніми змінами в молочних залозах з нечастими загостреннями.

При злоякісних та доброякісних новоутвореннях медичний огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.

139	Стаття 70	Включено: запальні хвороби органів малого тазу в жінок N 70 - N 77 (сальпінгіт і оофорит, запальна хвороба матки, запальна хвороба шийки матки, інші запальні хвороби жіночих тазових органів, хвороби бартолінової залози, інші запальні хвороби піхви і вульви)	Непридатні до військової служби	
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
140	Передбачає хронічні запальні хвороби яєчників, маткових труб, тазової клітковини, очеревини, матки, шийки матки, піхви і вульви. Діагноз має бути встановлений у стаціонарних умовах. До пункту "а" належать зазначені захворювання, які потребують лікування хворої три та більше разів на рік і супроводжуються стійким больовим синдромом, порушенням менструальної функції. До пункту "б" належать хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів з помірними клінічними проявами, частими (2 рази на рік) загостреннями. Пункт "в" передбачає хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів з незначними проявами та нечастими загостреннями.			
141	Стаття 71	Включено: незапальні хвороби жіночих статевих органів N 80 - N 98 (ендометріоз, випадіння статевих органів у жінок, уретероцеле, грижа сечового міхура, свищі із залученням жіночих статевих органів, незапальні хвороби яєчників, фаллопієвих труб та широкої зв'язки матки, фолікулярна кіста яєчника, кіста жовтого тіла, перекручення яєчника та фаллопієвої труби, гематосальпінкс, поліпи жіночих статевих органів, дистопія матки, ерозія та екстропіон шийки матки, дисплазія шийки матки, порушення оваріально-менструальної функції, звичний викидень, жіноча безплідність тощо)	Непридатні до військової служби	
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
142	До пункту "а" належать: ендометріоз із значними клінічними проявами, що потребують стаціонарного лікування (слід урахувати ступінь поширеності процесу, вираженості больового синдрому та порушення менструальної функції, відсутність стійкого ефекту від консервативного лікування); повне випадіння матки або піхви. Випадінням матки вважається такий стан, коли в положенні стоячи (або лежачи - при потугах) уся матка виходить за межі			

статевої щілини назовні, вивертаючи за собою стінки піхви;
 нориці із залученням статевих органів (сечостатеві, кишково-статеві) при незадовільних результатах лікування або відмові від нього;
 органічно не зумовлені кровотечі, які призводять до стійкої анемії;
 стійкі розлади оваріально-менструальної функції зі значними клінічними проявами при незадовільних результатах лікування (у тому числі пов'язані з менопаузою).
 До пункту "б" належать:
 ендометріоз з помірними клінічними проявами та тимчасовим ефектом від консервативного лікування;
 опущення жіночих статевих органів. Опущенням матки та піхви вважається такий стан, коли при потугах статева щілина розкривається і з'являється шийка матки або передня чи задня стінка піхви, але не виходить за її межі. При опущенні статевих органів, ускладнених нетриманням сечі, медичний огляд проводиться за пунктами "а" чи "б" залежно від результатів лікування. Дистопія матки без порушення функції не є підставою для застосування цієї статті та не перешкоджає проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ;
 дисплазія шийки матки тяжкого ступеня;
 порушення оваріально-менструальної функції з помірними клінічними проявами, що проявляється олігоменореєю, аменореєю (не постоперативною), у тому числі при синдромі Штейна-Левенталя.
 До пункту "в" належать:
 ендометріоз з незначними клінічними проявами;
 дистопія матки, що супроводжується менорагіями, запорами, болями в ділянці куприка, низу живота;
 незначне опущення стінок піхви;
 рубцеві та злукові процеси малого тазу без больового синдрому;
 дисплазія шийки матки легкого та середнього ступеня;
 статевий інфантилізм при задовільному загальному розвитку;
 безпліддя та інші незапальні хвороби жіночих статевих органів з незначними порушеннями функцій.

143	Стаття 72	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб сечостатевої системи, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків		
144	Громадяни під час призову на військову службу (при прийомі на військову службу за контрактом), які перенесли гострі запальні захворювання нирок, визнаються тимчасово непридатними, після чого проводиться стаціонарне обстеження та в разі відсутності патологічних змін у сечі (виключено хронічний процес) вони визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ. Військовослужбовці, які перенесли гострий гломерулонефрит навіть з хорошим результатом лікування та оглянуті за графами II - III Розкладу хвороб, потребують відпустки для лікування у зв'язку з хворобою. Військовослужбовці, які перенесли гострі запальні захворювання зі строком лікування не більше 2 місяців або хірургічні втручання з приводу: видалення каміння нирок, сечоводів; станів після літотрипсії; нефропексії; видалення нирки з приводу гідронефрозу, у разі нормальної функції нирки, яка залишилась; станів позаматкової вагітності; апоплексії яєчника; запальних гнійних процесів молочної залози, матки та її додатків; злукової хвороби малого тазу - потребують відпустки для лікування у зв'язку з хворобою.				
XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00 - O99), їх наслідки					
145	Стаття 73	Включено: вагітність, пологи та післяпологовий період O00 - O99			
		а) з ускладненим перебігом	—	Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
		б) без ускладнень	—	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
146	Вагітні незалежно від строку та перебігу вагітності на військову службу за контрактом не приймаються, визнаються непридатними до навчання у ВВНЗ. Вагітним жінкам-військовослужбовцям проходження військової служби за кордоном протипоказане.				

Обсяг обстеження вагітних жінок-військовослужбовців, періодичність оглядів та переривання вагітності проводяться відповідно до стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів.
При ускладненнях перебігу вагітності лікування проводиться в стаціонарі.

XVI. Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення (Q00 - Q99), їх наслідки				
147	Стаття 74	Включено: вроджені вади розвитку нервової системи Q00 - Q07; вроджені вади розвитку ока, вуха, обличчя та шиї Q10 - Q18; вроджені вади розвитку системи кровообігу Q20 - Q28; вроджені вади розвитку органів дихання Q30 - Q34; розщілина губи та піднебіння Q35 - Q37; інші вроджені вади розвитку органів травлення Q38 - Q45; целиакія K90.0; вроджені вади розвитку статевих органів Q50 - Q56; вроджені вади розвитку сечової системи Q60 - Q64; вроджені вади розвитку та деформації кістково-м'язової системи Q65 - Q79; інші вроджені вади розвитку Q80 - Q89; хромосомні аномалії Q90 - Q99		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
		г) за наявності об'єктивних даних, без порушень функцій	Придатні	
148	Застосовується в разі 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 із значними порушеннями функцій нервової системи; вроджені вади серця із СН ІА стадії та вище; вади розвитку бронхо-легеневого апарату та плеври із значним порушенням функції зовнішнього дихання; вади щелепно-лицевої ділянки (у тому числі розщілини піднебіння та губи); вади органів травлення з вираженими клінічними проявами та значним занепадом живлення (ІМТ менше 18,5); вроджені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з різкою деформацією грудної клітки (реберний горб тощо) та значним порушенням функції зовнішнього дихання 3 ступеня за рестриктивним типом; вроджений отосклероз; відсутність однієї нирки (або припинення її функцій) з порушенням функцій нирки, яка залишилася, незалежно від ступеня їх вираження; полікістоз нирок, гіпоплазія, дисплазія, подвоєння нирок та їх елементів, підковоподібна нирка, аномалії сечоводів або сечового міхура із значними порушеннями функцій або хронічною нирковою недостатністю незалежно від ступеня; вроджені вади ниркових судин з явищами вазоренальної гіпертензії та нирковими кровотечами; вади статевих органів (відсутність статевого члена, обох яєчок, атрезія піхви тощо); деформація таза, що супроводжується кіфосколіозами 2 - 3 ступенів або значним обмеженням рухів у кульшових суглобах; варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги більше ніж на 5 см; варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток більше 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок більше 15 см; іхтіоз вроджений, іхтіозоподібна еритродермія; синдром Дауна. До пункту "б" належать:			

вроджені вади серця із СН І стадії;
незарощення баталової протоки;
відсутність однієї або двох вушних раковин або їх виражені деформації;
деформації таза з помірним обмеженням рухів у кульшових суглобах;
природжені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з незначною деформацією грудної клітки та помірним порушенням функції зовнішнього дихання 2 ступеня за рестриктивним типом;
відсутність однієї нирки (або її функцій) з нормальною функцією нирки, яка залишилася;
полікістоз, дисплазії, подвоєння нирок та їх елементів, підковоподібна нирка, аномалії сечоводів або сечового міхура з помірними порушеннями функцій нирок;
калиткова або промежинна гіпоспадія;
варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги від 2 до 5 см;
варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток - від 12 до 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок - від 12 до 15 см;
іхтіоз рецесивний.
До пункту "в" належать:
атрезія слухового проходу при сприйнятті шепітної мови на друге вухо на відстані від 2 до 4 м;
поодинокі солітарні кісти нирок більше 2 см у діаметрі з незначним порушенням функції без ХНН;
затримка одного або обох яєчок у черевній порожнині, у пахвинних каналах або біля зовнішніх їх отворів;
нориця сечовипускного каналу від кореня до середини статевого члена;
варусна деформація шийки стегна з укороченням ноги менше ніж на 2 см;
домінантний іхтіоз;
вроджені вади серця (крім двостулкового клапана аорти) без ознак СН.
До пункту "г" належать:
сакралізація п'ятого поперекового або люмбалізація першого крижового хребців;
незрощення дужок п'ятого поперекового або першого крижового хребців;
двостулковий клапан аорти без ознак серцевої недостатності або аортальної регургітації.
Гіпоспадія білявінцевої борозни не обмежує придатності до військової служби та навчання у ВВНЗ. Особи з вродженими вадами кисті або стопи оглядаються за статтею 62 Розкладу хвороб.

XVII. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (S00 - T98)

149	Стаття 75	Включено: травми голови та шиї, їх наслідки S00 - S19 (переломи кісток черепа та обличчя, перелом склепіння черепа, кісток обличчя, верхньої та нижньої щелеп); травми носа, вуха, губи та ротової порожнини; ушкодження структур слухової системи; травми ока та орбіти; травми горла, трахеї, гортані; внутрішньочерепна травма (струс, контузія, здавлення, наявність чужорідного тіла, крововиливи внаслідок травми); травма зорового нерва та його провідних шляхів, інших черепних нервів; наслідки ураження центральної нервової системи від дії зовнішніх чинників									
		<table><tr><td>а) із значними порушеннями функцій</td><td colspan="2">Непридатні до військової служби</td></tr><tr><td>б) з помірними порушеннями функцій</td><td>Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони</td><td>Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення</td></tr><tr><td>в) з незначними порушеннями функцій</td><td>Придатні</td><td>Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення</td></tr></table>	а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби										
б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення									
в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення									

	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
150	Передбачає наслідки (залишкові явища, віддалені наслідки) травм, поранень ділянки голови та шиї, а також наслідки травм від дії повітряної вибухової хвилі (акубаротравма, контузія) та інших зовнішніх чинників. До пункту "а" належать: дефекти та деформації кісток черепа, щелепно-лицевої ділянки, не заміщені трансплантатами, або незадовільні результати ортопедичних методів лікування; анкілози контрактури скронево-нижньощелепних суглобів, хибні суглоби нижньої щелепи за відсутності ефекту від лікування (у тому числі хірургічного) або відмови від нього; наявність стороннього 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 травматичних пошкоджень з тяжкими розладами функцій головного мозку (забій, здавлення, субдуральна гематома), які призводять до стійких паралічів або глибоких парезів, порушень функцій тазових органів тощо; наслідки травматичного пошкодження мозкової речовини з розладами коркових функцій (афазія, агнозія, апраксія, геміанопсія, пірамідні, екстрапірамідні, координаторні порушення тощо); наслідки травм у вигляді церебрально-злиплого або злипло-кістозного арахноїдиту з різким або помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (більше 400 мм вод. ст.), вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків більше ніж на 20 мм), вестибулярними розладами тяжкого ступеня (див. статтю 35 "а") та ліквородинамічними розладами (5 та більше криз на місяць), епілептичними нападами середньої частоти (до 3 разів на рік), з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 градусів на обох очах); посттравматичний оптикохіазмальний арахноїдит з розвитком атрофії зорових нервів з вираженими розладами зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах); часті випадки епілептичних нападів (4 та більше разів на рік) посттравматичного характеру; ураження черепно-мозкових нервів із значними порушеннями функцій; порушення діяльності ЦНС, які призводять до значних та помірних розладів сенсорних систем (порушення слуху, зору, нюху, смаку, відчуття рівноваги), голосоутворення і мовлення; наслідки післятравматичних дисекцій, оклюзій, стенозів, аневризм судин головного мозку із значним порушенням функцій ЦНС; ушкодження структур слухової системи (переломи кісток та ушкодження тканин білявушної ділянки, перелом піраміди скроневої кістки з руйнуванням структур середнього та внутрішнього вуха, ураженням слухового нерва та центральних відділів слухового аналізатора тощо); наслідки травматичних ушкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкої відсутності голосоутворення, утруднення дихання через природні дихальні шляхи зі значним порушенням функції зовнішнього дихання, стійкої відсутності голосоутворення; післятравматичний анофтальм одного чи обох очей; наслідки травми (поранення) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, які спричинили сліпоту одного чи обох очей або значне зниження зорових функцій обох очей. Визначення ступеня порушення слуху здійснюється відповідно до пояснень щодо застосування статті 36, де наведено відомості стосовно класифікації ступенів порушення слухової функції. Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35. 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; дефекти та деформації кісток щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами; наслідки травм головного мозку, за яких осередкові симптоми та розлади функцій не досягають ступеня вираженості, передбаченого пунктом "а"; посттравматичний арахноїдит з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (300 - 400 мм вод. ст.), помірною гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків до 15 - 20 мм), помірними ліквородинамічними розладами (3 - 4 кризи на місяць), рідкими випадками епілептичних нападів, з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 до 45	

градусів на обох очах);
 паралічі м'язів внаслідок ушкодження основного стовбура або великих гілок черепних нервів;
 наслідки перелому основи черепа;
 ураження черепно-мозкових нервів з помірними порушеннями функцій;
 порушення діяльності ЦНС, які призводять до помірних розладів сенсорних систем (порушення слуху, зору, нюху, смаку, відчуття рівноваги),
 голосоутворення і мовлення;
 наслідки травматичних пошкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкого утруднення голосоутворення (захриплість, зниження гучності голосу) або стійке утруднення дихання з помірним порушенням функції зовнішнього дихання;
 наслідки травми (поранення) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, які спричинили помірне зниження зорових функцій обох очей або значне зниження зорових функцій одного ока.

До пункту "в" належать:

наслідки травм головного мозку, дефект кісток склепіння черепа до 8 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою, накладання діагностичних фрезових отворів, заміщених сполучнотканинним рубцем, та наслідки травм черепних нервів, коли в неврологічному статусі виявляються розсіяні органічні ознаки (незначна асиметрія носогубних складок, анізорефлексія тощо), поєднані із стійкою незначно вираженою вегетосудинною нестійкістю, без ознак підвищення внутрішньочерепного тиску;
 старі (консолідовані) вдавнені переломи кісток черепа без органічного ураження центральної нервової системи та порушення функцій;
 наслідки травматичного пошкодження горла, трахеї, гортані у вигляді незначного порушення функції зовнішнього дихання;
 наслідки травм (поранень) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, при яких порушення зорових функцій не досягають ступеня вираженості, вказаному в пункті "б".

До пункту "г" належить факт травми головного мозку (понад рік після перенесеної травми, поранення) за відсутності порушень функцій нервової системи. При наслідках інших травм (поранень), які включено до рубрики S00 - S19, слід застосовувати й інші статті Розкладу хвороб з урахуванням гостроти зору, слуху, жувальної ефективності за М. Г. Агаповим тощо.

За наявності емоційно-вольових або інтелектуально-мнестичних розладів, які виникли внаслідок травми головного мозку, медичний огляд проводиться із застосуванням статті 14 Розкладу хвороб.

Ступінь придатності до військової служби осіб, яким дефект кісток черепа заміщено кістково-пластичним лоскутом, визначається відповідно до результатів оперативного втручання та наявної неврологічної симптоматики.

Після перенесених гострих травм черепа та їх хірургічного лікування за наявності дефекту кісток склепіння постанова приймається залежно від розмірів дефекту та результатів пластичної операції. Площа накладених після черепно-мозкової травми діагностичних фрезових отворів додається до площі дефекту кісток склепіння черепа, не заміщеного пластичним матеріалом або аутокісткою.

За наявності наслідків ураження центральної нервової системи від дії зовнішніх чинників (радіоактивне випромінювання, низькі та високі температури, світло, підвищений або знижений тиск повітря, води, інші зовнішні чинники) медичний огляд проводиться за пунктами "а", "б", "в" чи "г" залежно від ступеня порушень функцій.

Особи, які перенесли гостру травму голови та шиї, оглядаються за статтею 81 Розкладу хвороб.

Факт лікування з приводу травми голови та шиї в анамнезі повинен бути підтверджений медичними документами. Вплив наслідків травми на працездатність, виконання обов'язків військової служби повинен підтверджуватися характеристиками з місця роботи, навчання, військової служби.

151	Стаття 76	Включено: травми хребта, спинного мозку, кровоносних судин, нервових сплетінь та периферичних нервів S22, S24, S25, S32 (переломи хребта на будь-якому рівні, перелом хребця, дуги хребця, остистого, поперечного відростків, вивих, підвивих хребця, розрив міжхребцевого диска; розрив, здавлення, струс, набряк спинного мозку та крововилив у спинний мозок)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення

		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
152	До пункту "а" належать: стані після свіжих або залишкові явища (протягом першого року після травми) множинних проникних нестабільних переломів тіл двох та більше хребців 2 - 3 ступенів компресії незалежно від результатів лікування; наслідки переломів (від одного до трьох років після травми), вивихів та переломовивихів тіл хребців після хірургічного лікування із застосуванням спондило- або корпородезу (ступінь придатності до військової служби військовослужбовців за графами II - III Розкладу хвороб визначається за пунктами "а" чи "б"); віддалені наслідки (понад три роки після травми) множинних переломів (2 та більше) тіл хребців із сколіотичною (2 - 3 ступенів) або кіфотичною деформацією чи функціональною нестабільністю (2 - 3 ступенів) хребта; наслідки односторонніх переломів кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця при незадовільних результатах лікування; наслідки травм спинного мозку (струс, забій, здавлення тощо) із значними розладами функції, що призводять до паралічу або глибоких чи помірних парезів кінцівок з розвитком (або без) порушень функції тазових органів за центральним типом (імперативні позиви, нетримання і неутримання сечі та калу, пріапізм, енкопрез); наслідки травм або поранень нервів, нервових корінців та сплетінь за наявності виражених та стійких рухових, чутливих розладів або розладів трофіки (виражені гіпотрофії м'язів при одnobічному процесі: плеча - більше 4 см, передпліччя - більше 3 см, стегна - більше 8 см, гомілки - більше 6 см); стані після свіжих (до 4-х місяців після поранення, травми) при повному анатомічному пошкодженні на рівні сплетінь, корінців, периферичних нервів за наявності виражених та стійких рухових, чутливих розладів з розладами трофіки або без розладів трофіки, що підтверджено даними огляду нейрохірурга та ЕНМГ, УЗД, МРТ; хронічні трофічні виразки, пролежні, а також наслідки пошкоджень, які супроводжуються стійким больовим синдромом; наявність стороннього тіла в просвіті хребтового каналу; травматична спондилопатія (хвороба Кюммеля). До пункту "б" належать: наслідки переломів тіл двох хребців з клиноподібною деформацією 2 - 3 ступенів; наслідки травм спинного мозку, при яких наявні незначні моторні розлади, провідникові розлади чутливості, проте вони не досягли ступеня вираженості, зазначеного в пункті "а", відсутні розлади функції тазових органів за центральним типом; наслідки травм і поранень нервів, нервових корінців та сплетінь, при яких через моторні розлади помірно порушується основна функція кінцівки. До пункту "в" належать: стан після свіжого неускладненого перелому тіла хребця 1 ступеня (військовослужбовцям за контрактом надається відпустка для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) на підставі статті 81 Розкладу хвороб); наслідки неускладненого перелому дужок, відростків хребців за наявності незначного порушення функції хребта і больового синдрому після лікування та відпустки для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва); наслідки травм спинного мозку, за яких виявляються розлади чутливості з або без вегетосудинної нестійкості, без порушення функції тазових органів та рухової функції; наслідки пошкоджень нервів, нервових корінців та сплетінь, за яких функція кінцівки незначно порушується. До пункту "г" належать: наслідки травм спинного мозку без порушень рухових, чутливих та інших функцій нервової системи; наслідки пошкоджень нервів, нервових корінців та сплетінь, коли їхні функції відновлені, а незначно виражені чутливі порушення в зоні іннервації пошкодженого нерва практично не обмежують функцію кінцівки. При хірургічному лікуванні травм / поранень хребта із застосуванням стабілізаційних систем експертне рішення приймається за критеріями, визначеними у статті 64 Розкладу хвороб.			

		Включено: травми внутрішніх органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, органів тазу, політравма S20, S21, S30, S37, T00 - T07		
153	Стаття 77	а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з переоглядом через 6 - 12 місяців	
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
154		До пункту "а" належать пошкодження внутрішніх органів грудної, черевної порожнин, позаочеревено, органів тазу, політравми внаслідок травм (поранень): бронхолегеневого апарату із значним порушенням функції зовнішнього дихання; розповсюджена облітерація перикарда, аневризми серця або аорти; стани після резекції стравоходу, шлунка, тонкої або товстої кишки, накладання шлунково-кишкових анастомозів при вираженому занепаді живлення або значному порушенні функції травлення (демпінг-синдром, що не піддається лікуванню, стійкі проноси); стан після накладання білідигестивних анастомозів; жовчні або панкреатичні нориці при незадовільних результатах лікування; стан після резекції долі печінки (гемігепатектомії) або резекції підшлункової залози з накладанням панкреатодигестивних анастомозів; відсутність нирки при порушенні функції нирки, яка залишилась, незалежно від ступеня її вираженості; повний розрив промежини (розрив, за якого цілісність м'язів промежини порушена повністю і вони заміщені рубцевими тканинами, які переходять на стінку прямої кишки, недостатність сфінктера заднього проходу 3 ступеня з його деформацією); стан після видалення легені; стан після ушкодження органів двох або більше порожнин з помірними порушеннями їх функцій. За наслідками поранень грудної клітки, поранень серця, перикарда після оперативного видалення сторонніх тіл з середостіння, перикарда, серця, розташованих біля кореня легені, серця або біля великих судин, трахеї, головних бронхів, стравоходу, медичний огляд за графами I - III Розкладу хвороб проводиться з урахуванням порушення функцій гемодинаміки, зовнішнього дихання тощо за пунктами "а", "б" чи "в" відповідних статей Розкладу хвороб. До пункту "б" належать: наслідки поранень та травм бронхолегеневого апарату з помірним порушенням функції зовнішнього дихання; наслідки поранень та травм органів травлення із стійкими помірними порушеннями функцій; стан після сегментарної або атипової резекції печінки. До пункту "в" належать: наслідки поранень і травм органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, органів таза з незначними порушеннями функцій органів та систем; стани після видалення селезінки, частини легені. відсутність нирки при нормальній функції нирки, яка залишилася. До пункту "г" належать наслідки травм і поранень органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, та органів таза після стаціонарного обстеження з виходом в одужання. За наявності сторонніх тіл, розташованих у корені легені, у серці, у перикарді або безпосередньо біля великих судин, при неможливості їх видалити або при відмові пораненого медичний огляд проводиться за пунктом "а" незалежно від ускладнень та порушень функцій органів та систем. При наявності в таких пацієнтів значних рентгенологічних та/або ендоскопічних змін (посттравматичний пневмофіброз, що поширюється на долю легені та більше; рубцеві деформації трахеї та бронхів) - приймати постанову про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 - 12 місяців. При наявності в таких пацієнтів незначних змін функції зовнішнього дихання - приймати постанову про придатність до військової служби.		
155	Стаття 78	Включено: травми верхніх та нижніх кінцівок S40 - S99 (переломи кісток, травматичне пошкодження кровоносних судин, невилучені металеві конструкції), переломи ребер, грудини, лопатки, ключиці, переломи кісток таза		

		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
156	До пункту "а" належать: неправильно зрощені вертикальні переломи кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця; наслідки переломів кісток таза з пошкодженням тазових органів при незадовільних результатах лікування; наслідки центрального вивиху стегнової кістки (анкілоз або деформуючий артроз кульшового суглоба 3 - 4 ступеня та деформація осі кінцівки); наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток із значними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини. До пункту "б" належать: наслідки центрального вивиху стегнової кістки з помірними порушеннями функцій кінцівки; наслідки перелому шийки стегна при незадовільних результатах лікування; укорочення (у тому числі відносне) верхньої кінцівки від 5 до 8 см включно або нижньої кінцівки - від 2 до 5 см включно; наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з помірними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини. До пункту "в" належать: наслідки перелому шийки стегна, що лікувався з використанням остеосинтезу при незначних порушеннях функцій кульшового суглоба; невилучені металеві конструкції; наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з незначними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини; укорочення (у тому числі відносне) верхньої кінцівки від 2 до 5 см включно або нижньої кінцівки до 2 см включно. До пункту "г" належать: наслідки (віддалені наслідки) травм і поранень верхніх та нижніх кінцівок, ізольовані переломи кісток (у тому числі і таза без деформації тазового кільця), суглобів та їх капсульно-зв'язкового апарату, м'язів, сухожилків та кровоносних судин за відсутності порушень функцій. За наявності хибних суглобів пропонується оперативне лікування і залежно від його результатів визначається ступінь придатності до військової служби. За наслідками (віддаленими наслідками) травм і поранень суглобів, їх капсульно-зв'язкового апарату, інших кісток, м'язів, сухожилків, кровоносних судин та нервів медичний огляд проводиться залежно від результатів лікування, порушень функцій кінцівки за пунктами "а", "б", "в" чи "г" відповідних статей Розкладу хвороб.			
157	Стаття 79	Включено: термічні та хімічні опіки Т20 - Т32; відмороження Т33 - Т35; інші дії зовнішніх чинників Т66 - Т78 (тепловий і сонячний удар, вибухова травма, акубаротравма, баротравма вуха, легені, кесонна хвороба, асфіксія, ураження блискавкою, електричним струмом, впливи вібрації, джерел іонізуючого випромінювання, компонентів ракетного палива, джерел електромагнітного поля, лазерного випромінювання та токсичні дії мікроорганізмів I - II груп патогенності, особливо небезпечні інфекційні хвороби)		
		а) із значними порушеннями функцій; тяжка акубаротравма	Непридатні до військової служби	

		б) з помірними порушеннями функцій; акубаротравма середнього ступеня тяжкості	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		в) з незначними порушеннями функцій; акубаротравма легкого ступеня	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
		г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій;	Придатні	
158	До пункту "а" належать: наслідки термічних та хімічних опіків у вигляді масивних келоїдних, гіпертрофічних рубців на ділянці голови, шиї, тулуба, кінцівок, спаяні з підшкірними тканинами або легко вразливі та які часто вкриваються виразками при незадовільних результатах лікування або відмові від нього, що значно обмежують рухи в суглобах, перешкоджають носінню військової форми одягу, взуття і спорядження; наслідки перенесених глибоких опіків більше 20 % площі шкіри тіла та ускладнених амілоїдозом нирок; тяжка акубаротравма з глибоким або тяжким двобічним порушенням слуху. Вибухова травма - це бойове багатофакторне ураження, яке виникає внаслідок сукупної ушкоджуючої дії на організм людини ударної хвилі, газових струменів, вогню, токсичних продуктів вибуху та горіння, уламків корпусу боєприпасів, вторинних снарядів. Вибухова травма завжди супроводжується впливом звуків високої інтенсивності, що може спричинити акубаротравму. Акубаротравма - це насамперед ураження слухової системи, тому завжди супроводжується порушеннями слухової функції. Тяжка акубаротравма - це симптомокомплекс, що проявляється низкою клінічних проявів у різних комбінаціях, які суттєво впливають на стан пацієнта: значним, часто прогресуючим, зниженням слухової функції (зокрема, підвищенням порогів слуху до тонів), порушеннями розбірливості мови, змінами в центральних відділах слухового аналізатора, посиленою або спотвореною чутилістю до звуків, непереносимістю гучних звуків (явища феномену прискореного зростання гучності), суб'єктивним вушним шумом, вестибулярними дисфункціями. Тяжка акубаротравма може супроводжуватися системними (екстраауральними) проявами (насамперед, порушеннями з боку серцево-судинної та центральної нервової систем), психоемоційними розладами, порушеннями зору, нюху і мовлення (голосу). Діагноз встановлюється в закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження. Ступінь порушення слухової функції визначається за допомогою результатів аудіометричного обстеження за рівнем порогів слуху до тонів у дБ. При цьому розраховується середнє арифметичне значення порогів слуху на тони чотирьох частот - 0,5; 1; 2 і 4 кГц - на тональний аудіометричний кривій пацієнта і порівнюється із стандартизованими орієнтирами згідно із затвердженою класифікацією. Визначення ступеня порушення слуху здійснюється відповідно до пояснень щодо застосування статті 36, де наведено Міжнародну класифікацію ступеня порушення слухової функції. Тяжка акубаротравма встановлюється при порушенні слуху тяжкого ступеня і вище; може бути встановлена при прогресуючій сенсоневральній приглухуватості середньотяжкого ступеня в поєднанні з тяжкими вестибулярними проявами (ознаки розладів тяжкого ступеня за однією або кількома вестибулометричними методиками обстеження) і вираженими системними проявами. Прогресуюча сенсоневральна приглухуватість визначається у випадку, коли реєструється погіршення слухової функції порівняно з попередніми обстеженнями понад 15 дБ на більше ніж одній частоті в процесі спостереження (3 аудіограми з інтервалом не менше 3 тижнів). Тяжкість акубаротравми визначається при поєднанні уражень кількох органів і систем, насамперед слухового і вестибулярного аналізаторів на фоні екстраауральних проявів, а також, можливо, розладів нюхового аналізатора, зору, системи голосоутворення. Саме комплексне ураження обумовлює загальний тяжкий стан пацієнта. Тому тяжка акубаротравма визначається у випадку ураження не менше двох систем з тяжким ступенем ураження однієї з них, обов'язково - слуховими і вестибулярними розладами, як правило, на фоні екстраауральних змін. Порушення мовлення (голосу), нюху та зору при акубаротравмі є ознаками тяжкої акубаротравми. До пункту "б" належать: наслідки термічних та хімічних опіків, які помірно обмежують рухи в суглобах або значно утруднюють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження, у вигляді келоїдних, гіпертрофічних рубців, що не вкриваються виразками, а також рубців, які спотворюють обличчя, при незадовільних результатах лікування або відмові від нього; стан після перенесених глибоких опіків від 10 до 20 % площі шкіри тіла; стан після перенесеної гострої променевої хвороби після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування; незначні стійкі зміни у функціях органів і систем як наслідок			

перенесених гострих отруєнь бойовими отруйними речовинами (БОР), компонентами ракетного палива (КРП) після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування; акубаротравма середнього ступеня тяжкості - без тяжкого ураження слухового і вестибулярного аналізаторів, порушень нюху, зору і мовлення (голосу); випадки з середнім ступенем слухових і вестибулярних порушень, без виражених системних змін та ураження інших сенсорних систем і порушень голосоутворення.

До пункту "в" належать:

наслідки термічних і хімічних опіків, які незначно обмежують рухи в суглобах або незначно затрудняють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження, у вигляді еластичних рубців, які покриваються виразками під час довготривалої ходьби та фізичних навантажень;

стан після перенесених глибоких опіків до 10 % площі шкіри тіла;

стан після перенесених гострих отруєнь БОР, КРП після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування без порушень функцій органів і систем протягом року після одужання;

акубаротравма легкого ступеня, з легким ступенем слухових і вестибулярних порушень, без системних змін і без ураження інших аналізаторів та порушень голосоутворення.

До пункту "г" належать:

наслідки перенесених термічних та хімічних опіків у вигляді рубців шкіри, що не супроводжуються ускладненнями, зазначених у пунктах "б", "в" цієї статті, та не затрудняють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження;

стани після перенесених наслідків дії на організм інших зовнішніх чинників, зазначених у Розкладі хвороб, без порушень функцій органів і систем після одужання (більше року).

Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35.

Ступені порушення слухової функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 36.

При оцінці обсягу рухів у суглобах слід керуватися таблицею 14 "Оцінка обсягу рухів у суглобах", що викладена у статті 61.

За наявності рубців з явищами каузалгії після безуспішного хірургічного лікування, наслідків опіків, відморожень з пошкодженням очей, пальців кисті або стопи, наслідків дії на організм інших зовнішніх чинників медичний огляд проводиться, зокрема, за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій органів і систем.

За ступенем патогенності мікроорганізми I - II груп патогенності відповідно до вимог Державних санітарних правил та норм 9.9.5.035.99 "Безпека роботи з мікроорганізмами I - II груп патогенності", затверджених постановою Головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року N 35, поділяються:

перша група: збудник особливо небезпечної бактеріальної інфекції - чуми; вірусні збудники геморагічних лихоманок (Марбурга, Ебола, Ласса, Хуанін, Мачупо та

Конго-Кримської), натуральної віспи та мавпячого вірусу В;

друга група: збудники небезпечних бактеріальних інфекцій: холери, сибірської виразки, сапу, меліодозу, туляремії, бруцельозу, лептоспірозу, легіонельозу; вірусні небезпечні збудники інфекцій сказу, вірусних гепатитів "В", "С", "D" (дельта),

ВІЛ-інфекції, Т-клітинного лейкозу; збудники повільних нейроінфекцій (пріонних інфекцій) та енцефалітів, енцефаломієлітів і менінгоенцефалітів, пташиного грипу, жовтої лихоманки, москітних гарячок, ящуру, гарячок з менінгіальним синдромом та артрити; рикетсії КУ-лихоманки, епідемічного висипного тифу та хвороби Бриля, висипного тифу щурів, гарячки цуцугамуші, плямистої гарячки Скелястих гір, везикульозного рикетсіозу; грибові інфекції бластомікозу, кокцидоїдозу та гістоплазмозу; хламідії орнітозу (пситакозу); отрути біологічного походження - ботулінічні токсини всіх видів, правцевий токсин та отрута павука-каракурта.

Перелік особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 жовтня 2024 року N 1724.

159	Стаття 80	Включено: отруєння лікарськими засобами, медикаментами та хімічними речовинами Т36 - Т50; токсична дія речовин немедичного призначення Т51 - Т65 (токсична дія алкоголю, органічних розчинників, вуглеводнів, роз'їдаючих, дезінфікуючих засобів, газів, димів та парів, пестицидів, продуктів харчування, токсична дія від укусів тварин, плазунів, комах)		
		а) із значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби	
		б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях,

			катерах та суднах забезпечення
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
160	Найбільш розповсюдженими гострими отруєннями, які зустрічаються в практиці військових лікарів, є: 1) отруєння спиртами та їх ефірами. Найбільш токсичні одноатомні спирти (метанол, етанол тощо) та окремі двоатомні спирти (етиленгліколь тощо). Алкогольна інтоксикація етанолом пригнічує функцію ЦНС, призводить до депресії дихального та судинного центрів, травматизму, синдрому позиційного здавлення м'яких тканин. Метиловий спирт використовується як компонент моторного та ракетного палива. Етиленгліколь і його ефіри широко використовуються як пластифікатори проти утворення льоду та входять до складу антифризів, авіаційного палива. Наслідки отруєнь зазначеними спиртами та їх ефірами залежать від своєчасного надання невідкладної допомоги з проведення всього комплексу реанімаційних та лікувальних заходів та наявності ранніх стійких незворотних ускладнень з боку органів і систем (зору, ЦНС, серцево-судинної системи, нирок тощо); 2) отруєння газами, пороховими (вибуховими) газами. Це отруєння газоподібними продуктами розкладу вибухової речовини (окис вуглецю, окиси азоту, вуглекислий газ, сірчаний газ). Комплекс патологічних явищ, які спостерігаються після вдихання газів та димів, що утворюються при вибухах, називається пороховою хворобою, де переважають клінічні прояви отруєння окисом вуглецю. При інгаляційному отруєнні виникає спектр порушень, які пов'язані з гемічною та тканинною гіпоксією. Одужання після отруєння середнього ступеня тяжкості відбувається повільно, тривалий час зберігається астеничний синдром. При тяжкому ступені отруєння одужання тривале і практично ніколи не буває повним; 3) отруєння лікарськими засобами, медикаментами трапляються переважно в побутових умовах, у тому числі й у військових колективах. Насамперед це наркотичні анальгетики (опіати та їх похідні сурогати), психотропні препарати, транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, холінолітики, кардіотонічні речовини, антибіотики тощо; 4) наслідки токсичної дії, спричиненої контактом з отруйними тваринами, укусами плазунів, членистоногих, також є актуальними на теперішній час, особливо в період участі військовослужбовців у міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки у складі національного контингенту та національного персоналу. За наслідками гострих отруєнь, токсико-алергічних станів (анафілактичний шок, синдром Лайелла, Стівенса-Джонсона) та дії на організм інших зовнішніх чинників питання щодо ступеня придатності до військової служби та служби за військовою спеціальністю вирішується відповідно до статті 80 та інших статей Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій відповідних органів та систем. Потребу у звільненні від виконання обов'язків військової служби або у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою після проведеного лікування ВЛК вирішують у кожному окремому випадку індивідуально за статтею 81 Розкладу хвороб. Для вирішення соціальних питань цих військовослужбовців матиме велике значення правильність установлення причинного зв'язку при таких отруєннях.		
161	Стаття 81	Стани після проведеного лікування з приводу травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
162	Передбачає стани після перенесених гострих травм, поранень, отруєнь та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин громадянами та військовослужбовцями, які лікувалися консервативними або хірургічними методами. Після переломів дрібних кісток, кісточок, поперечного або остистого відростка хребця, видалення металевих та інших конструкцій щодо військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або у звільненні від виконання обов'язків військової служби, а щодо громадян, які приймаються на військову службу за контрактом, приймається постанова "тимчасово непридатні". Постанова "тимчасово непридатні" приймається на строк до 12 місяців, коли для повного відновлення функціональних розладів органів, систем потрібен строк більше одного місяця. У разі неускладнених закритих переломів довгих або інших кісток, що потребують тільки іммобілізації гіпсовою пов'язкою або з приводу яких виконано		

металоостеосинтез, військовослужбовці за контрактом можуть бути виписані із закладу охорони здоров'я (установи) на амбулаторне лікування з оглядом ВЛК для визначення потреби у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або можуть бути звільненні від виконання обов'язків військової служби за станом здоров'я.

Курсантів та слухачів ВВНЗ для продовження лікування доцільно розмішувати в лазаретах медичних пунктів військових частин (закладів) з обов'язковим їх оглядом хірургом (травматологом) госпіталю не рідше одного разу на 30 діб. Огляд цих осіб для встановлення потреби у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою проводиться після завершення лікування в лазареті.

При залишкових явищах після перенесених гострих отруєнь, токсичної дії речовин та інших зовнішніх чинників військовослужбовцям приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або у звільненні від виконання обов'язків військової служби, а для громадян - про тимчасову непридатність.

Після завершення курсу лікування таким громадянам під час прийому на військову службу за контрактом, вступу у ВВНЗ проводиться обстеження з подальшим визначенням ступеня придатності до військової служби. У разі виявлення змін та порушень функцій органів і систем медичний огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.

XVIII. Інші хворобливі прояви

163	Стаття 82	Включено: недостатній фізичний розвиток (слабкий розвиток м'язової системи та підшкірно-жирової клітковини), вага тіла менше 45 кг або зріст нижче 150 см; конституціональна високорослість; незбалансоване харчування E34, E63		
		а) виявлений під час прийняття на військову службу за контрактом після надання відстрочки протягом одного року	Кандидати непридатні	
		б) виявлений під час прийняття на військову службу за контрактом, за відсутності патологічних змін з боку органів і систем		
164	Передбачає недостатній фізичний розвиток, конституціональну високорослість, незбалансоване харчування. Висновок про рівень фізичного розвитку особи з конституціональною високорослістю, з незбалансованим харчуванням дається на підставі індивідуальної оцінки ступеня розвитку м'язової системи, зросту та ваги тіла, окружності грудної клітки, ступеня вираженості підшкірно-жирової клітковини після стаціонарного обстеження з метою виключення патології (ендокринної системи, органів травлення). Громадяни та військовослужбовці з хорошим фізичним розвитком та збалансованим харчуванням, пропорційною будовою тіла, на зріст не менше 150 см і вагою тіла 45 кг та більше визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ за військовою спеціальністю відповідно до ТДВ.			
165	Стаття 83	Включено: розлади вегетативної нервової системи G90 (ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність - синдром Бредбері-Еглстона)) із синкопальними станами G90.0; сімейна дизавтономія (Райлі-Дея) G90.1; багатосистемна дегенерація, нейрогенна ортостатична гіпотензія (синдром Шая-Дрейджера) G90.3		
		а) швидко або повільно прогресуючі із значними порушеннями функції	Непридатні до військової служби	
		б) стійкі значно виражені вегетативні прояви	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
166		в) стійкі помірно виражені вегетативні розлади без зазначених у пункті "б" проявів	Придатні	
		До пункту "а" належать: сімейна дизавтономія (Райлі-Дея), багатосистемна дегенерація, нейрогенна ортостатична гіпотензія (синдром Шая-Дрейджера). До пункту "б" належить значно виражена ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність - синдром Бредбері-Еглстона) із частими синкопальними станами (прості та судомні знепритомнення 1 раз на місяць і частіше), що підтверджується військовими або медичними документами. До пункту "в" належить ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність - синдром Бредбері-Еглстона) з помірно вираженими проявами, синкопальними станами (прості та судомні знепритомнення рідше 1 разу на місяць), що підтверджується військовими або медичними		

	документами. Особи із схильністю до станів з втратою свідомості (незалежно від їх частоти) - непридатні до керування транспортними засобами, до роботи на висоті, біля рухомих механізмів, вогню та води. Психогенну вегетативну дистонію з гіпервентиляційним та кардіалгічним синдромами розглядати як соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи (F45.3 за НК 025:2021) згідно зі статтею 17 Розкладу хвороб. Психовеgetативні пароксизми - панічні розлади (F41.0 за НК 025:2021) розглядати згідно із статтею 17 Розкладу хвороб. Нечасті поодинокі екстрасистоли в спокої та синусова тахікардія функціонального характеру не є перешкодою для проходження військової служби, навчання у ВВНЗ. За наявності порушень унаслідок органічних або інших змін з боку центральної нервової та серцево-судинної систем огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.		
167	Стаття 84	Включено: ангіотрофоневроз кінцівок як особлива форма ангіодистонії з характерною нападоподібною локальною ішемією пальців кінцівок F45.3 а) ангіотрофонеvroзи III - IV стадій б) ангіотрофонеvroзи I - II стадій	Непридатні до військової служби Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
168	Передбачає ангіотрофоневроз кінцівок як особливу форму ангіодистонії. До пункту "а" належать ангіотрофоневрози III - IV стадій (гангренозно-некротична форма), для яких характерна наявність фліктен, надзвичайно болючих поверхневих виразок на кінчиках пальців, які активні або загоюються, акросклероз, склеродактилія, дистрофічні зміни нігтьових пластин, підвищена вразливість пальців, абсолютна непереносимість низьких температур. Порушення тонусу судин та кровонаповнення кінцівок підтверджуються результатами капіляроскопії, та реовазографії. До пункту "б" належать ангіотрофоневрози I - II стадій, печія, біль, блідість, оніміння пальців, які виникають при переохолодженні, проявляються протягом 6 місяців від початку захворювання і характеризуються (від кількох хвилин до години) нападоподібним больовим синдромом, що супроводжується акроціанозом пальців, незначним та помірним гіпергідрозом та незначним їх набряком, з незначним результатом або відсутністю позитивного результату від повторних курсів лікування.		
169	Стаття 85	Включено: заїкання із захлинанням F 98 (5) а) заїкання із захлинанням високого ступеня, що охоплює весь мовний апарат та робить мову малозрозумілою б) помірне заїкання або недомовлення, що робить мову недостатньо виразною	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони Придатні
170	Передбачає заїкання із захлинанням як особливі розлади емоцій. До пункту "а" належить заїкання із захлинанням високого ступеня, що охоплює весь мовний апарат та робить мову малозрозумілою. До пункту "б" належать стійкі, що не піддаються тривалому, систематичному лікуванню, афонії функціонального походження. Якщо є заїкання, то оглянутий підлягає поглибленому обстеженню невропатологом, психіатром, оториноларингологом, а за можливості - і логопедом. Обстеження таких осіб проводиться в неврологічному стаціонарі. Експертний висновок про ступінь придатності до військової служби виносить невропатолог на підставі даних обстеження та ретельного вивчення документів, одержаних із військової частини, ТЦК та СП, з місця навчання або роботи. Ступінь вираження заїкання визначається шляхом динамічного нагляду за станом мовної функції в різних умовах та оцінюється за моментом найбільш вираженого прояву захворювання. Суттєве значення в експертній оцінці має характеристика командування та вказівка на те, яка міра заїкання впливає на виконання військовослужбовцем службових обов'язків на займаній посаді.		

	Помірним заїканням, яке не обмежує придатності оглянутого до військової служби, вважається лише затримка вимови (спотикання) на початку фрази, решта слів невеликої фрази на одному диханні вимовляється вільно або злегка сповільнено, але без повторювання слів.			
171	Стаття 86	Включено: неорганічний енурез F 98	Придатні до служби в органах (підрозділах) забезпечення, навчальних закладах, підрозділах технічного, матеріального, медичного та інших видів забезпечення, охорони	Непридатні до служби на кораблях, катерах та суднах забезпечення
172	Передбачає наявність неорганічного енурезу. Громадяни та військовослужбовці, які страждають на нічне нетримання сечі, направляються на стаціонарне обстеження та лікування. Факт наявності нічного нетримання сечі повинен бути підтверджений службовою, медичною характеристиками та актами спостереження з військової частини. Обстеження повинно бути повним і комплексним за участю невропатолога, уролога та психіатра. Якщо нетримання сечі є одним із симптомів захворювання нервової або сечостатевої систем, то постанову приймається за статтею Розкладу хвороб, яка передбачає основне захворювання. За відсутності патології з боку сечостатевої системи експертний висновок виносить невропатолог.			
173	Стаття 87	Включено: стани після трансплантації частини або цілого органу, що потребує позитивного прийому імуносупресивної терапії Y83.02-Y83.08	Непридатні до військової служби	

Додаток 6
до Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України
(пункт 2 глави 1 розділу III)

Таблиці додаткових вимог до стану здоров'я

ТАБЛИЦЯ "А"

Особи, яких відбирають для навчання (служби) та які проходять військову службу за окремими військово-обліковими спеціальностями підрозділів Морської охорони Держприкордонслужби

Перелік хвороб та статей Розкладу хвороб. Показники фізичного розвитку	Графа 1	Графа 2	Графа 3	Графа 4	Графа 5
	Водолаз, водолазний спеціаліст	Спеціаліст кораблеводіння та зорового зв'язку, навігаційних комплексів з інерційних та безінерційних систем (сигнальник),	Спеціаліст технічних засобів керування кораблем (катером), оператор центрального поста керування	Спеціаліст технічних засобів керування протичовною зброєю (торпедним електрообладнанням)	Спеціаліст радіотехнічних засобів спостереження (гідроакустик, радіометрист)

				спеціаліст оптичних засобів вимірювання, спеціаліст приладів управління стрільбою				
1				2	3	4	5	6
Зріст (см)			не вище	190				
			не нижче					
Орган зору	гострота зору, не нижче	без корекції	для віддалі	0,6/0,6	1,0/1,0	1,0/1,0	0,8/0,8	
			для близької відстані		1,0/1,0	0,8/0,8	0,8/0,8	0,8/0,8
		для віддалі з корекцією						0,8/0,8
	рефракція (дптр), не більше	короткозорість		0,5/0,5	Н	Н	0,5/0,5	3,0/3,0
		далекозорість		1,0/1,0	Н	Н	Н	Н
		астигматизм		0,5/0,5	Н	0,5/0,5	0,5/0,5	1,0/1,0
	кольоро відчуття	монохромазія дихромазія		Н	Н	Н	Н	Н
		аномальна трихромазія "С"		Н	Н	Н		
Слух	шепітна мова (м), не менше			5/5	5/5	5/5	5/5	6/6
	поріг сприйняття тонів, дБ			по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*
Стаття 1-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 2				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 4-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 4-в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 5-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 5-в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 8-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 9-б, в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 10-б, передпухлинні захворювання, які схильні до переродження та рецидивування				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 10-в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 12-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 12-в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 13-б, в				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 14-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 15-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 16-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 17-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 18-б				Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 19-б				Н	Н	Н	Н	Н

Стаття 20-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 21-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 22-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 23-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 25-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 26-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 27-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 28-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 29-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 30-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 31-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 31-в	Н	Н	Н	Н	Н
Косоокість за відсутності бінокулярного зору	Н	Н	Н	Н	Н
Обмеження полів зору хоча б на одному оці	більше 10 град.	Н	Н	Н	Н
	більше 20 град.	Н	Н	Н	Н
Порушення акомодациї та темної адаптації	Н	Н	Н	Н	Н
Виражений ністагм, коливальний спазм м'язів очного яблука	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 34-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 35-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 36-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 38-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 39-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 40-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 41-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 42-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 43-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 45-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 46-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 46-в	Н				
Стаття 47-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 47-в	Н				
Відсутність зубів, що перешкоджає тримати загубник; наявність знімних зубних протезів	Н				
Стаття 49-а, б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 50-а	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 51-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 52-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 53-б, в	Н	Н	Н	Н	Н

Стаття 54-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 55-б	Н				
Стаття 57-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 58-а	Н				
Стаття 60-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 61-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 62-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 64-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 66-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 67-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 68-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 69-а, б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 70-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 71-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 73-б	Н				
Стаття 74-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 75-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 76-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 77-в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 78-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 79-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 79-в	Н				
Стаття 80-б, в	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 83-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 84-б	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 85-а	Н	Н	Н	Н	Н
Стаття 86	Н				

ТАБЛИЦЯ "Б"

Особи, яких відбирають для навчання (служби) та які проходять службу за окремими військово-обліковими спеціальностями Державної прикордонної служби України

Перелік хвороб та статей Розкладу хвороб. Показники фізичного розвитку	Графа 1	Графа 2	Графа 3	Графа 4	Графа 5	Графа 6	Графа 7	Графа 8	Графа 9	Графа 10
	Спеціаліст управління засобами радіозв'язку, радіотелеграфіст	Авіаційний механік різного профілю	Механіки частин та підрозділів забезпечення, спеціаліст теплових	Оператори радіолокаційної станції, які працюють з дисплеями,	Спеціаліст засобів управління артилерійською стрільбою	Верхолаз, кранівник, рятувальник	Спеціаліст пункту заправки та зберігання та	Спеціаліст, який обслуговує діючі електро-установки	Пожежний	Спеціаліст котельних установок (кочегар)

						засобів, кисневих та компресорних установок	іншими блоками відображення інформації		пального, (електромонтер, заправник електрослюсар)					
1				2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Орган зору	гострота зору, не нижче	без корекції	для віддалі					0,6/0,6	верхолаз 0,5/0,2 кранівник 0,8/0,4	0,8/0,5		0,8/0,5		
			для близької відстані					1,0/1,0						
		для віддалі з корекцією		0,5/0,2	0,5/0,5	0,5/0,5	0,5/0,7				0,5/0,2		0,5/0,2	
	рефракція (дптр), не більше	короткозорість		6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	6,0/6,0	2,0/2,0						
		далекозорість		3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	3,0/3,0	2,0/2,0						
		астигматизм		2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	2,0/2,0	1,0/1,0						
	кольоровідчуття	монохромазія дихромазія		Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
		аномальна трихромазія "С"		Н			Н	Н						
Слух		шепітна мова (м), не менше		6/6			6/6	6/6	1/4 або 3/3	6/6	1/4 або 3/3	6/6	1/4 або 3/3	
		поріг сприйняття тонів, дБ		по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 34,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 34,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 34,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 34,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 34,9 дБ*		
Стани після перенесених гострих інфекційних та паразитарних хвороб з виходом у повне одужання та стійкою ремісією протягом 12 міс				Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	
Стаття 2										Н		Н	Н	
Стаття 9-в				Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н	
Ожиріння II ступеня										Н		Н		
Статті 14-в, 17-в									Н	Н		Н		
Статті 20-в, 23-в								Н	Н					
Статті 25-в, 26-в										Н		Н		
Косоокість за відсутності бінокулярного зору								Н	Н	Н	Н	Н		
Обмеження полів зору		більше 10 град.			Н	Н								
хоча б на одному оці		більше 20 град.			Н	Н		Н	Н	Н	Н	Н	Н	

Порушення акомодатії та темнової адаптації			Н	Н	Н	Н		Н		
Виражений ністагм, коливальний спазм м'язів очного яблука					Н	Н	Н		Н	
Стаття 35-б					Н	Н	Н		Н	
Статті 38-в, 42-б, 43-в							Н		Н	
Статті 45-б, 46-в, 47-в							Н		Н	
Відсутність зубів, що перешкоджає тримати загубник; наявність знімних зубних протезів							Н		Н	
Статті 49-б, 50-б, 51-б							Н		Н	
Стаття 54-б							Н	Н	Н	
Статті 61-б, 62-в, 64-в					Н, крім плоско-стопості І ст., сколіозу І ст. до 5 град	Н, крім плоско-стопості І ст., сколіозу І ст. до 5 град	Н, крім плоско-стопості І ст., сколіозу І ст. до 5 град		Н, крім плоско-стопості І ст., сколіозу І ст. до 5 град	
Статті 67-в, 68-в							Н		Н	
Стаття 74-в						Н	Н		Н	
Статті 75-в, 76-в, 78-в						Н	Н		Н	
Статті 77-в, 79-в							Н		Н	
Статті 83-б, 84-б						Н	Н		Н	
Стаття 85-а					Н	Н	Н		Н	

ТАБЛИЦЯ "В"

Особи, яких відбирають для служби (роботи) та які проходять службу (працюють) з джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ), компонентами ракетного палива (КРП), джерелами електромагнітного поля (ЕМП), джерелами лазерного випромінювання (ЛВ), мікроорганізмами І, ІІ груп патогенності

Перелік хвороб та статей Розкладу хвороб. Показники фізичного розвитку			Графа 1	Графа 2	Графа 3	Графа 4
			ДІВ	Джерела ЕМП	Джерела ЛВ	Мікроорганізми І, ІІ груп патогенності
1			2	3	4	5
Орган зору	гострота зору з корекцією для віддалі		0,5/0,2	0,5/0,2	0,6/0,5	0,5/0,2
	рефракція (дптр), не більше	короткозорість	10,0/10,0	П	10,0/10,0	П
		далекозорість	8,0/8,0	П	8,0/8,0	П
		астигматизм	3,0/3,0	П	3,0/3,0	П

		монохромазія дихромазія	Н	Н	Н	Н
	кольоровідчуття	аномальна трихромазія будь-якого типу	П	П	П	Н
		шепітна мова (м), не менше	5/5	5/5	5/5	5/5
	Слух	поріг сприйняття тонів, дБ	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*
Стани після перенесених гострих інфекційних та паразитарних хвороб з виходом у повне одужання та стійкою ремісією протягом 12 місяців			Н	П	П	Н
Статті 2, 4-в, 5-б, 5-в, 6-а			Н	Н	Н	Н
Статті 8-б, 9-в			Н	Н	Н	Н
Стаття 10-в, передпухлинні захворювання, які схильні до переродження та рецидивування			Н	Н	Н	Н
Стаття 12-в			Н	Н	Н	Н
Стаття 13-б, дифузний та вузловий зоб II ст. без порушення функції щитоподібної залози, порушення толерантності до глюкози			Н	Н	Н	Н
Статті 14-б, 15-б, 16-б, 17-б, 18-б, 19-б			Н	Н	Н	Н
Статті 20-б, 21-б, 22-б, 23-б			Н	Н	Н	Н
Статті 25-б, 26-б, 27-б, 28-б, 29-б, 30-б, 31-б, 31-в			Н	Н	Н	Н
Статті 34-б, 35-б, 36-б			Н	Н	Н	Н
Статті 38-б, 39-б, 40-б, 41-б, 42-б, 43-б			Н	Н	Н	Н
Поширені субатрофічні зміни всіх відділів верхніх дихальних шляхів, гіперпластичний ларингіт			Н	П	П	Н
Статті 45-б, 46-в, 47-в			Н	Н	Н	Н
Лейкоплакія та облігатні преканцерози (абразивний хейліт Манганаті, хвороби Брауна)			Н	Н	Н	Н
Статті 50-а, 51-б, 51-в, 52-б, 54-б			Н	Н	Н	Н
Статті 57-б, 58-а			Н	Н	Н	Н
Статті 60-б, 61-б, 62-б, 64-б			Н	Н	Н	Н
Статті 67-б, 68-б, 69-а, 70-б, 71-б			Н	Н	Н	Н
Стаття 73-б			Н	Н	Н	Н
Статті 75-б, 76-б, 77-в, 78-б, 79-б, 79-в, 80-б			Н	Н	Н	Н
Статті 83-б, 84-б, 85-а, 86			Н	Н	Н	Н
Стійкі зміни складу периферичної крові (гемоглобін у чоловіків - менше 130 г/л,			Н	Н	Н	Н

у жінок - менше 120 г/л, кількість лейкоцитів - менше 4,5 x 10 ⁹ /л, тромбоцитів - менше 18 x 10 ¹⁰ /л)				
---	--	--	--	--

ТАБЛИЦЯ "Г"

Особи, які вступають до ВВНЗ, військових навчальних підрозділів закладів вищої освіти

Перелік хвороб та статей Розкладу хвороб. Показники фізичного розвитку			Графа 1	Графа 2
			Громадяни, військовослужбовці, які не мають офіцерського звання при вступі до НАДПСУ	Офіцери при вступі до ВВНЗ, військових навчальних підрозділів закладів вищої освіти
1			2	3
Зріст (см)	не вище		150	
	не нижче			
Вага (кг)	не більше			
	не менше			
Орган зору	гострота зору (не нижче) без корекції	для віддалі	0,6/0,6	0,5/0,1 або 0,4/0,4
		для близької відстані	1,0/1,0	0,5/0,1 або 0,4/0,4
	гострота зору (не нижче) з корекцією	для віддалі	0,8/0,5	0,5/0,4
		для близької відстані		
	рефракція (дптр), не більше	короткозорість	4,0/4,0	6,0/6,0
		далекозорість	4,0/4,0	6,0/6,0
		астигматизм	2,0/2,0	3,0/3,0
	кольоровідчуття	монохромазія	Н	Н
		дихромазія	А, В - Н С - придатні	А, В - Н С - придатні
	аномальна трихромазія			
обмеження полів зору більше ніж на 20° на одному оці, косоокість будь-якої форми та ступеня		Н	Н	
Слух, шепітна мова (м), не менше, поріг сприйняття тонів, дБ			5/5	5/3 або 4/4
			по всій тональній шкалі до 19,9 дБ*	вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії становить до 34,9 дБ*
Стаття 1-б			Н	Н
Стаття 8-б			Н	Н
Стаття 9-б			Н	Н

Стаття 10-б	Н	Н
Стаття 12-б	Н	Н
Стаття 13-б	Н	
Стаття 14-б	Н	Н
Стаття 15-б	Н	Н
Стаття 16-б	Н	Н
Стаття 17-б	Н	
Стаття 18-б	Н	Н
Стаття 19-б	Н	Н
Стаття 20-б	Н	Н
Стаття 21-б	Н	Н
Стаття 22-б	Н	Н
Стаття 23-б	Н	
Стаття 26-б	Н	
Стаття 27-б	Н	
Стаття 28-б	Н	Н
Стаття 29-б	Н	Н
Стаття 30-б	Н	Н
Стаття 31-б	Н	Н
Стаття 31-в	Н	Н
Стаття 34-б	Н	
Стаття 35-б	Н	
Стаття 38-б	Н	Н
Стаття 39-б	Н	Н
Стаття 40-б	Н	Н
Стаття 41-б	Н	Н
Стаття 42-б	Н	
Стаття 43-б	Н	
Стаття 46-б	Н	Н
Стаття 46-в	Н	
Стаття 47-б	Н	Н
Стаття 47-в	Н	
Стаття 51-б	Н	
Стаття 52-б	Н	
Стаття 53-б	Н	
Стаття 54-б	Н	Н
Стаття 55-б	Н	
Стаття 57-б	Н	
Стаття 60-б	Н	

Стаття 61-б	Н	
Стаття 62-б	Н	
Стаття 64-б	Н	
Стаття 66-б	Н	
Стаття 67-б	Н	
Стаття 69-а	Н	
Стаття 70-б	Н	
Стаття 71-б	Н	
Стаття 73-б	Н	
Стаття 74-б	Н	
Стаття 75-б	Н	
Стаття 76-б	Н	
Стаття 77-в	Н	
Стаття 78-б	Н	
Стаття 79-б	Н	
Стаття 80-б	Н	
Стаття 83-б	Н	
Стаття 84-б	Н	
Стаття 85-а	Н	Н
Стаття 85-б	Н	
Стаття 86	Н	

Н - непридатні.

Примітки.

* - величини відстані сприйняття шепітної мови та розмовної мови, а також камертональні проби застосовуються лише як орієнтири для відбору осіб до подальшого обстеження і не можуть бути підставою для визначення ступеня втрати слуху. Таке дослідження сприйняття мови здійснюється на етапах, де немає можливості аудіометричного обстеження. Якщо при акуметричному дослідженні отоларингологом виявляється відхилення від вимог таблиць додаткових вимог до стану здоров'я, наведених у цьому додатку, то особа потребує подальшого обстеження. Якщо акуметрія відповідає вимогам таблиць додаткових вимог до стану здоров'я, наведених у цьому додатку, проведення суб'єктивної аудіометрії не обов'язкове.

Додаток 11

до Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України
(пункт 9 глави 3 розділу III)

Перелік

документів і результатів досліджень, необхідних для проведення медичного огляду ВЛК громадян призовного віку, військовослужбовців

інших військових формувань, яких відбирають на військову службу за контрактом до Держприкордонслужби та кандидатів на навчання у ВВНЗ

1. Направлення на медичний огляд.
2. Паспорт громадянина України (для громадян призовного віку, кандидатів на навчання у ВВНЗ), військово-обліковий документ (для військовослужбовців).
3. Довідка про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, за формою первинно-облікової документації N 100-2/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 квітня 2022 року N 651 "Про затвердження порядку проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин", зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 15 червня 2022 року за N 648/37984.
4. Медична карта амбулаторного хворого (за наявності).
5. Витяг з медичної карти амбулаторного хворого з переліком перенесених захворювань (у тому числі інфекційних) та даними про профілактичні щеплення, засвідчений печаткою закладу охорони здоров'я.
6. Результати досліджень:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - біохімічний аналіз крові (на цукор, білірубін, АЛТ);
 - серологічний аналіз крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);
 - поверхневий антиген до вірусу гепатиту В (HBsAg);
 - загальні антитіла до вірусу гепатиту С (anti-HCV);
 - реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном або загальні антитіла до блідої трепонеми (RW);
 - ЕКГ;
 - визначення групи крові та резус-належності;
 - флюорографічне (рентгенологічне) дослідження органів грудної клітки;
- для жінок додатково: цитологічне дослідження урогенітального мазка, УЗД органів малого тазу, мамографія (для жінок після 40 років).

1. У разі направлення особи, яка проходить відбір на військову службу за контрактом до Держприкордонслужби, на додаткове медичне обстеження до закладів охорони здоров'я до цього Переліку після проходження обстеження додається акт дослідження стану здоров'я.

Примітки:

2. Дослідження, зазначені в абзацах другому - восьмому пункту 6 цього Переліку, повинні бути проведені в межах місячного строку до дня проходження медичного огляду; дослідження, зазначене в абзаці одинадцятому пункту 6 цього Переліку, повинно бути проведене в межах шестимісячного строку до дня проходження медичного огляду.

Додаток 13
до Положення про проходження медичного огляду в Державній
прикордонній службі України
(пункт 9 глави 3 розділу III)

Перелік

**документів і результатів досліджень, необхідних для проведення медичного огляду ВЛК військовослужбовців Держприкордонслужби,
яких відбирають на військову службу за контрактом та на навчання у ВВНЗ Держприкордонслужби**

1. Направлення на медичний огляд.
2. Службова характеристика.
3. Медична характеристика.
4. Медична книжка військовослужбовця (паспорт здоров'я військовослужбовця).
5. Службове посвідчення (військово-обліковий документ військовослужбовця).
6. Фотокартка 3 x 4 см без головного убору (при амбулаторному огляді).
7. Результати досліджень:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - біохімічний аналіз крові (на цукор, білірубін, АЛТ);
 - серологічний аналіз крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);
 - поверхневий антиген до вірусу гепатиту В (HBsAg);
 - загальні антитіла до вірусу гепатиту С (anti-HCV);
 - реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном або загальні антитіла до блідої трепонеми (RW);
 - ЕКГ;
 - флюорографічне (рентгенологічне) дослідження органів грудної клітки;

цитологічне дослідження урогенітального мазка, УЗД органів малого тазу, мамографія (для жінок після 40 років).

Примітки:

1. У разі направлення особи, яка проходить відбір на військову службу за контрактом до Держприкордонслужби, на додаткове медичне обстеження до цивільних (військових) закладів охорони здоров'я до цього Переліку після проходження обстеження додається акт дослідження стану здоров'я.
2. Дослідження, зазначені в абзацах другому - восьмому пункту 7 цього Переліку, повинні бути проведені в межах місячного строку до дня проходження медичного огляду; дослідження, зазначене в абзаці десятому пункту 6 цього Переліку, повинно бути проведене в межах шестимісячного строку до дня проходження медичного огляду.

Додаток 14
до Положення про проходження медичного огляду в Державній
прикордонній службі України
(пункт 2 глави 4 розділу III)

Кутовий штамп
військової частини
(органу Держприкордонслужби)
N _____ від _____

**Довідка
про обставини захворювання, травми (поранення, контузії, каліцтва)**

(військове звання, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

(дата народження)

_____ 20__ року виникло (отримав(ла)) _____

(вказати захворювання або вид, характер і локалізацію травми (поранення, контузії, каліцтва))

за обставин _____
(зазначається за яких обставин виникло захворювання чи отримана травма (поранення, контузія, каліцтво), чи є подія наслідком порушення військової дисципліни, у тому числі вчинення нею дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, іншого правопорушення, навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю, чи отримано в період перебування в місцях несвободи у разі встановлення факту позбавлення особистої свободи державою-агресором, її органами, підрозділами, формуваннями, іншими утвореннями у зв'язку із захистом державного суверенітету, незалежності, територіальної цілісності і недоторканності України внаслідок збройної агресії проти України тощо)

Підстава: _____
(бойове донесення від _____ 20__ року N _____, витяг з журналу бойових дій)

Видана для пред'явлення

(найменування установи, організації, куди надається довідка)

Командир (начальник)
військової частини

(військове звання, підпис, власне ім'я, прізвище)

М. П.

Начальник служби
охорони здоров'я

(військове звання, підпис, власне ім'я, прізвище)
