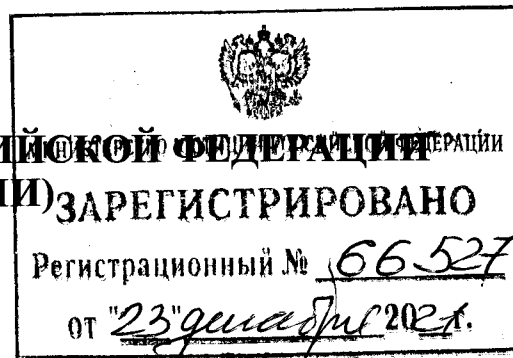




МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНТРАНС РОССИИ)

П Р И К А З



10 декабря 2021 г.

Москва

№ 437

**Об утверждении Федеральных авиационных правил «Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования центральной врачебно-летней экспертной комиссией и врачебно-летными экспертными комиссиями членов летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением и лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением»**

В соответствии со статьей 52, пунктом 1.3 статьи 53, статьей 53.1, пунктом 10 статьи 54 Воздушного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; 2021, № 24, ст. 4226; № 27, ст. 5159), пунктом 1 Положения о Министерстве транспорта Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2004 г. № 395 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 32, ст. 3342; 2019, № 1, ст. 10), пунктом 7 Правил проведения проверки соответствия лиц, претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, сотрудников

по обеспечению полетов гражданской авиации, функции по техническому обслуживанию воздушных судов и диспетчерскому обслуживанию воздушного движения, требованиям федеральных авиационных правил, а также выдачи таких свидетельств лицам из числа специалистов авиационного персонала гражданской авиации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 670 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 32, ст. 4322), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Федеральные авиационные правила «Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования центральной врачебно-летной экспертной комиссией и врачебно-летными экспертными комиссиями членов летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением и лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением» согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу приказы Министерства транспорта Российской Федерации:

от 22 апреля 2002 г. № 50 «Об утверждении Федеральных авиационных правил «Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации» (зарегистрирован Минюстом России 7 мая 2002 г., регистрационный № 3417);

от 28 апреля 2003 г. № 125 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 22 апреля 2002 г. № 50» (зарегистрирован Минюстом России 8 июля 2003 г., регистрационный № 4879);

от 1 ноября 2004 г. № 27 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 22 апреля 2002 г. № 50» (зарегистрирован Минюстом России 22 ноября 2004 г., регистрационный № 6129);

от 19 сентября 2012 г. № 350 «О внесении изменений в Федеральные авиационные правила «Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации», утвержденные приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 22 апреля 2002 г. № 50» (зарегистрирован Минюстом России 13 февраля 2013 г., регистрационный № 27043);

от 28 ноября 2014 г. № 325 «О внесении изменений в приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 22 апреля 2002 г. № 50» (зарегистрирован Минюстом России 11 декабря 2014 г., регистрационный № 35128);

от 26 июня 2017 г. № 241 «Об утверждении Порядка образования и работы центральной врачебно-летной экспертной комиссии, врачебно-летних экспертных комиссий, медицинских экспертов и Требований к членам центральной врачебно-летней экспертной комиссии, врачебно-летних экспертных комиссий и медицинским экспертам» (зарегистрирован Минюстом России 31 июля 2017 г., регистрационный № 47590).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г.

Министр



В.Г. Савельев

**Федеральные авиационные правила**

**«Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования центральной врачебно-летной экспертной комиссией и врачебно-летными экспертными комиссиями членов летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением и лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением»**

**I. Общие положения**

1. Федеральные авиационные правила «Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования центральной врачебно-летной экспертной комиссией и врачебно-летными экспертными комиссиями членов летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением и лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением» (далее – Порядок) устанавливают порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования, включающий требования к состоянию здоровья членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением (далее – диспетчеры УВД), лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным движением (далее – кандидаты на получение медицинского заключения), перечень проводимых исследований, периодичность проведения обязательного медицинского освидетельствования, порядок создания и работы центральной врачебно-летной экспертной комиссии (далее – ЦВЛЭК ГА) и врачебно-летных экспертных комиссий (далее – ВЛЭК ГА), требования к квалификации их



членов, а также форму медицинского заключения о годности членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД к выполнению работ по таким должностям.

2. Члены летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, и диспетчеры УВД должны иметь медицинское заключение о годности к выполнению работ по соответствующим должностям, выданное ЦВЛЭК ГА, созданной в медицинской организации, находящейся в ведении федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере гражданской авиации (далее – уполномоченный орган)<sup>1</sup>, ВЛЭК ГА, созданными в медицинских организациях, имеющих лицензию<sup>2</sup> на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую в том числе выполнение работ (оказание услуг) по врачебно-летной экспертизе.

3. Обязательное медицинское освидетельствование членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД, лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД (далее – абитуриенты) проводится ВЛЭК ГА и ЦВЛЭК ГА в соответствии с настоящим Порядком.

4. ЦВЛЭК ГА проводит обязательное медицинское освидетельствование в случаях обжалования и (или) аннулирования результатов обязательного медицинского освидетельствования, проведенного врачебно-летными экспертными комиссиями.

5. Лицам, признанным годными по состоянию здоровья к выполнению функций членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД, либо лицам, претендующим на получение соответствующих свидетельств, выдаются медицинские заключения 1, 2 или 3 классов по форме, приведенной в приложении № 1 к настоящему Порядку.

6. Классы медицинских заключений:

1) медицинское заключение 1 класса выдается кандидатам на получение свидетельств и обладателям свидетельств:

коммерческого пилота (самолет, дирижабль, вертолет);

линейного пилота (самолет, вертолет);

пилота многочленного экипажа (самолет);

2) медицинское заключение 2 класса выдается кандидатам на получение свидетельств и обладателям свидетельств:

<sup>1</sup> Пункт 1 Положения о Федеральном агентстве воздушного транспорта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2004 г. № 396 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 32, ст. 3343; 2010, № 6, ст. 652).

<sup>2</sup> Пункт 1.3 статьи 53 Воздушного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; 2021, № 24, ст. 4226).

штурмана;  
 бортинженера (бортмеханика);  
 летчика-наблюдателя;  
 бортрадиста;  
 частного пилота (самолет, вертолет);  
 пилота планера;  
 пилота свободного аэростата;  
 пилота сверхлегкого воздушного судна;

3) медицинское заключение 3 класса выдается кандидатам на получение свидетельств и обладателям свидетельств:

внешнего пилота;  
 диспетчера УВД (в воздухе).

7. Наличие медицинского заключения 1 класса без ограничений предоставляет его обладателю возможность выполнять функции, установленные для обладателей соответствующих свидетельств, для которых необходимо наличие медицинского заключения 2 или 3 класса.

8. Сроки действия медицинского заключения:

8.1. Медицинское заключение 1 класса действительно в течение срока, не превышающего 12 месяцев.

Если обладателями свидетельства линейного пилота (самолет, вертолет) и свидетельства коммерческого пилота (самолет, дирижабль, вертолет), выполняющими коммерческие воздушные перевозки пассажиров на самолетах (вертолетах), управляемых одним пилотом, являются лица старше 40 лет, срок действия медицинского заключения сокращается до 6 месяцев.

Когда обладателю свидетельства линейного пилота (самолет, вертолет), свидетельства коммерческого пилота (самолет, дирижабль, вертолет) и свидетельства пилота многочленного экипажа (самолет) исполняется 60 лет, срок действия медицинского заключения сокращается до 6 месяцев.

8.2. Медицинское заключение 2 класса действительно в течение срока, не превышающего 60 месяцев.

Для обладателей свидетельств штурмана, бортинженера (бортмеханика), бортрадиста срок действия медицинского заключения не превышает 12 месяцев.

Для обладателей свидетельства частного пилота (самолет, дирижабль, вертолет), свидетельства пилота свободного аэростата, свидетельства пилота планера, пилота сверхлегкого воздушного судна, летчика-наблюдателя старше 40 лет срок действия медицинского заключения сокращается до 24 месяцев.

8.3. Медицинское заключение 3 класса действительно в течение срока, не превышающего 48 месяцев, для обучающихся высших и средних образовательных организаций гражданской авиации по подготовке диспетчеров УВД – 12 месяцев.

Для обладателей свидетельств диспетчера УВД старше 40 лет срок действия медицинского заключения сокращается до 24 месяцев, старше 50 лет – до 12 месяцев.

8.4. Сроки действия, указанные выше, устанавливаются с учетом возраста кандидата на получение медицинского заключения на момент прохождения им медицинского освидетельствования.

8.5. Срок действия выданного медицинского заключения начинается со дня его выдачи ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) и включает день окончания срока его действия.

8.6. Обладатели свидетельств авиационного персонала, не имеющие медицинского заключения, или имеющие медицинские заключения, срок действия которых истек, к выполнению функций, предусмотренных соответствующими свидетельствами и квалификационными отметками, за исключением случаев, установленных пунктом 9 настоящего Порядка, не допускаются.

9. В период действия режима повышенной готовности и чрезвычайной ситуации по представлению руководителя эксплуатанта, оперативного органа единой системы организации воздушного движения срок действия медицинского заключения может быть продлен руководителем межрегионального территориального управления воздушного транспорта уполномоченного органа в области гражданской авиации по согласованию с медицинским экспертом – председателем выдавшей медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не более чем на 45 дней<sup>3</sup>.

10. Состояние здоровья кандидатов на получение (возобновление) медицинских заключений 1, 2 и 3 классов должно соответствовать требованиям, установленным настоящим Порядком.

Инструктивный материал содержится в Руководстве по авиационной медицине<sup>4</sup>.

11. Обладатели свидетельств перестают выполнять функции, предусмотренные свидетельствами и соответствующими квалификационными отметками, в случае ухудшения здоровья, влияющего на безопасное выполнение этих функций, употребления без назначения врача лекарственных препаратов, включенных в перечень лекарственных препаратов, влияющих на способность выполнять функции члена летного экипажа воздушного судна и диспетчера УВД, утвержденный в соответствии со статьей 52 Воздушного кодекса Российской Федерации безотлагательно уведомляют врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) с момента возникновения факторов, влияющих на безопасное выполнение функций обладателем соответствующего свидетельства, таких как:

- 1) проведение хирургической операции или инвазивной процедуры;
- 2) назначение регулярного приема какого-либо лекарственного препарата;
- 3) получение значительного повреждения, которое влечет за собой неспособность выполнять профессиональные обязанности, предусмотренные соответствующим свидетельством авиационного персонала;
- 4) заболевание, которое влечет за собой неспособность выполнять профессиональные обязанности, предусмотренные соответствующим свидетельством;
- 5) беременность и роды;

<sup>3</sup> Глава 1 приложения 1 «Выдача свидетельств авиационному персоналу» к Конвенции международной гражданской авиации (заключена в г. Чикаго 7 декабря 1944 г.) Международные воздушные сообщения СССР: Сборник документов. Москва, 1970; официальный сайт Международной организации гражданской авиации (ИКАО) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» – [www.icao.int](http://www.icao.int). Вступила в силу для СССР 14 ноября 1970 г. в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 1 октября 1970 г. № 836-284).

<sup>4</sup> Глава 6 приложения 1 «Выдача свидетельств авиационному персоналу» к Конвенции международной гражданской авиации (заключена в г. Чикаго 7 декабря 1944 г.) Международные воздушные сообщения СССР: Сборник документов. Москва, 1970; официальный сайт Международной организации гражданской авиации (ИКАО) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» – [www.icao.int](http://www.icao.int). Вступила в силу для СССР 14 ноября 1970 г. в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 1 октября 1970 г. № 836-284).

- 6) госпитализация;
- 7) использование слухового аппарата;
- 8) установление предварительного диагноза профессионального заболевания, исключающего возможность выполнять функции члена летного экипажа воздушного судна и диспетчера УВД;
- 9) установление заключительного диагноза профессионального заболевания, исключающего возможность выполнять функции члена летного экипажа воздушного судна и диспетчера УВД;
- 10) определение стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

11.1. Обладатели свидетельств не выполняют функции, предусмотренные соответствующими свидетельствами, квалификационными отметками или медицинскими заключениями:

- 1) если они осведомлены о каком-либо снижении их годности по состоянию здоровья, которое повлечет невозможность безопасного осуществления ими своих функций;
- 2) если они принимают или используют какие-либо предписанные или непредписанные лекарственные препараты, которые могут препятствовать безопасному осуществлению функций, предусмотренных соответствующим свидетельством;
- 3) если они получают какое-либо медицинское, хирургическое или иное лечение, которое представляет угрозу безопасности полетов.

12. При проведении обязательного медицинского освидетельствования членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД одновременно проводятся обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры, результаты которых учитываются при медицинском освидетельствовании.

13. По рекомендациям ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) с целью мониторинга состояния здоровья членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров УВД, абитуриентов, имеющих заболевания, в период между обязательными медицинскими освидетельствованиями проводятся лабораторные, диагностические исследования и медицинские осмотры врачом-специалистом ВЛЭК ГА.

Периодичность проведения медицинских осмотров (с указанием срока на оборотной стороне медицинского заключения) и перечень включаемых в них исследований определяются ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) по результатам медицинского освидетельствования.

Медицинские осмотры проводятся после закрытия листка нетрудоспособности (продолжительностью 21 день и более), отстранения на предполетном (предсменном) медицинском осмотре по показаниям, установленным порядком проведения предполетного и послеполетного медицинских осмотров членов экипажа гражданского воздушного судна, а также предсменного и послесменного медицинских осмотров диспетчеров УВД, утверждаемым в соответствии с пунктом 7 статьи 53.1 Воздушного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; 2021, № 24, ст. 4226), после авиационных происшествий и серьезных авиационных инцидентов, а также медицинские осмотры абитуриентов – перед началом учебно-производственной практики (учебных полетов).

## II. Обязательное медицинское освидетельствование

14. Обязательное медицинское освидетельствование проводится по личному заявлению кандидата на получение медицинского заключения или направлению работодателя. Перед проведением медицинского освидетельствования кандидат на получение медицинского заключения оформляет заявление (рекомендуемый образец приведен в приложении № 2 к настоящему Порядку).

15. Медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) или заместитель председателя ЦВЛЭК ГА перед началом обязательного медицинского освидетельствования проверяет заявление кандидата на получение медицинского заключения и документ, удостоверяющий его личность, а также сведения о состоянии его здоровья и результатах ранее проведенного медицинского освидетельствования, причинах отстранения от работы на предполетном (предсменном) медицинском осмотре.

15.1. При выявлении в подписанном заявлении недостоверных фактов, указывающих на сокрытие заболеваний, известных заявителю, – кандидату на получение медицинского заключения и представляющих опасность для выполнения полетов, медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляет подлинник заявления с сопроводительным письмом в уполномоченный орган в области гражданской авиации.

16. Для проведения обязательного медицинского освидетельствования и получения медицинского заключения кандидат на получение медицинского заключения представляет ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) следующие документы:

документ, удостоверяющий личность;

документы о состоянии здоровья (личное медицинское дело, медицинские книжки, медицинская карта с данными обследований (ЭКГ, рентгеновские снимки или флюорограмма, аудиограммы, данные других исследований, осмотров, консультаций и врачебных наблюдений).

Абитуриенты представляют ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) следующие документы:

документ, удостоверяющий личность;

медицинскую справку по форме 086/у<sup>5</sup>;

амбулаторную карту или выписку из нее;

военный билет или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу (для военнообязанных) с выпиской из военкомата при наличии ограничения к военной службе;

заключение врачебной психиатрической комиссии и врача психиатра-нарколога;

результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, сифилис.

<sup>5</sup> Приложение № 19 к приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом России 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160) с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Минюстом России 4 апреля 2018 г., регистрационный № 50614), от 2 ноября 2020 г. № 1186н (зарегистрирован Минюстом России 27 ноября 2020 г., регистрационный № 61121).

17. Обязательное медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинских заключений 1, 2 и 3 классов включает лабораторные и диагностические исследования и медицинские осмотры врачами-специалистами в объеме, предусмотренном приложением № 3 к настоящему Порядку.

18. При обязательном медицинском освидетельствовании проводится проверка соответствия состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения требованиям к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к выполнению функций членов летного экипажа, диспетчеров УВД и обучению в образовательных организациях гражданской авиации, предусмотренным приложениями № 4, 5, 6 к настоящему Порядку.

19. Стационарное медицинское обследование и лечение в медицинской организации, находящейся в ведении уполномоченного органа, осуществляющего функции по оказанию государственных услуг в сфере гражданской авиации<sup>6</sup> (далее – ЦКБ ГА), с последующим обязательным медицинским освидетельствованием ЦВЛЭК ГА проводятся при выявлении очень высокого и высокого суммарного сердечно-сосудистого риска заболеваний, предусмотренных приложениями № 4, 5, 6 к настоящему Порядку, и таких заболеваний в соответствии с Десятым пересмотром Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ-10), представляющих угрозу безопасности полетов, как:

невротические заболевания, связанные со стрессом, соматоформные расстройства (МКБ-10: F40–F48);

пароксизмальное расстройство сознания (МКБ-10: G40–G45, G41, G90, G99);

цереброваскулярные болезни (МКБ-10: G45, G46 (I60–I67));

органические заболевания нервной системы (МКБ-10: G20–G26, G35–G37, G70–G73, G93.0–G93.9);

ишемическая болезнь сердца (МКБ-10: I20–I25);

кардиомиопатии (МКБ-10: I42);

врожденные и приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность клапанов 2 и более степени, расширение аорты до 5 см, пролапс митрального клапана 6 мм и более, дефект межжелудочковой перегородки и межпредсердной перегородки (МКБ-10: I34–I37, I71, Q21);

нарушения ритма сердца: наджелудочковая тахикардия, желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий, трепетание предсердий (МКБ-10: I47–I49);

нарушение проводимости сердца: впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса, впервые возникшая атриовентрикулярная блокада 2 степени 2 типа, 3 степени (МКБ-10: I44.1–I44.3);

синдром преждевременного возбуждения (МКБ-10: I45.6);

гипертоническая болезнь: криз, риск сердечно-сосудистых осложнений 3 и 4 степени;

хроническая обструктивная болезнь легких (МКБ-10: J40–J45);

нарушение углеводного обмена (МКБ-10: E10–E16);

заболевания поджелудочной железы (МКБ-10: K86);

<sup>6</sup> Пункт 1 Положения о Федеральном агентстве воздушного транспорта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2004 г. № 396 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 32, ст. 3343; 2010, № 6, ст. 652).

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при осложнениях и после оперативного лечения (МКБ-10: K25, K26);

глаукома (МКБ-10: H40–H42);

впервые установленное нарушение слуховой функции 2 степени и выше независимо от этиологии и давности (острое, подострое, хроническое) заболевания (МКБ-10: H90–H91);

оперативные вмешательства на внутреннем и среднем ухе (МКБ-10: H65–H83).

19.1. Стационарное обследование проводится в отделении медицинского обследования авиационного персонала (в объеме, указанном в приложении № 3 к настоящему Порядку) или специализированных отделениях ЦКБ ГА, в том числе в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения»<sup>7</sup> (не более 5 дней).

19.2. По медицинским показаниям объем исследований может быть расширен при медицинском обследовании в стационарных условиях отделения медицинского обследования авиационного персонала ЦКБ ГА с обязательным уведомлением работодателя об увеличении срока прохождения медицинского обследования и освидетельствования.

20. Решение о необходимости внеочередного медицинского освидетельствования принимает медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА, медицинский эксперт – председатель ЦВЛЭК ГА по представлению врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

21. При тяжелом заболевании (травме) члена летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчера УВД, абитуриента заключение о негодности к выполнению функций, предусмотренных свидетельством, может быть вынесено ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) заочно по представленным лечебным учреждениям документам.

22. Оформление результатов обязательного медицинского освидетельствования:

22.1. Врачи-специалисты – члены ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) заносят в протокол обязательного медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) (рекомендуемый образец приведен в приложении № 7 к настоящему Порядку) данные медицинского осмотра, результаты лабораторных и инструментальных исследований, формулируют диагноз (если выявлено заболевание) в соответствии с МКБ-10 и клиническими рекомендациями, выносят заключение о соответствии/несоответствии кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям и делают назначения с указанием сроков для их выполнения.

22.2. По окончании обязательного медицинского освидетельствования кандидата на получение медицинского заключения медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА, медицинский эксперт – председатель ЦВЛЭК ГА обобщает результаты освидетельствования, оформляет и подписывает протокол обязательного медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в двух экземплярах (в медицинскую карту авиационного персонала и в личное медицинское дело).

<sup>7</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2016 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 1, ст. 373; 2021, № 32, ст. 6007).

Результаты стационарного медицинского обследования оформляются в виде выписки из истории болезни, которая прилагается к личному делу.

Медицинское заключение и рекомендации выносятся на рассмотрение на заседании ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), протокол которого оформляется в журнале протоколов (рекомендуемый образец приведен в приложении № 8 к настоящему Порядку), подписывается председателем, всеми членами и заверяется печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА). На абитуриентов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД, ведется отдельный журнал протоколов (в журнале делается отметка о наименовании учебного заведения гражданской авиации).

22.3. Формулировки заключений ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в протоколе обязательного медицинского освидетельствования:

а) годен к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортрадиста, диспетчера УВД;

б) годен к выполнению функций:

коммерческого пилота (самолет, дирижабль, вертолет);

линейного пилота (самолет, вертолет);

пилота многочленного экипажа (самолет);

штурмана;

бортинженера (бортмеханика);

бортрадиста;

летчика-наблюдателя;

диспетчера УВД;

внешнего пилота;

частного пилота (самолет, вертолет);

пилота свободного аэростата;

пилота сверхлегкого воздушного судна;

пилота планера;

в) нуждается в лечении (реабилитации) в течение срока, установленного ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), с последующим обязательным медицинским освидетельствованием;

г) не годен к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортрадиста, диспетчера УВД;

д) не годен к выполнению функций пилота коммерческой авиации, линейного пилота, пилота многочленного экипажа, штурмана, бортинженера, бортмеханика, бортрадиста;

е) не годен к выполнению функций летчика-наблюдателя, диспетчера УВД, внешнего пилота;

ж) не годен к выполнению функций частного пилота, пилота планера, пилота свободного аэростата, пилота сверхлегкого воздушного судна.

22.4. При соответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям оформляется медицинское заключение, копия которого в течение 2 рабочих дней по электронным каналам связи передается в уполномоченный орган в области гражданской авиации.

22.5. При несоответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям ему выдаются справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) об обязательном медицинском освидетельствовании и извещение об



отказе в выдаче медицинского заключения (рекомендуемый образец приведен в приложении № 9 к настоящему Порядку). Справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) об обязательном медицинском освидетельствовании, извещение об отказе в выдаче медицинского заключения в течение 2 рабочих дней по электронным каналам связи передаются в уполномоченный орган в области гражданской авиации.

22.6. В сложных экспертных случаях медицинская документация направляется на рассмотрение ЦВЛЭК ГА, в том числе посредством передачи по защищенным каналам связи, исключающим возможность несанкционированного доступа к информации третьих лиц, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о защите персональных данных.

ЦВЛЭК ГА проводит консультации врачей-специалистов и председателей – медицинских экспертов ВЛЭК ГА с использованием телемедицинских технологий в течение 24 часов со дня получения документа.

Направление кандидата на получение медицинского заключения на консультацию в ЦВЛЭК ГА осуществляется председателем – медицинским экспертом ВЛЭК ГА по предварительному согласованию с медицинским экспертом ЦВЛЭК ГА (рекомендуемый образец приведен в приложении № 10 к настоящему Порядку).

22.7. ЦВЛЭК ГА утверждает следующие заключения ВЛЭК ГА:

не годен к выполнению функций пилота (1 класс медицинского заключения);

годен к выполнению функций пилота (при восстановлении пилотов, ранее признанных не годными к летной работе по 1 классу медицинского заключения).

ВЛЭК ГА не позднее чем через 5 дней с момента вынесения медицинского заключения направляет ЦВЛЭК ГА протокол об обязательном медицинском освидетельствовании. ЦВЛЭК ГА в течение 3 дней после получения протокола выносит окончательное медицинское заключение.

При несогласии с заключением, вынесенным ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА имеет право осмотреть кандидата на получение медицинского заключения с вынесением окончательного медицинского заключения.

23. При первичном выявлении несоответствия здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям ВЛЭК ГА обосновывает (с привлечением специалистов по производству полетов, диспетчеров УВД), что несоответствие здоровья кандидата на получение медицинского заключения медицинским требованиям не представляет угрозы для безопасности полетов, и направляет его в ЦВЛЭК ГА с целью принятия решения о вынесении официального медицинского заключения.

В официальном медицинском заключении:

указывается, что в определенных обстоятельствах несоответствие здоровья кандидата на получение медицинского заключения требованиям к состоянию здоровья не угрожает безопасности полетов;

учитываются соответствующие способности, квалификация и опыт кандидата на получение медицинского заключения, а также условия его работы (на основании характеристики с места работы);

делается отметка о любом специальном ограничении или ограничениях в тех случаях, когда обеспечение безопасности полетов обладателем свидетельства зависит от соблюдения такого ограничения или ограничений.

23.1. Очередное освидетельствование обладателя официального медицинского заключения проводится ЦВЛЭК ГА.

24. В случае когда принятие решения о годности возможно при установлении ограничения, медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оценивает состояние здоровья кандидата на получение медицинского заключения, его способности, навыки, опыт, виды полетов, условия деятельности и степень сохранности функциональных резервов его организма.

25. Ограничения устанавливаются ВЛЭК ГА и ЦВЛЭК ГА при неполном соответствии здоровья кандидата на получение медицинского заключения медицинским требованиям, установленным настоящим Порядком, при условии, что данное состояние его здоровья не ставит под угрозу безопасность полетов.

Информация об ограничениях вносится в раздел «Особые отметки» медицинского заключения (на оборотной стороне документа).

ВЛЭК ГА и ЦВЭК ГА руководствуется следующими ограничениями:

действительно только при использовании корректирующих средств (далее -HAL);

ношение корректирующих линз и наличие запасной пары очков (коррекция нарушения зрения для дальнего расстояния: при осуществлении прав и обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, обладатель свидетельства должен носить очки или контактные линзы, корректирующие нарушение зрения для дальнего расстояния, подтвержденное данными обязательного медицинского освидетельствования, и согласованные для использования ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА; использование контактных линз должно быть разрешено ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА; при использовании контактных линз в наличии должна быть запасная пара очков, прописанных ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА (далее – VDL);

ношение многофокальных очков и наличие запасной пары очков (коррекция нарушения зрения для дальнего, среднего и ближнего расстояний: при осуществлении прав и обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, обладатель свидетельства должен носить очки или контактные линзы, корректирующие нарушение зрения для дальнего, среднего и ближнего расстояний, подтвержденное данными медицинского освидетельствования, и согласованные для использования ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА; контактные линзы и очки с цельной оправой, корректирующие зрение только на ближнее расстояние, не могут использоваться) (далее – VML);

иметь при себе корректирующие зрение очки и запасную пару очков (коррекция нарушения зрения для ближнего расстояния: при осуществлении прав и обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, обладатель свидетельства должен иметь в непосредственной доступности очки или контактные линзы, корректирующие нарушение зрения для ближнего расстояния, подтвержденное данными медицинского освидетельствования, и согласованные для использования ВЛЭК ГА, ЦВЛЭК ГА) (далее – VNL);

действительно для полетов только в дневное время (ограничение дает разрешение частным пилотам с различной степенью нарушения цветовосприятия осуществлять обязанности, предусмотренные соответствующим свидетельством, только в дневное время; применяется только для медицинского заключения 2 класса) (далее – VCL);

ограничение срока действия медицинского заключения: срок действия

медицинского заключения ограничивается на период, указанный в заключении. Период действия начинается с даты прохождения медицинского освидетельствования. Период, оставшийся от действия предыдущего медицинского заключения, более не действителен. Обладатель медицинского заключения должен проходить следующее медицинское освидетельствование, как предписано, и следовать всем медицинским рекомендациям (далее – TML);

применимо к членам летного экипажа, которые не соответствуют требованиям для пилотов, осуществляющих эксплуатацию воздушных судов, управляемых одночленным экипажем, но соответствуют требованиям для пилотов, осуществляющих эксплуатацию воздушных судов, управляемых многочленным экипажем. Применяется только для медицинского заключения 1 класса (далее – OML);

годен только как второй пилот. Данное ограничение применяется в случаях, когда по определенным медицинским основаниям здоровье пилота оценивается как не представляющее угрозу безопасности полетов. При выполнении полетов кандидат на получение медицинского заключения может управлять воздушным судном как второй пилот, но не как командир воздушного судна. Применяется только для медицинского заключения 1 класса (далее – OCL);

годен только для демонстрируемого типа воздушного судна: данное ограничение относится к пилотам с повреждением/отсутствием конечности или другим анатомическим недостатком, приемлемость которого для выполнения полетов была подтверждена медицинским летным тестом или полетом на тренажере, и требуется указать ограничение для полетов на определенном типе воздушного судна. Применяется только для частных пилотов, пилотов сверхлегкой авиации, пилотов планера и свободного аэростата (далее – OAL);

годен только для управления воздушным судном без пассажиров: применение данного ограничения рассматривается при наличии у пилота проблемы скелетно-мышечной системы или прочего заболевания, представляющего определенный минимальный риск для безопасности полетов, который является приемлемым для пилота, но неприемлемым для перевозки пассажиров. Применяется только для частных пилотов, пилотов сверхлегкой авиации, пилотов планера и свободного аэростата (далее – OPL);

Запрещается продление нормы полетного времени для лиц с нарушением слуха.

26. В случае несогласия с экспертным решением, принятым ВЛЭК ГА, кандидат на получение медицинского заключения может обратиться в ЦВЛЭК ГА для обжалования этого решения.

Экспертное решение ЦВЛЭК ГА обжалуется в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

27. При проведении обязательного медицинского освидетельствования соблюдается принцип конфиденциальности медицинской информации.

28. После завершения первичного освидетельствования и признания кандидата на получение медицинского заключения годным по состоянию здоровья к исполнению функций авиационного персонала (обучению), на него формируется личное медицинское дело, включающее протокол его медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), протоколы заключений врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также

прочие документы, с учетом которых был установлен диагноз и выносилось решение о годности (негодности) к обучению и работе по состоянию здоровья.

Личное медицинское дело пополняется после каждого освидетельствования кандидата на получение медицинского заключения и хранится во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не менее 50 лет (после окончания профессиональной деятельности обладателя свидетельства – не менее 10 лет).

29. Личное медицинское дело хранится по месту проведения обязательного медицинского освидетельствования в бумажном и электронном виде. В электронном варианте данные передаются в информационную базу «Паспорт здоровья авиационного персонала».

При необходимости передачи материалов личного дела на бумажном носителе оформляется заверенная копия, которая направляется по месту запроса в печатанном виде.

30. При проведении первичного обязательного медицинского освидетельствования заполняется медицинская карта авиационного персонала (рекомендуемый образец приведен в приложении № 11 к настоящему Порядку) с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), в которую вносится также протокол обязательного медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), предусмотренный пунктом 22.2 настоящего Порядка. Медицинская карта ведется в бумажном или электронном виде врачом медицинской организации, осуществляющей медицинское наблюдение.

31. Медицинская документация (личное медицинское дело, медицинская карта) лицам, окончившим образовательную организацию, учебное заведение гражданской авиации, а также специалистам авиационного персонала при переводе в другие авиационные предприятия и их увольнении из организации гражданской авиации выдается на руки в печатанном виде под подпись в соответствии с порядком, установленным распорядительным документом медицинской организации, осуществлявшей освидетельствование и/или динамическое наблюдение/мониторинг состояния здоровья. При ведении медицинской документации только в электронном виде выдается оформленная выписка за весь период наблюдения (в бумажном или электронном виде с заверением квалифицированной электронной подписью).

32. По результатам медицинского освидетельствования за текущий год ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) составляет заключительный акт по результатам медицинского освидетельствования членов летных экипажей воздушных судов, диспетчеров УВД (рекомендуемый образец приведен в приложении № 12 к настоящему Порядку), который утверждается председателем – медицинским экспертом ВЛЭК ГА и направляется руководителю предприятия не позднее 10 февраля года, следующего за отчетным.

33. Порядок создания и работы ВЛЭК ГА и ЦВЛЭК ГА, требования к квалификации их членов установлены приложениями № 13, 14 к настоящему Порядку.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к Порядку  
(форма)

Российская Федерация  
(Russian Federation)

Министерство транспорта Российской Федерации  
Федеральное агентство воздушного транспорта  
(Federal Air Transport Agency)

Серия AAN 0000000

Форма бланка

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ класса  
Medical Conclusion \_\_\_\_\_ class

группа крови \_\_\_\_\_

резус-фактор \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_  
Surname

Имя \_\_\_\_\_ Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
Name

Дата рождения \_\_\_\_\_  
Date of birth

\_\_\_\_\_ наименование ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА (штамп ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА)  
Medical Aviation Centre

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
Date of issue

Согласно Порядку МО ГА  
In accordance with FAR of Russia

ПРИЗНАН ГОДНЫМ к выполнению функций \_\_\_\_\_  
Approved for flight operating \_\_\_\_\_

Медицинское заключение действительно по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
Conclusion is valid till

Медицинский эксперт (председатель) ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)  
Medical expert \_\_\_\_\_  
Подпись Signature

М.П.  
Stamp

-----  
(линия отреза)

Медицинское заключение

Серия AA N 0000000

Выдано: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (должность)

Дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Подпись в получении: \_\_\_\_\_

Оборотная сторона

<b>Сроки медицинского осмотра (месяц, год)</b>	<b>Заключение о допуске к работе (обучению)</b>	<b>Подпись и печать врача</b>

Особые отметки/ограничения:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к Порядку  
(рекомендуемый образец)

**Заявление на медицинское освидетельствование**

<b>Фамилия:</b>		<b>Прежняя фамилия:</b>		<b>Идентификационный номер:</b>	
<b>Имя, отчество:</b>		<b>Дата рождения:</b>		<b>Пол:</b>	
				М Ж	
				1 <b>Заявление</b> Первичное, очередное Внеочередное	
<b>Страна выдачи свидетельства:</b>			<b>Запрашиваемый класс медицинского заключения:</b> 1-й; 2-й; 3-й		
<b>Место, страна рождения:</b>			<b>Профессия (основная):</b>		
<b>Адрес проживания</b>		<b>Адрес регистрации</b>	<b>Место работы (основное):</b>		
			<b>Последнее медицинское освидетельствование:</b>		
			Дата:		
			Место:		
<b>Эл. почта</b>		<b>Номер телефона</b>		<b>Имеющееся медицинское заключение (класс):</b>	
<b>Имеются ли ограничения в свидетельстве/медицинском заключении:</b>				<b>Вид и номер свидетельства:</b>	
Нет Да Указать:				Страна выдачи:	
<b>Имели ли место отказы в выдаче (приостановление, отзыв) медицинского заключения:</b> Нет Да Дата:				<b>Общий налет часов:</b>	
Место:				<b>Налет часов в межкомиссионный период:</b>	
Подробнее:				<b>Тип воздушного судна:</b>	
<b>Имели ли место авиационные события в межкомиссионный период:</b> Нет Да Дата: Место:				<b>Предполагаемый вид деятельности (обучение, диспетчер УВД, коммерческие перевозки, авиационные работы, частный пилот, пилот сверхлегкого воздушного судна и другие):</b>	
Подробнее:					
<b>Имели ли место отстранения на предполетном (предсменном) медицинском осмотре:</b>					
Нет Да Дата: Место:					
Причина:					
<b>Предполагаемый тип полетов:</b> одночленный экипаж , многочленный экипаж				<b>Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты, включая безрецептурные:</b>	
<b>Употребляете ли Вы спиртные напитки?:</b> Да Нет Если «Да», укажите среднее потребление за месяц (в ед. изм.)				Нет Да Если «Да», укажите какие, дату начала, суточную дозировку и причину (диагноз):	
<b>Курите ли Вы табачные изделия?:</b> Никогда раньше, дата прекращения В настоящее время (кол-во в день и число лет)		<b>Фамилия, инициалы, телефон авиационного врача</b>			
		<b>Имеете ли вы профессиональное заболевание?</b> Нет Да		<b>Имеете заключение об утрате профессиональной трудоспособности или инвалидность?</b> Нет Да	

	Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет
Расстройство зрения, глазная хирургия			Заболевания сердца, боли в сердце, перебои в работе сердца			Малярия или другое тропическое заболевание			Заболевания сердца, случаи внезапной сердечной смерти, диабет, инсульты у родителей, бабушек и дедушек		
Ношение очков и/или контакт. линз			Злоупотребление наркотиками, алкоголем			Положительный результат анализа ВИЧ			Аллергия, астма, экзема		
Изменения в рецепте на очки, конт. линзы			Частая или сильная головная боль			Заболевания, передаваемые половым путем			Гормональные нарушения		
Глаукома			Головокружения или обмороки			Пребывание в больнице			Расстройство желудка, печени, кишечника		
Диабет			Потеря сознания по любой причине			Любые другие заболевания или травмы			Эпилепсия, судороги в прошлом		
Повышенное артериальное давление			Неврологические заболевания			Посещение врача в межкомиссионный период			Почечный камень, кровь в моче		
Повышенный уровень холестерина			Психологические и психиатрические проблемы			Заболевания легких			Прочее		
Травмы головы или сотрясение мозга			Укачивание, требующее приема лекарств			Отказ в выдаче или отзыв свидетельства в прошлом					
Тугоухость, заболевание ушей			Попытки самоубийства			Туберкулез					
Анемия и другие заболевания крови			Наследственные заболевания			Назначение пенсии или компенсации в связи с телесными повреждениями или болезнью			Для женщин:		
Заболевание носа, горла, нарушения речи			Признание негодным к военной службе				Вы беременны?				
									Гинекологические заболевания		

## Примечания:

**Заявление:** настоящим подтверждаю, что приведенные выше сведения достоверны и изложены в полном объеме. Я предупрежден об отказе в выдаче мне медицинского заключения или отзыве любого выданного ранее мне медицинского заключения, а также применения иных действий в соответствии с законодательством Российской Федерации в случае предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации, а также отказа от предоставления подтверждающей медицинской информации.

**Согласие на передачу медицинской информации:** настоящим я в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451, 2021, № 27, ст. 5159) даю согласие на обработку персональных данных и передачу государственному полномочному органу по выдаче свидетельств медицинской информации, в том числе влияющей на безопасность полетов воздушных судов гражданской авиации.

Дата

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Подпись медицинского эксперта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ф.И.О.



### Перечень медицинских исследований

1. Терапевтическое обследование:

сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб;  
осмотр полости рта, зева, кожных покровов, видимых слизистых, пальпация лимфатических узлов и щитовидной железы, соответствие общего вида возрасту;  
оценка органов дыхания, кровообращения (определение функциональной способности), пищеварения и мочевыделения.

2. Хирургическое обследование:

сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб;  
антропометрия (рост, масса тела, окружность талии, индекс массы тела, окружность грудной клетки, спирометрия, динамометрия кистей);  
общий осмотр (телосложение, развитие мускулатуры и подкожно-жирового слоя, осанка, походка);  
состояние кожи, лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, периферических сосудов, костей, суставов, органов брюшной полости, наружных половых органов, области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы – для кандидатов на получение медицинского заключения с 40 лет.

3. Неврологическое обследование:

сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб;  
внешний осмотр (кожные рубцы, татуировки, атрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания, следы от инъекций, особенности анатомического строения);  
черепно-мозговые нервы;  
двигательная, рефлекторная, чувствительная сферы, статика и координация;  
вегетативно-нервная система (дермографизм, акроцианоз, гипергидроз, тремор, ортоклиностагическая проба);

эмоционально-психическая сфера.

4. Обследование ЛОР-органов:

сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб;  
внешний осмотр;  
внутренний осмотр (эндоскопия), передняя и задняя риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, определение носового дыхания и обоняния;  
акуметрия (шепотной, разговорной речью);  
барофункция уха;  
исследование статокINETической устойчивости (вестибулометрия) проводится методом непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса (НКУК) в течение 3 мин. или методом прерывистой кумуляции ускорений Кориолиса (ПКУК) в течение 2 мин. – кандидатам, поступающим на обучение в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, членам летного экипажа и диспетчерам УВД;

Состояние слуха оценивается с использованием тональной пороговой аудиометрии (ТПА) с определением порога слышимости по воздушной и костной проводимости на каждое ухо отдельно на частотах 0,25, 0,5, 1, 2, 3, 4, 6 и 8 кГц.

Степень выраженности нарушения слуха оценивается с учетом результатов ТПА по международной классификации тугоухости, основанной на среднем значении порогов слышимости на частотах 0,5, 1, 2 и 4 кГц: от 0 до 25 дБ – нормальный слух; 26–40 дБ – первая степень тугоухости; 41–55 дБ – вторая степень; 56–70 дБ – третья степень; 71–90 дБ – четвертая степень.

ТПА проводится при первичном освидетельствовании, курсантам перед выпуском, далее один раз в 4 года до возраста 40 лет, а с 40 лет – 1 раз в 2 года. В случае наличия клинической формы тугоухости либо изолированных повышений порогов слышимости на одной или нескольких частотах свыше возрастной нормы исследование проводится ежегодно.

При наличии установленного клинического диагноза с признаками нарушения слуха (тугоухость одно- или двусторонняя) проводится дополнительное исследование с использованием дополнительных субъективных (надпороговые тесты, речевая аудиометрия и др.) и объективных методов исследования слуха (акустическая импедансометрия, регистрация отоакустической эмиссии, коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга (КСВП), стационарных слуховых потенциалов (ASSR-тест). Объем аудиологического исследования определяется в зависимости от клинической и функциональной необходимости для решения вопроса о возможности безопасного выполнения профессиональных обязанностей.

Для проведения оценки годности с вынесением официального медицинского заключения ЦВЛЭК ГА для кандидатов на получение медицинского заключения, не соответствующих требованиям по слуху, проводится исследование функционального состояния слуха на восприятие речи (речевая аудиометрия) с конкурирующим ипсилатеральным звуком либо в свободном звуковом поле, где в речевом материале для тестирования используются как авиационные фразы, так и фонетически сбалансированные слова (тестовые элементы), а частотный состав фонового шума содержит диапазон частот речи (от 0,5 до 4 кГц). В спорных ситуациях в качестве альтернативы исследование можно проводить при шумовом фоне, воспроизводящем или имитирующем обычный шум в кабине воздушного судна того типа, для которого действителен сертификат кандидата на получение медицинского заключения, а также при тренировке на тренажере соответствующего типа воздушного судна.

Для оценки состояния среднего уха и сохранности функции слуховой трубы проводится ежегодно акустическая тимпанометрия.

Для объективной оценки функции носового дыхания, степени выраженности его нарушения проводится риноманометрия.

#### 5. Стоматологическое обследование:

состояние зубов, слизистой оболочки полости рта, десен;  
прикус, зубная формула, наличие коронок, мостов и протезов.

#### 6. Исследование органа зрения:

1) первичный осмотр предусматривает сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб.

Исследование остроты зрения вдаль, вблизи – определение ближайшей точки ясного зрения и на среднюю дистанцию: без коррекции, с коррекцией, исследование

бинокулярной остроты зрения, определение наилучшей коррекции (если это необходимо).

Рефрактометрия.

Исследование сохранности бинокулярного зрения (аппаратные методы).

Определение цветовосприятия (полихроматические таблицы).

Исследование темновой адаптации и чувствительности к ослеплению.

Определение ближайшей точки конвергенции, исследование подвижности глазных яблок.

Проведение периметрии (по показаниям).

Обследование анатомического состояния органа зрения (осмотр переднего отрезка глаза, осмотр глазного дна, включая дальнюю периферию сетчатки).

Измерение внутриглазного давления.

У кандидатов на получение свидетельства проводится объективное исследование рефракции в условиях циклоплегии;

2) регулярный осмотр предусматривает сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб.

Исследование остроты зрения вдаль, вблизи – определение ближайшей точки ясного зрения и на среднюю дистанцию: без коррекции, с коррекцией, исследование бинокулярной остроты зрения, определение наилучшей коррекции (если это необходимо).

Рефрактометрия.

Исследование темновой адаптации и чувствительности к ослеплению.

Определение ближайшей точки конвергенции, исследование подвижности глазных яблок.

Обследование анатомического состояния органа зрения (осмотр переднего отрезка глаза, осмотр глазного дна: оценка состояния диска зрительного нерва, сосудистых аркад и состояние макулярной зоны).

Измерение внутриглазного давления: для кандидатов на получение медицинского заключения и обладателей медицинского заключения 1 класса – в 35, 40 лет и далее ежегодно; для кандидатов на получение медицинского заключения и обладателей медицинских заключений 2 и 3 классов – в 40 лет и далее при очередном освидетельствовании ВЛЭК ГА.

Дальнейшее обследование проводится по наличию показаний (осмотр глазного дна под мидриазом, дополнительные аппаратные исследования).

7. Осмотр гинекологом.

8. Осмотр врача-психиатра при каждом медицинском освидетельствовании.

9. Осмотр врачом-психиатром-наркологом при каждом медицинском освидетельствовании с использованием наборов реагентов (экспресс-тестов) для предварительных химико-токсикологических исследований (ХТИ), позволяющих выявлять в моче 10 групп психоактивных веществ и их метаболитов: опиаты, каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катионы, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты, фенциклидин. Предварительные ХТИ проводятся иммунохимическими методами, исключая визуальную оценку результатов предварительных ХТИ, одновременно на все вещества и не позднее 2 часов с момента отбора пробы биологического объекта с применением анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов предварительных ХТИ путем сравнения полученного результата с

калибровочной кривой. В случае выявления при проведении предварительных ХТИ в образце биологического объекта (моче) психоактивных веществ и их метаболитов и вне зависимости от их концентрации проводится подтверждающее ХТИ методом газовой и (или) жидкостной хроматомасс-спектрометрии в химико-токсикологической лаборатории.

При положительном результате предварительных ХТИ, а также при выявлении у освидетельствуемого в ходе осмотра врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов заболеваний (состояний), связанных с употреблением (злоупотреблением) алкоголя, психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, в том числе при отрицательных результатах предварительных ХТИ, проводятся дополнительные исследования – подтверждающие ХТИ мочи или крови методом газовой и (или) жидкостной хроматомасс-спектрометрии в целях диагностики потребления иных ПАВ (в том числе лекарственных препаратов), а также применяются лабораторные методы диагностики маркеров злоупотребления алкоголем, включая количественное определение в образце крови карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT).

10. Психологическое обследование проводится:

а) при первичном освидетельствовании;

б) при первичном наделении члена летного экипажа правом выполнения функций командира воздушного судна, пилота при получении квалификационной отметки «инструктор», диспетчера УВД при получении квалификационной отметки «инструктор», при выдвижении на должность старшего диспетчера УВД, руководителя полетов;

в) кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса по достижении 45 лет, 50 лет, далее каждые 2 года, 60 лет и далее ежегодно, кандидатам на получение медицинского заключения 3 класса – в возрасте 50 лет, 55 лет, далее каждые 2 года;

г) при перерыве в работе более 4 месяцев кандидатам на получение медицинских заключений 1 класса и 3 класса;

д) при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

Исследование психофизиологических функций проводится не ранее чем через 3 дня после введения препаратов, расширяющих зрачок.

Приложение к Перечню  
медицинских исследований

№ п/п	Лабораторные и диагностические исследования	Медицинское заключение 1 класса	Медицинское заключение 2 класса	Медицинское заключение 3 класса
1.	Клинический анализ крови, глюкоза крови, общий анализ мочи, анализ мочи на ПАВ	при первичном освидетельствовании <sup>1</sup> далее ежегодно	при каждом освидетельствовании	при первичном освидетельствовании <sup>1</sup> , далее ежегодно
2.	Анализ крови на группу и резус-фактор, сифилис (реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (РМП или ее аналоги) или трепонемные тесты), ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С	при первичном освидетельствовании; при стационарном обследовании по клиническим показаниям		
3.	Биохимические исследования крови: гликированный гемоглобин, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды, билирубин и его фракции, ферменты АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ	в возрасте 40 лет, далее каждые 5 лет; по клиническим показаниям		
4.	Исследование крови: на ПСА для мужчин; на СА-125 для женщин	в возрасте 45, 50, 55, 60 и далее ежегодно; по клиническим показаниям		
5.	Исследование кала на скрытую кровь	1 раз в 2 года в возрасте от 40 до 64 лет, после 65 лет ежегодно; по клиническим показаниям		
6.	Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются)	для женщин с 18 лет		
7.	Рентгенография легких	при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в 2 года		
8.	Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	для женщин по достижении 40 лет 1 раз в 2 года		
9.	Рентгенография придаточных пазух носа	при первичном освидетельствовании по клиническим показаниям	по клиническим показаниям	
10.	ЭЭГ (электроэнцефалограмма)	при первичном освидетельствовании; по клиническим показаниям		

№ п/п	Лабораторные и диагностические исследования	Медицинское заключение 1 класса	Медицинское заключение 2 класса	Медицинское заключение 3 класса
11.	ЭКГ в покое (12 отведений по Вильсону)	при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; при достижении возраста 50 лет 1 раз в 6 месяцев	при первичном освидетельствован ии, далее при каждом освидетельствован ии, 50 лет и далее — ежегодно, 60 лет — 1 раз в 6 месяцев	при первичном освидетельствова нии, далее ежегодно, при достижении возраста 50 лет 1 раз в 6 месяцев
12.	ЭКГ с физической нагрузкой (велозргометрия или тредмил-тест)	в возрасте 40 лет, 50 лет, 55 лет, 60 лет и далее ежегодно; по клиническим показаниям		
13.	Ультразвуковое исследование внутренних органов (брюшная полость, почки, щитовидная железа, органы малого таза)	в возрасте 40 лет и далее каждые 5 лет; по клиническим показаниям	по клиническим показаниям	в возрасте 40 лет, далее каждые 5 лет; по клиническим показаниям
14.	Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий	в возрасте 40, 45, 50, 55 лет и далее при каждом освидетельствовании; по клиническим показаниям		
15.	Эхокардиография, стресс-эхокардиография, суточное монитори- рование АД, ЭКГ	по клиническим показаниям		
16.	ЭФГДС (Эзофагогастро- дуоденоскопия)	в возрасте 45 лет; по клиническим показаниям	по клиническим показаниям	

**Требования к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидату на  
получение медицинского заключения 1 класса**

**I. Сердечно-сосудистая система**

1. У кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса в возрасте от 40 до 64 лет должен быть оценен суммарный сердечно-сосудистый риск с применением шкалы SCORE. При достижении возраста 65 лет и далее суммарный сердечно-сосудистый риск определяется как высокий по шкале SCORE. Шкала SCORE оценивает риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений (включая коронарные события, МИ, аневризму брюшной аорты) в течение ближайших 10 лет.

2. Суммарный сердечно-сосудистый риск кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса оценивается следующим образом:

очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск – при наличии:

– документированного атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания (перенесенный острый коронарный синдром, стабильная стенокардия, чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование или другие операции на артериях, инсульт/транзиторная ишемическая атака);

– атеросклеротического поражения артерий со стенозированием  $\geq 50\%$ ;

– сахарного диабета (СД) в сочетании с поражением органов-мишеней  $\geq 3$  факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ФР), а также раннего начала СД 1 типа с длительностью  $> 20$  лет;

– хронической болезни почек (ХБП) со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;

– риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет по SCORE  $\geq 10\%$ ;

– семейной гиперхолестеринемии в сочетании с атеросклеротическим сердечно-сосудистыми заболеваниями или с ФР;

высокий суммарный сердечно-сосудистый риск – при наличии:

– холестерина (ХС)  $> 8$  ммоль/л и/или липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)  $> 4,9$  ммоль/л;

– артериального давления (АД)  $\geq 180/110$  мм рт. ст.;

– семейной гиперхолестеринемии без ФР;

– СД без поражения органов-мишеней, СД  $\geq 10$  лет или с ФР;

– ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;

– риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет по SCORE  $\geq 5\%$  и  $< 10\%$ ;

– гемодинамически незначимого атеросклероза некоронарных артерий со стенозированием от 25 до 49 %;

– возраста  $\geq 65$  лет;

умеренный суммарный сердечно-сосудистый риск – при наличии:

– СД 1 типа при возрасте моложе 35 лет или СД 2 типа при возрасте моложе 50 лет с длительностью СД  $< 10$  лет без поражения органов мишеней и ФР;

– риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет по SCORE  $\geq 1\%$  и  $< 5\%$ ;

низкий суммарный сердечно-сосудистый риск – при наличии:

– риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет по SCORE < 1 %.

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ФР):

- 1) возраст  $\geq 55$  лет для мужчин и 65 лет для женщин;
- 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина  $\geq 5,0$  ммоль/л, липопротеинов низкой плотности  $\geq 3,0$  ммоль/л, триглицеридов  $\geq 1,7$  ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин  $\leq 1,0$  ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л);
- 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление  $\geq 90$  мм рт. ст.);
- 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак  $\geq 6,2$  ммоль/л при 2 последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин  $\geq 6,0$ , и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки  $\geq 7,8$  ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак);
- 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, объема талии у мужчин  $\geq 102$  см, у женщин  $\geq 88$  см или ожирение (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>);
- 6) повышение уровня мочевой кислоты плазмы крови ( $\geq 360$  мкмоль/л у женщин,  $\geq 420$  мкмоль/л у мужчин);
- 7) снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ;
- 8) курение (в настоящее время или в прошлом);
- 9) семейный анамнез развития сердечно-сосудистых (ССЗ) в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и < 65 лет для женщин).

Факторы риска определяются при проведении медицинских осмотров.

3. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском должны быть проконсультированы врачом-кардиологом, имеющим подготовку по авиационной и космической медицине, и/или врачом-кардиологом ЦВЛЭК ГА (далее – кардиологическое обследование).

### **Заболевания коронарных артерий**

#### **Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда (I20)**

4. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса при подозрении на ишемию миокарда подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с установленным диагнозом стенокардии либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда признаются не годными к обучению и работе.

5. Инфаркт миокарда, другие ишемические коронарные события, процедуры реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий (I21–I25).

Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса проводится не ранее чем через 12 месяцев после индексного события (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, процедуры реваскуляризации, при известном заболевании коронарной артерии – эндоваскулярное стентирование или шунтирование).

Медицинское заключение 1 класса не выдается:



при первичном медицинском освидетельствовании;

при наличии любых клинических проявлений ишемической болезни сердца, включая бессимптомную ишемию миокарда;

при необходимости приема медикаментозных препаратов, назначаемых для купирования симптомов ишемической болезни сердца, за исключением бета-адреноблокаторов;

при наличии любого нереваскуляризованного стеноза коронарных артерий  $\geq 50\%$  следующей локализаций: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задняя межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

при наличии любого нереваскуляризованного стеноза коронарных артерий  $\geq 30\%$  в стволе левой коронарной артерии или в проксимальном отделе передней нисходящей артерии;

при наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по В.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan, желудочковой тахикардии;

при невозможности достижения нагрузки, соответствующей стадии IV протокола Брюса на тредмиле или ее эквивалента;

при наличии одного из следующих параметров при визуализации сердца по данным эхокардиографии (далее обозначается как значимая структурная патология сердца):

для мужчин: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,4$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)  $\geq 259$  г, и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 132$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 6,4$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ ;

для женщин: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,3$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)  $\geq 210$  г, и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 109$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 5,8$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ .

6. Выдача медицинского заключения 1 класса допускается только с применением ограничений OML (многочленный экипаж) или OCL (в качестве второго пилота) в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – уровни ХС  $< 5$  ммоль/л, ЛПНП  $< 3$  ммоль/л, артериальная гипертензия – до уровня АД  $< 140/90$  мм рт. ст., гипергликемия – до уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)  $< 7\%$ , снижение функции почек – до уровня СКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, ожирение – снижение ИМТ  $< 30$  кг/м<sup>2</sup>, гиперурикемия –

до уровня мочевого кислоты  $\leq 360$  мкмоль/л у женщин,  $\leq 420$  мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярное (минимум один раз в год) кардиологическое обследование.

### **Нарушения ритма сердца и проводимости сердца**

7. Наджелудочковая экстрасистолия (I49.1–I49.2) не является основанием для вынесения решения о негодности к обучению и работе за исключением ее симптомного течения или при индукции наджелудочковыми экстрасистолами пароксизмальных наджелудочковых нарушений ритма сердца, подразумевающих

вынесение решения о негодности, выявленных при проведении кардиологического обследования, в том числе суточного мониторирования ЭКГ.

### **Желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия (I49.3, I47.0, I47.2)**

8. Бессимптомная желудочковая экстрасистолия 1 градации по В.Лown и М.Вolf, в модификации М.Руан (менее 5 экстрасистол в минуту по данным ЭКГ и менее 30 экстрасистол в час при мониторировании суточной ЭКГ) не является основанием для вынесения решения о негодности и проведения кардиологического обследования.

9. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с желудочковыми экстрасистолами 2, 3 и 4а градаций по В.Лown и М.Вolf в модификации М.Руан, подлежат кардиологическому обследованию.

10. Кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градаций по В.Лown и М.Вolf в модификации М. Руан, эпизодами желудочковой тахикардии, после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования выносится решение о негодности к обучению и работе.

### **Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5)**

11. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы  $\geq 2,0$  сек., синусовая брадикардия в покое днем с ЧСС  $\leq 40$  уд/мин, ночью  $\leq 30$  уд/мин, невозможность достижения 80 % субмаксимальной ЧСС, рассчитанной по формуле  $220 - \text{возраст}$ ) подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при наличии синусовых пауз  $\geq 3,0$  сек;

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

12. Не являются основаниями для вынесения решения о негодности к обучению и работе после кардиологического обследования: бессимптоматическая синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз  $\leq 3,0$  сек. при отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, допускается выдача медицинского заключения с применением ограничений OML или OCL.

### **Предсердная тахиаритмия (I47.1)**

13. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленными эпизодами предсердной тахиаритмии подлежат кардиологическому обследованию.

14. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахиаритмии медицинское заключение 1 класса не выдается:

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

при продолжительности пароксизмов более 30 секунд и частоте сердечных сокращений (ЧСС) более 150 уд/мин.

### **Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48)**

15. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов фибрилляции предсердий/трепетания предсердий медицинское заключение 1 класса не выдается:

при значимой структурной патологии сердца;

при наличии транзиторной ишемической атаки и/или ишемического инсульта в анамнезе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

при наличии фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев.

16. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если кандидат на получение медицинского заключения 1 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование, а также в случае потребности регулярно получает разрешенную медикаментозную терапию.

17. При проведении эндоваскулярного хирургического лечения фибрилляции предсердий/трепетания предсердий заключение 1 класса может быть выдано не ранее чем через 6 месяцев при отмене антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

18. Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 1 класса:

постоянное сохранение синусового ритма со средней частотой менее 90 уд/мин в дневное время;

нормальные значения гормонов щитовидной железы (уровень тиреотропного гормона (ТТГ)  $\geq 0,4$  мЕд/л и  $\leq 4,0$  мЕд/л) и печеночных ферментов в биохимическом анализе крови (аланинаминотрансфераза (АЛТ)  $\leq 40$  Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ)  $\leq 40$  Ед/л;

нормальное значение среднего объема эритроцитов (MCV) 80-100 фл.;

отсутствие значимой структурной патологии сердца, внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает  $\leq 4,5$  см и индекс ВД ЛП/ППТ  $\leq 2,5$  см/м<sup>2</sup>;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев при условии отмены антиаритмической и антикоагулянтной терапии;

при трепетании предсердий при электрофизиологическом исследовании определяется двунаправленная блокада кавотрикуспидального перешейка.

#### **Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1)**

19. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией подлежат кардиологическому обследованию.

20. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардии медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

при наличии эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторировании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры модификации медленного пути;

при индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

21. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если кандидат на получение медицинского заключения 1 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование, а также в случае потребности получает медикаментозную терапию.

### **Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6)**

22. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией с дополнительными путями проведения подлежат кардиологическому обследованию.

23. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса во время освидетельствования или в анамнезе феномена WPW и/или эпизодов атриовентрикулярной реципрокной тахикардии с дополнительными путями проведения медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании (за исключением случаев, когда у кандидата на получение медицинского заключения 1 класса с феноменом WPW при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс или кандидату на получение медицинского заключения 1 класса проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу наличия дополнительных путей проведения);

при наличии признаков проведения по дополнительным проводящим путям и эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторировании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути;

при индуцировании при электрофизиологическом исследовании эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии или при определении показателя эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $< 300$  мс;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

24. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в следующих случаях:

если была проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтверждена результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием или

при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс;

если при трехкратном холтеровском мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, отсутствуют признаки проведения по дополнительным проводящим путям и эпизоды атриовентрикулярной реципрокной тахикардии;

если регулярно (не реже одного раза в год) проводится кардиологическое обследование.

### **Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0–I44.3)**

25. Выявление атриовентрикулярной блокады I степени не является основанием для дисквалификации, за исключением ее симптомного течения.

26. Кандидаты на получение медицинского заключения I класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III степени подлежат кардиологическому обследованию.

27. Медицинское заключение I класса не выдается:

при атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2:1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гиса или паузами  $\geq 3$  сек;

при атриовентрикулярной блокаде III степени;

при установленном эндокардиальном кардиостимуляторе;

при наличии жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

28. Наличие атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I и типа Мобитц II с паузами  $< 2$  сек. при отсутствии значимой структурной патологии сердца и без клинических проявлений не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения I класса.

29. В остальных случаях выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если кандидат на получение медицинского заключения I класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум 1 раз в год) проходит кардиологическое обследование.

### **Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4–I44.7)**

30. Кандидаты на получение медицинского заключения I класса с выявленным нарушением внутрижелудочковой проводимости подлежат кардиологическому обследованию.

31. Выявленная неполная блокада правой ножки пучка Гиса, а также неполная блокада левой ножки пучка Гиса не являются основаниями для отказа в выдаче медицинского заключения при отсутствии значимой структурной патологии сердца.

32. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения I класса полной блокады правой ножки пучка Гиса медицинское заключение I класса выдается при отсутствии:

значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

отрицательной пробы ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

на суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности;

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

33. Кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса в возрасте до 40 лет медицинское заключение выдается без ограничений. Старше 40 лет – только с применением ограничений OML или OCL, которые могут быть сняты через 12 месяцев после повторного кардиологического обследования.

34. При впервые выявленной полной блокаде левой ножки пучка Гиса медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

35. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если кандидат на получение медицинского заключения 1 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование, а также в случае потребности получает медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

отсутствует значимая структурная патология сердца;

получена отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум, необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

при суточном мониторинге ЭКГ отсутствуют нарушения ритма и проводимости, подразумевающие вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при проведении перфузионной томографии миокарда с фармакологической нагрузкой (или эквивалентного исследования) не выявлено признаков обратимого дефекта перфузии. Небольшой фиксированный дефект допускается при условии нормальных значений фракции выброса левого желудочка (не менее 55 % при эхокардиографии) или если имеется отрицательный результат стресс-ЭХОКГ;

при мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий или селективной коронарной ангиографии не выявлено стеноза  $\geq 50\%$  любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза  $\geq 30\%$  в стволе левой коронарной артерии или в проксимальном отделе передней нисходящей артерии.

36. Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гисса не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения:

при отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

при отрицательной пробе ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум, необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

при суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при отсутствии жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

37. При выявлении блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса необходимо проведение кардиологического обследования и, в случае необходимости, ежегодного кардиологического наблюдения.

**Ионные каналопатии (феномен/синдром Бругада, феномен/синдром удлиненного интервала QT (LQTS), феномен/синдром укороченного интервала QT (SQT), феномен/синдром ранней реполяризации желудочков) (I49.8)**

38. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с диагностированными ионными каналопатиями подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

39. Феномен/синдром ранней реполяризации желудочков является поводом для кардиологического обследования только при наличии j-волны на ЭКГ в отведениях II, III, aVF.

40. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании;

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии на ЭКГ удлинения QTc  $\geq 500$  мс, укорочения QTc  $\leq 330$  мс или феномена Бругада 1 типа;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, особенно синкопальных эпизодов.

41. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств при выявлении синдрома удлиненных ионных каналопатий в том случае, если кандидат на получение медицинского заключения 1 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование. Необходимо соблюдение следующих условий:

на ЭКГ отсутствуют удлинение QTc  $\geq 500$  мс, укорочение QTc  $\leq 330$  мс или феномен Бругада 1 типа или особенностей после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковые аритмии 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

**Патология клапанов сердца**

**Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1)**

42. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с двустворчатым аортальным клапаном могут быть признаны годными к обучению и работе без ограничений при отсутствии значимой структурной патологии сердца, жалоб и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также при регулярном (не реже одного раза в 2 года) кардиологическом обследовании.

### **Аортальный стеноз (I35.0, I06.0)**

43. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

44. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при пиковой скорости аортального потока по Доплеру  $> 3$  м/с;

при наличии в анамнезе ишемического инсульта и/или транзиторной ишемической атаки;

при увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

45. Выявление у обладателей свидетельств аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока по Доплеру  $\leq 2,5$  м/с не является основанием для их дисквалификации и введения ограничений при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

46. При выявлении аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока в аорте по Доплеру  $\geq 2,6$  и  $\leq 3,0$  м/с, а также при наличии признаков кальцификации клапана выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств с применением ограничений OML или OCL при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### **Аортальная регургитация (I35.1, I06.1)**

47. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной аортальной регургитацией подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

48. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании;

при диаметре корня аорты  $> 5,0$  см;

при конечно-диастолическом размере левого желудочка (КДР ЛЖ)  $> 6,5$  см;

при конечно-систолическом размере левого желудочка (КСР ЛЖ)  $> 4,4$  см;

при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

49. Выявление у обладателей свидетельств аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\leq 6,0$  см и КСР ЛЖ  $\leq 4,1$  см не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе и введения ограничений при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

50. При аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\geq 6,2$  см и  $\leq 6,5$  см и КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см и  $\leq 4,4$  см выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств с применением ограничений OML или OCL при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.



### Патология митрального клапана (I34, I05)

51. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной патологией и аномалиями митрального клапана подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

52. Наличие пролапса митрального клапана  $< 6$  мм и толщина створок митрального клапана  $< 5$  мм при отсутствии жалоб и клинических проявлений не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

53. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при площади митрального отверстия  $\leq 1,5$  см<sup>2</sup> при митральном стенозе;

при площади струи регургитации  $\geq 4$  см<sup>2</sup> или  $\geq 20$  % от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta  $\geq 0,3$  см при митральной регургитации;

при ревматическом митральном стенозе/регургитации;

при неревматической неишемической регургитации митрального клапана, вызванной разрывом хорды или ишемическим повреждением папиллярных мышц;

при наличии фибрилляции предсердий или трепетания предсердий на фоне митрального стеноза/регургитации;

при увеличении КДР ЛЖ  $\geq 6,1$  см;

при увеличении КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см;

при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

54. В остальных случаях допускается выдача медицинского заключения только обладателям свидетельств с применением ограничений OML или OCL при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца

55. Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса, перенесших замену аортального клапана биологическим протезом или хирургическое восстановление митрального клапана, проводится не ранее чем через 6 месяцев после оперативного лечения.

56. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при аортальной вальвулопатии;

при замене любого клапана, многоклапанном протезировании;

при наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;

при отсутствии постоянного синусового ритма;

при наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

57. Выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств с применением ограничений OML или OCL в том случае, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до

приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

### **Перикардит, миокардит и эндокардит (I30–I33, I40)**

58. Первичное освидетельствование возможно не ранее, чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследования при отсутствии нарушения функции сердца вследствие перенесенного заболевания, жалоб и клинических проявлений.

59. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

60. В течение первых 2 лет после перенесенного заболевания допуск к летной работе обладателей свидетельств возможен с ограничением OML или OCL при условии регулярного (не менее одного раза в год) проведения кардиологического осмотра.

По истечении 2 лет после перенесенного заболевания при отсутствии значимых структурных изменений сердца, жалоб и клинических проявлений возможен допуск к летной работе без ограничений.

### **Кардиомиопатии**

#### **Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1–I42.2)**

61. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной гипертрофической кардиомиопатией подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

62. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при превышении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 2,5$  см;

при градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое  $\geq 50$  мм рт. ст;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

63. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

#### **Рестриктивная кардиомиопатия (I42.5)**

64. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной рестриктивной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

65. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;  
 если причиной развития кардиомиопатии не является гемохроматоз;  
 при нарушении углеводного обмена;  
 при наличии инфузионно-зависимой анемии;  
 при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;  
 при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

66. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств, если они минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Дилатационная кардиомиопатия и кардиомиопатия, обусловленная воздействием алкоголя/лекарственных средств (I42.0, I42.6, I42.7)**

67. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной дилатационной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

68. Медицинское заключение 1 класса не выдается:  
 при первичном медицинском освидетельствовании;  
 в течение первого года после верификации диагноза;  
 при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ ;  
 при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по В.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;  
 выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

69. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств, если они минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Саркоидоз с поражением сердца (D86.8)**

70. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с впервые установленным диагнозом подлежат кардиологическому обследованию.

71. Медицинское заключение 1 класса не выдается:  
 при первичном медицинском освидетельствовании;  
 в течение первых 6 месяцев после верификации диагноза;  
 при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;  
 при отсутствии признаков гипоксемии;  
 при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);  
 при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, в том числе и с момента верификации диагноза.

72. Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в 6 месяцев) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8)**

73. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1-V3, удлинение комплекса QRS  $\geq 110$  мс с инверсией зубца T в отведениях V1-V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса, инверсия зубцов T в отведениях V1-V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гиса), подлежат кардиологическому обследованию.

Установление диагноза является причиной отказа в допуске к работе.

### **Синдром спортивного сердца (I42.7)**

74. Выявление при ЭКГ увеличения КДР ЛЖ у мужчин  $\geq 6,0$  см (для женщин  $\geq 5,3$  см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин  $\geq 3,2$  см/м<sup>2</sup> (для женщин  $\geq 3,3$  см/м<sup>2</sup>) требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики заболеваний сердца.

75. После постановки диагноза «синдром спортивного сердца» при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса допускаются к летной работе без ограничений.

### **Врожденные пороки сердца**

#### **Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1)**

76. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленными дефектами межпредсердной перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

77. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных скоростей кровотока в легочной артерии и аорте (соотношение QP/QS)  $\geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии;

при наличии первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

78. При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна кандидату на получение медицинского заключения в возрасте до 24 лет, заключение 1 класса выдается без ограничений при условии регулярного (не менее одного раза в год) кардиологического обследования.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна кандидату на получение медицинского заключения в возрасте после 24 лет, при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных скоростей кровотока в легочной артерии и аорте (соотношение QP/QS)  $\leq 1,5:1$  по данным ЭКГ, при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса возможна выдача медицинского заключения 1 класса с применением ограничений OML или OCL при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум, необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий и/или трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинге ЭКГ;

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при ЭКГ площади струи регургитации  $\leq 4 \text{ см}^2$  и/или  $\leq 20 \%$  от площади левого предсердия и/или фракции регургитации  $\leq 30 \%$  объема левого предсердия ширина *vena constanta*  $\leq 0,3 \text{ см}$  при митральной регургитации;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярное (не менее одного раза в год) проведение кардиологического обследования.

### **Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0)**

79. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленными дефектами межжелудочковой перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

80. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением QP/QS  $\geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

81. При оперативной коррекции вторичного дефекта межжелудочковой перегородки, наличии дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением QP/QS  $\leq 1,5:1$  по данным ЭКГ возможна выдача медицинского заключения 1 класса с применением ограничений OML или OCL при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

отсутствие желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;  
регулярное (не менее одного раза в год) проведение кардиологического обследования.

### **Артериальная гипертензия и гипотензия (I10–I15, I95)**

82. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным повышением артериального давления  $\geq 140/90$  мм рт. ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск к обучению и работе осуществляется по результатам суточного мониторирования артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления  $< 130/80$  мм рт. ст. и при отсутствии эпизодов артериальной гипотензии  $< 90/60$  мм рт. ст.

83. Допускается выдача медицинского заключения 1 класса без применения ограничений при стабильном уровне артериального давления  $< 140/90$  мм рт. ст. в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

84. При наличии сахарного диабета или микроальбуминурии целевые значения артериального давления не должны превышать 130/80 мм рт. ст.

85. Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

при стойком повышении уровня артериального давления у обладателей свидетельств, превышающем 160/95 мм рт. ст.

86. Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

87. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с артериальной гипотензией  $< 90$  мм рт. ст., сопровождающейся клинической симптоматикой, признаются не годными к обучению и работе.

### **II. Периферические артерии и венозная система (I70–I89)**

88. При облитерирующих заболеваниях артерий при наличии болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности к обучению и работе (I70).

89. Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, является основанием для определения негодности к обучению и работе. Диагностированная артериальная аневризма (I72) на фоне имеющихся клинических проявлений или аневризматическое расширение с диаметром более 5 см является основанием для определения негодности. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 1 класса не ранее чем через 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 1 класса.

90. При варикозном расширении вен (I83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности к

обучению и работе. Сроки восстановления на летную работу зависят от вида хирургического пособия, но не менее 3 недель. Решение о годности после вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости – по результатам дополнительного контрольного обследования.

91. После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах (I80) конечностей вопрос о допуске к обучению и работе решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности (I87.0).

### III. Система органов дыхания (J00–J99)

92. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению полномочий, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

93. Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным нарушением функции легких признаются не годными к обучению и работе. Признание годности проводится после восстановления функции легких при их удовлетворительном состоянии по результатам исследований. При этом ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

94. Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и/или склонные к обострениям – бронхиальная астма (J45), бронхоэктатическая болезнь, (J47), активный саркоидоз (D86), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (J44), интерстициальные заболевания легких (J84) с выраженным нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна (G47.3), крупное оперативное вмешательство на органах грудной клетки, пульмонэктомия (Z98.8) являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

95. Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс (Z93), подлежат восстановлению на работу не ранее чем через 6 недель после выздоровления от одного спонтанного пневмоторакса при условии, что при обследовании не выявлены причины для его повторного возникновения, или выздоровления после хирургического вмешательства в случае рецидивирования пневмоторакса. Повторный пневмоторакс без хирургического лечения восстановление на работу исключает.

96. Кандидаты на получение медицинского заключения с ХОБЛ в стадии ремиссии и с сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ не менее 70 % применяется ограничение TML с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой систем при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

97. При проникающем ранении грудной клетки, при наличии в грудной стенке или в легочной ткани инородных тел, отдаленных от крупных сосудов сердца, не дающих клинических проявлений, при хорошей функции внешнего дыхания возможно определение годности.

98. Кандидаты на получение медицинского заключения с активными формами туберкулеза (А15) органов дыхания или с выраженными остаточными изменениями признаются не годными к обучению и работе.

99. Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обезызствления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работе не ранее чем через 6 месяцев с обязательным обследованием легочной и сердечно-сосудистой систем.

100. При восстановлении на работу кандидат на получение медицинского заключения после закрытия листка нетрудоспособности представляет заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением допуска к работе.

101. После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения, пороков развития, патологии грудной клетки и диафрагмы кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе после контрольного обследования при достаточном восстановлении дыхательной функции при индексе Тиффно не менее 60 %.

102. При диафрагмальных грыжах, со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюкс-эзофагитом, выносится заключение о негодности к обучению и работе.

103. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным саркоидозом (D86) признаются не годными к обучению и работе. Восстановление на работу возможно не ранее чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на получение медицинского заключения, поступающие на обучение в учебные заведения ГА, с любой формой саркоидоза признаются не годными к обучению.

#### **IV. Пищеварительная система (K00–K93)**

104. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

105. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению полномочий, предусмотренных соответствующим свидетельством, являются причиной вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как не годные к обучению и работе.

106. Кандидаты на получение медицинского заключения с патологиями желудочно-кишечного тракта (рецидивирующие диспепсические расстройства (K58), требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии (K73); цирроз



печени (K74.3–K74.6); симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями (K80); острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника (K50–K52); после перенесенного хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, включая хирургическое полное или частичное удаление органов или с нарушением функции какого-либо из органов (K91) рассматриваются как не годные к работе.

107. Вопрос о годности к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления кандидата на получение медицинского заключения после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

108. При варикозном расширении вен пищевода (I85), независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к работе без права восстановления.

109. При осложнениях язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации) (K25.0–K25.6) проводится лечение с последующим эндоскопическим контролем заживления язвы. При подтвержденном «закрытии» язвенного дефекта, при отсутствии необходимости продолжения медикаментозной терапии и наблюдении в течение не менее 8 недель выдается медицинское заключение с ограничением TML сроком на 6 месяцев на протяжении 3 лет и с ежеквартальным индивидуальным наблюдением с контролем уровня гемоглобина.

110. Медицинское заключение при хронических диффузных заболеваниях печени зависит от клинической формы, стадии и активности процесса. Допуск к работе проводится после расширенного обследования при условии стойкой ремиссии и сохранности функций органа. При выявлении носительства вируса гепатитов В и С (Z22) без признаков заболевания (отсутствие синдрома цитолиза) кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе без ограничения. Кандидаты на получение медицинского заключения с доброкачественной функциональной билирубинемией после обследования признаются годными к работе и обучению.

111. Острые гепатиты (K72), хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (K73) (любой этиологии), острые панкреатиты (K85), острые холециститы (K81), хронические панкреатиты (K86.1) и хронические холециститы (K81.1) в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) обуславливают негодность к работе и обучению. При гепатите С допуск к работе рассматривается через 3-6 месяцев после лечения по достижении стадии стойкой полной ремиссии по результатам гастроэнтерологического и иммунологического обследования. Допуск абитуриентов к обучению проводится при полной ремиссии в течение последних 3 лет.

112. При установлении диагноза цирроза печени (K74.3–K74.6) принимается решение о негодности к обучению и работе.

113. При холецистолитиазе с бессимптомным одиночным крупным камнем рекомендуется проведение мероприятий по его удалению в плановом порядке, выдается заключение с ограничением OML.

114. Кандидаты на получение медицинского заключения с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K63) признаются годными к обучению и работе с ограничением TML на протяжении 3 лет, если болезнь находится в

установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

115. Кандидаты на получение медицинского заключения с язвенным колитом (K51) и болезнью Крона (K50) признаются негодными.

116. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе. Долихосигма (Q43.8) без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности к обучению и работе.

117. Кандидаты на получение медицинского заключения при наличии у них послеоперационных рубцов на брюшной стенке представляют документы о характере перенесенной операции.

118. Диагностированная грыжа (K40–K46), мешающая безопасно выполнять профессиональные обязанности, является причиной дисквалификации до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности. При паховых грыжах и грыжах брюшной стенки при отсутствии риска ущемления и болевого синдрома после консультации хирурга рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке. В данном случае выдается заключение с ограничением OML.

119. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (K60–K63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются не годными к обучению и работе.

120. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функции прямой кишки вопрос о годности к обучению и работе рассматривается после выздоровления.

#### **V. Метаболические нарушения и эндокринная система (E00-E90)**

121. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, они признаются годными к обучению и работе.

122. Кандидаты на получение медицинского заключения с метаболическими или эндокринными нарушениями признаются годными при условии демонстрации стабильного состояния гормонального фона по результатам расширенного медицинского освидетельствования, включая и кардиологическое обследование.

123. Кандидаты на получение медицинского заключения с выраженными формами болезней эндокринной системы признаются не годными к обучению и работе, в том числе с сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый) (E10). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа (E11) оцениваются как не годные к обучению и работе, если не достигается полного контроля содержания сахара в крови и требуется постоянный прием гипогликемических лекарственных препаратов и инсулина. Допуск к работе с ограничением OML осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения лекарственных препаратов, вызывающих гипогликемию.

124. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения подлежит наблюдению и лечению до 2 месяцев. Вопрос о допуске к работе решается после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты, (диабетические макро- и микроангиопатии), диабетическая полинейропатия.

125. При выявлении гипогликемии (E16.2), почечной глюкозурии (E74.8) кандидаты на получение медицинского заключения подлежат расширенному обследованию.

126. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления диагноза.

127. Решение о допуске к работе кандидата на получение медицинского заключения при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения не менее 3 месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05) – без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03) – с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

128. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66). Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м<sup>2</sup>. Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела – ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени – ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени – ИМТ > 35,0.

129. Кандидаты на получение медицинского заключения с ИМТ > 35,0 признаются годными к обучению и работе при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению ими обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома. Решение о допуске к работе принимает ЦВЛЭК ГА после обследования в эндокринологическом отделении ЦКБ ГА.

130. При симптоматическом (вторичном) ожирении эндокринного, церебрального генеза оценка годности проводится по основному заболеванию.

## **VI. Гематология (D 45–D47, D50–D89, E75.2, E80.0, E80.2, E83.0, E83.1, M31.1, C81–C96)**

131. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

132. Оценка годности к обучению и работе кандидатов на получение медицинского заключения проводится после расширенного обследования и консультации врача-гематолога при наличии у них гематологических синдромов, таких как:

анемический синдром (концентрация гемоглобина менее 105 г/л), при D50–D59;

нарушения свертываемости крови (наследственные и приобретенные дефициты факторов свертывания крови D66–D68);

гиперкоагуляционный синдром (наследственные и приобретенные тромбофилии – D68.8);

пурпура и другие геморрагические состояния (вторичные тромбоцитопении и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – D69) – количество тромбоцитов менее  $100 \times 9/л$ ;

агранулоцитоз (с показателями нейтрофильных лейкоцитов крови  $0,5 \times 10^9/л$  и ниже – D70);

новообразования неопределенного и неизвестного характера полицитемии – D45;

впервые выявленные лимфаденопатия и гепатоспленомегалия.

133. При этом годность к работе с ограничением OML/TML рассматривается при установлении доброкачественности заболевания, стабилизации состояния, отсутствии сопутствующей патологии, эпизодов массивного кровотечения или значительного тромбообразования.

134. При наличии у кандидатов на получение медицинского заключения злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96), некомпенсированных тяжелой степенью анемии (D60, D61, D46), тяжелой степенью нарушения свертывания крови (D66–D68), тяжелой степенью пурпура и других геморрагических состояний (D69), признаются не годными к обучению и работе. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

135. При новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96) после завершения лечения и достижения полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность) при полной и стабильной компенсации функций организма, имеющих значение для безопасности полетов, выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

136. При наличии заболеваний с высоким риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (первичный эритроцитоз (D75), эритремия (D45, C92.7), тромбофилия (D68.8), тромботическая микроангиопатия (M31.1) определяется негодность к работе (обучению).

## **VII. Мочеполовая система (N00–N99)**

137. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональной или органической патологии мочеполовой системы, препятствующей безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

138. Пороки развития, последствия повреждений мочеполовых органов и операции на них, опущение почек, водянка яичка и семенного канатика, расширение вен семенного канатика, сопровождающиеся нарушением функций, болевым синдромом, являются основаниями для определения негодности к обучению и работе (N 25–N 39).

139. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от ее объема и технологии. Лица, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведения яичка, эктопии), при умеренном

расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного их увеличения при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными к обучению и работе. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее чем через 3 недели после операции в зависимости от ее вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

140. Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, такие как туберкулез почек и мочеполовых органов (A18.1), пиелонефрит (N11.0), цистит (N30), уретрит (N4), простатит (N41) в фазе активного воспаления определяют негодность к работе. Годность к работе оценивается в фазе стойкой ремиссии при отсутствии нарушения функций и нормализации показателей лабораторных и инструментальных исследований.

141. Острый гломерулонефрит (N00-N08) требует лечения в течение 3-6 месяцев.

142. Вопрос о допуске к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решается на основании выраженности симптоматики.

143. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии плохо контролируемой артериальной гипертензии, протеинурии, достигающей 2-3 г/л, появлении отчетливых признаков почечной недостаточности (креатинин крови 150-200 мкмоль/л и более, белок в моче 3 г/л и более).

144. Допуск к работе выдается на укороченный срок (TML/OML) с контрольными осмотрами, измерением артериального давления, ежеквартальными анализами мочи и крови на креатинин в межкомиссионном периоде.

145. Кандидаты на получение медицинского заключения с острым пиелонефритом подлежат лечению. Допуск к работе после перенесенного острого пиелонефрита осуществляется после проведения дополнительных исследований с обязательным проведением УЗИ почек, мочевого пузыря, определения креатинина в крови и моче, степени протеинурии.

146. При хроническом пиелонефрите кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе при наличии нормальных показателей анализов крови, отсутствии выраженной протеинурии, лейкоцитурии, регулярном врачебном контроле с проведением анализов крови и мочи каждые 3 месяца. Повышение артериального давления до 160/95 мм рт. ст. вне периодов обострения расценивается как дополнительный неблагоприятный синдром. При этом кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к работе.

147. Годность к работе оценивается в фазе стойкой ремиссии неспецифического воспаления при отсутствии нарушения функций и нормализации показателей лабораторных и инструментальных исследований.

148. После лечения (консервативного, оперативного) туберкулеза мочеполовых органов допуск к работе (обучению) осуществляется при полном клиническом излечении и наличии заключения из противотуберкулезного диспансера о разрешенном допуске к работе.

149. Кандидаты на получение медицинского заключения, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по

результатам расширенного урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

150. В случае когда поражение почек носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

151. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе после прохождения внеочередного медицинского освидетельствования при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функций почек с ограничением OML в течение 3 лет.

152. При наличии конкрементов в мочевых путях (N20–N23) выносится заключение о негодности к обучению и работе с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функций почек по результатам контрольного обследования.

153. Вопрос об удалении доброкачественных опухолей половых органов решается после консультации гинеколога (уролога). При аденоме предстательной железы без дизурических расстройств, если по заключению уролога не показано оперативное лечение, кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к обучению и работе.

154. При аденоме предстательной железы (N40), если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится через 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

### **VIII. Инфекционные заболевания (A00-B99)**

155. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

156. Признание годности ВИЧ-положительных (D20–D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением OML/TML рассматривается для отдельных лиц со стабильной, непрогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми Международной организацией гражданской авиации (ИКАО) препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса является основанием для дисквалификации.

157. При выявлении или подозрении у кандидата на получение медицинского заключения инфекций, передающихся преимущественно половым путем (A50–A64), заразных кожных заболеваний, в том числе микозов (B35), чесотки (B86), подтверждение диагноза и лечение проводятся в специализированном кожно-венерологическом учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после лечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом

заклучения врача-дерматовенеролога. Абитуриенты, страдающие лепрой (А30), признаются не годными к обучению и работе.

158. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у кандидата на получение медицинского заключения, оцениваются по степени нарушения функций органов и систем организма. При этих заболеваниях, сопровождающихся нарушением функций органов, общей астенизацией, выносятся решение о негодности к обучению и работе.

159. Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза (В66) допускаются к выполнению профессиональных обязанностей, однако они находятся под наблюдением врача инфекциониста до снятия с учета.

160. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционный гепатит (В15–В19), геморрагическую лихорадку (А98–А99), отстраняются от работы на 3-6 месяцев. Восстановление на работу возможно после полного восстановления функций органов и систем организма по результатам обследования.

161. Кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к авиационно-химическим работам не ранее чем через 12 месяцев после лечения.

#### **IX. Акушерство и гинекология (N70–N77) (N80–N98) (O00–O99)**

162. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

163. Пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N94) (метроррагия, боли); эндометриоз (N80); симптомная миома матки (D25); хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более 3 раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени (N81); мочеполовые и кишечно-половые свищи (N82); разрывы промежности (O70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

164. Лечение острого периода патологии шейки матки (N86–N88) (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион, дисплазии) предполагает отстранение от полетов сроком от 3 недель до 3 месяцев. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Возобновление медицинского заключения после хирургического лечения заболеваний женской половой сферы рассматривается при лапароскопической операции через 4-6 недель после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

165. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная и фолликулярная кисты (N83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основаниями для дисквалификации.

166. Обладатели медицинского заключения с расстройствами овариально-менструального цикла подлежат обследованию и лечению без отстранения от работы.

167. С момента установления беременности (Z33) авиационный персонал признается не годным к летной работе.

Допуск к работе после родов или при прекращении беременности осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.

### Х. Опорно-двигательный аппарат (М00–М99)

168. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют нарушений костно-мышечного аппарата как врожденных, так и приобретенных, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

169. Физическое развитие кандидата на получение медицинского заключения и соответствие массы тела росту рассчитывается по ИМТ по Кетле при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития обучающихся учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела может отставать от роста), дефицит массы тела менее 25 % не расценивается как проявление недостаточного физического развития. Пороки развития, хронические болезни костей, суставов, хрящей, мышц и сухожилий, последствия травм и операций, рубцы после ожогов и обморожений у кандидата на получение медицинского заключения оцениваются в зависимости от степени прогрессирования и имеющихся функциональных нарушений. Прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функций в значительной степени, болевым синдромом, мешающие ношению одежды, обуви состояния являются основаниями для признания негодности.

170. При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (М42) (межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (Т30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функций без болевого синдрома, непрогрессирующих, не мешающих ношению одежды и обуви, заключение о годности к работе выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением OAL. Кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота при наличии вышеуказанных состояний признаются не годными к обучению.

171. При инфантилизме (R62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

172. Кандидат на получение медицинского заключения должен иметь достаточный рост в положении сидя, соответствующую длину рук и ног, мышечную силу для безопасного осуществления прав, предоставляемых его свидетельством. При спорных случаях возможна проверка на летном тренажере с заключением инструктора тренажера о результатах проверки.

173. Оценка годности при дефектах кисти, стопы (пороки развития, последствия травмы, хирургического вмешательства) определяется степенью функциональной сохранности, при необходимости – после проверки на тренажере (с заключением инструктора тренажера о результатах проверки).

174. Негодность к работе (обучению) определяется при отсутствии стопы, врожденной или приобретенной патологии стопы (Q72, Z89), нарушающей ее функции и затрудняющей ходьбу.

175. Плоскостопие (Q66) любой степени без явлений выраженного остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.



176. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более чем на 2 см.

177. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать органы управления и эффективно работать с ними).

178. В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

179. Применение различного рода фиксаторов при остеосинтезе и операциях по протезированию с благоприятным послеоперационным течением, достаточной функциональной состоятельностью по данным анамнеза, осмотра, контрольного рентгенологического исследования, заключению травматолога-ортопеда не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

180. При остеомиелите (M86) при наличии секвестральных полостей, свищей кандидаты на получение медицинского заключения не годны к обучению и работе подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

181. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнения продольной связки, обнаруженных рентгенологически, но без клинических проявлений, не являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

182. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

183. При переломе тел позвонков (S22, S32) с подвывихом, при туберкулезе (M49.0) позвоночника (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносятся заключение о негодности к обучению и работе. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков при условии полного восстановления функции допускается освидетельствование после успешного оперативного лечения через 6 месяцев, после чрескожной вертебропластики – через 2 месяца.

184. В случаях перелома поперечных остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении их функций и исчезновении болевого синдрома.

185. При консолидированных переломах костей таза (S32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

186. Кандидаты на получение медицинского заключения с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (M00–M03, M05–M14, M15–M19) при остром и подостром течениях, признаках вовлечения в процесс внутренних

органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств, признаются не годными к обучению и работе.

187. При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии без выраженных нарушений функций органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов. При этом кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

### **XI. Психиатрия (F00–F99)**

188. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующими свидетельствами, и создавать угрозу безопасности полетов.

189. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе без права восстановления со следующими клинически установленными диагнозами (диагноз подтверждается решением врачебной комиссии специализированного учреждения психиатрического профиля после проведенного полного обследования в специализированной психиатрической (наркологической) медицинской организации):

1) органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09);

2) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19);

3) шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29);

4) расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–39);

5) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48);

5) расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69);

6) умственная отсталость (F70–F79);

7) расстройства психологического (психического) развития (F80–F89);

8) эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F99).

190. Кандидаты на получение медицинского заключения после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии через 4-6 месяцев могут освидетельствоваться ЦВЛЭК ГА (с выпиской по месту наблюдения) после обследования в специализированном психиатрическом (наркологическом) учреждении с заключением клинического психолога и врача-психиатра ЦВЛЭК ГА с клинически установленными диагнозами:

1) «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:

– реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);

2) «поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»:

– расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы (F51.2);

– кошмары (F51.5);

– сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52);

– психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах (F53);

– психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54);

– поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные (F59).

191. Кандидаты на получение медицинского заключения при первичном выявлении (в том числе при проведении предполетного/послеполетного, предсменного/послесменного осмотров) состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) или остаточных явлений такого опьянения, наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ признаются не годными к обучению и работе. Вопрос о восстановлении допуска к работе (обучению) рассматривается через 3 месяца в случае представления сведений из медицинской организации государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства (пребывания) кандидата на получение медицинского заключения, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по психиатрии-наркологии и лабораторной диагностике либо клинической лабораторной диагностике о проводимом в течение всего этого периода наблюдении с проведением химико-токсикологических исследований, подтверждающих факт однократного употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ.

При повторном установлении (в том числе при проведении предполетного/послеполетного, предсменного/послесменного осмотров) факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ или состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), выносится заключение о негодности к работе (обучению).

192. Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмеченных у кандидата на получение медицинского заключения, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация врача-психиатра ЦВЛЭК ГА. При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

## ХII. Психология

193. При психологическом тестировании у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также когнитивные функции

авиационного персонала, оказывающие влияние на безопасность полетов, также степень их ухудшения в динамике: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

194. Заключение медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не является экспертным заключением, носит информативно-рекомендательный характер и учитывается неврологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) при вынесении медицинского заключения.

195. Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из 2 частей:

диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения;

оценка профессионально важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

196. В случае возникновения необходимости уточнения полученных в ходе стандартного обследования результатов медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводит расширенное психологическое обследование, в том числе в индивидуальном варианте, а также с применением дополнительных бланковых или компьютеризированных методик.

197. Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1) со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения:

– недостоверные результаты по личностным тестам, а также при выявлении высокой вероятности натренированности кандидата на получение медицинского заключения к методикам;

– признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);

– наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;

– наличие признаков расстройства личности;

– наличие профессионально неблагоприятных личностных характеристик;

– наличие признаков акцентуации характера;

– присутствие языкового барьера;

– наличие татуировок и шрамов.

2) со стороны оценки профессионально важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции):

– высокая вероятность эффекта тренированности;

– общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий»;

– снижение результатов обследования отдельных психических функций.

198. При выявлении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), медицинский психолог ВЛЭК ГА направляет его в ЦВЛЭК ГА с целью уточнения заключения медицинского психолога.

199. В случае выявления у кандидата признаков нервно-психической неустойчивости, профессионально неблагоприятных психических состояний, признаков акцентуаций характера медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляет кандидата на консультацию к врачу-психиатру либо к психиатру ЦВЛЭК ГА.

200. В случае когда психиатр не выносит диагноз клинического характера, медицинский психолог выносит выявленные особенности в «общий вывод» и рекомендует контроль в динамике.

201. При подтверждении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), однако ставящих под угрозу выполнение профессиональных обязанностей или препятствующих ему, возможны:

вынесение отрицательного заключения с рекомендацией обследования в специализированном стационаре психиатрического профиля с круглосуточным пребыванием;

работа с психотерапевтом по профилю с представлением выписки.

202. При восстановлении на летную работу (обучение в профильном учебном заведении гражданской авиации) кандидат на получение медицинского заключения обязан иметь выписку из амбулаторной карты о пройденном лечении.

203. При выявлении общего низкого уровня основных психических функций (в динамике) медицинскому психологу ВЛЭК ГА следует направить кандидата на консультацию к врачу-неврологу ВЛЭК ГА для дообследования и вынесения решения о годности к обучению и работе.

204. При выявлении языкового барьера у кандидата на получение медицинского заключения в ходе проведения обследования у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) дальнейшее психологическое обследование ведется в 2 направлениях:

оценка степени выраженности языкового барьера (словарный запас, соблюдение родовых и падежных окончаний, понимание устной и печатной русской речи и пр.);

оценка личностных и профессионально важных качеств кандидата на получение медицинского заключения с учетом того, что к его обследованию не могут быть корректно применены психодиагностические методики вербального характера, стандартизированные на русскоговорящей выборке.

В подобном случае медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) применяет методики проективного характера.

При психологическом обследовании кандидатов на медицинское заключение с языковым барьером допускается присутствие переводчика.

205. Проблема наличия татуировок на кожных покровах кандидата на получение медицинского заключения.

Татуировки допустимы:

на закрытых участках тела;

размер (площадь нанесения) не более – 10 x 10 см;

с символикой, не содержащей агрессивной, антинационалистической, террористической тематики.

Медицинский психолог выясняет: личностно значимый смысл изображения; возраст, в котором изображение было нанесено; мотивы.

В иных случаях медицинский психолог рекомендует удаление татуировки в межкомиссионный период к очередному обследованию ВЛЭК ГА.

206. Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

### **ХIII. Неврология (G00-G99)**

207. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе. При оценке стадии заболевания учитывается степень декомпенсации с оценкой ведущих симптомов функционирования и ограничения деятельности нервной системы (обратимых или необратимых), от чего зависит вынесение экспертного решения (годность; лечение; негодность).

#### **Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ (G40-G42)**

208. Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии, рецидивирующих приступах потерь сознания неуточненного генеза рассматриваются как не годные к работе и обучению.

Кандидаты на получение медицинского заключения проходят обследование в неврологическом отделении ЦКБ ГА, перед проведением оценки на годность к обучению и работе с клиническим диагнозом или записью в истории болезни о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5-летнего возраста; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком после прекращения лечения более 10 лет; отсутствии изменений электроэнцефалографии ЭЭГ, не исключаяющих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточненной причины; прогрессирующей или непрогрессирующей болезни нервной системы; единичного эпизода потери сознания неуточненной этиологии; потери сознания после (головной) черепно-мозговой травмы; проникающей травмы головы с поражением головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга. Отсутствие риска рецидива эпилептического приступа без применения лекарственных средств не исключает вынесения заключения о годности по всем классам требований.

209. При выявлении пароксизмальной, эпилептоидной активности и значительно выраженных изменений на ЭЭГ кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с впервые выявленной пароксизмальной активностью на ЭЭГ типа «пик-медленная волна» при отсутствии других признаков эпилепсии или органического заболевания центральной нервной системы (далее – ЦНС, НС) признаются не годными к обучению и работе сроком на 3 месяца с последующим расширенным обследованием в неврологическом отделении ЦКБ ГА. Стабильность указанных изменений на ЭЭГ после уточнения причины вызываемых изменений с низким риском развития рецидивов потерь сознания, не дают оснований для отстранения от работы.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

210. Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность к обучению и работе (G40-G42).

211. При однократных эпилептических приступах неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии экспертная оценка зависит от основного заболевания. Сроки наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению вопроса о допуске – не менее 2 лет (осложнения ЧМТ, сосудистых заболеваний, интоксикаций, резидуальных поражений головного мозга раннего детского периода и другие, при которых код МКБ-10 выносится по основному заболеванию).

### **Сосудистые поражения головного мозга и спинного мозга (I60; I61; I62; I63; I64; I65; I67; I 68; I69; G45; G95)**

212. Клинические проявления в виде острых нарушений мозгового кровообращения и их последствий, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением, преходящей ишемии головного мозга в единичных случаях не исключают возможность выполнения профессиональных обязанностей при отсутствии факторов риска рецидивирования после полного выздоровления без остаточных симптомов.

213. Сосудистые поражения головного и спинного мозга различной этиологии включают первичные заболевания сосудов головного и спинного мозга (васкулиты, аномалии развития, аневризмы, атеросклероз и другие) и вторичные изменения сосудов соматогенной, вертеброгенной и другой этиологии. Экспертиза всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, а также риска возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов.

214. Заключение выносится на основании оценки выраженности неврологических нарушений, степени стенозирования основных артериальных церебральных сосудов, состояния профессионально важных психологических функций, течения заболевания, факторов риска.

### **Экспертиза при сосудистых заболеваниях**

215. Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не являются основаниями для вынесения диагноза церебрального атеросклероза, предусматривающего негодность к обучению и работе, кроме выявления у абитуриентов, которые признаются не годными к обучению (I67.2).

216. При выявлении стабильных стенозов брахиоцефальных сосудов (БЦС) небольших и умеренных размеров (до 50 %) и отсутствии изменений в неврологическом статусе, когнитивной сфере и по данным нейровизуализации, исключающих органические поражения головного мозга (последствия инсульта, проявления дисциркуляторной энцефалопатии и другие) (I 67.2) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к профессиональной деятельности (кроме абитуриентов, которые признаются не годными к обучению).

217. При обнаружении скрыто протекающего стеноза (50 % и более) (I65–I67.0–I67.1), выявлении эмбологенной нестабильной а/с бляшки принимается решение о негодности по всем классам требований. Пациент направляется на дообследование к неврологу ЦВЛЭК. Решение о тактике ведения лечения пациента принимается после консультации у сосудистого хирурга.

218. Решение о консервативном ведении лечения пациента сроком до 3 месяцев выносится по предложению невролога после дообследования по согласованию со специалистами ЦВЛЭК.

219. При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение о негодности к обучению и работе по всем классам требований. Медицинское освидетельствование возможно после 12 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА, оценка годности к обучению и работе возможна в ЦВЛЭК ГА с выдачей официального медицинского заключения (I67.2).

220. В случае диагностики лакунарного ишемического инсульта (ИИ) для рассмотрения возможности оценки годности к обучению и работе требуется период наблюдения без регистрации рецидивирующего течения, продолжительность которого зависит от механизма развития заболевания и сопутствующих факторов риска (12-24 месяцев). Принятие положительного решения о допуске к обучению и работе возможно после обследования в стационаре ЦКБ ГА, консультации невролога ЦВЛЭК ГА (I69).

221. После инсульта у молодых людей (открытое овальное окно после хирургического лечения), при отсутствии осложнений со стороны когнитивной сферы и поражений головного мозга возможно принятие решения о годности к обучению и работе. В остальных случаях принимается решение о негодности к обучению и работе без права восстановления.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

222. В случае геморрагического инсульта (ГИ) (I60–I62.9) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы. Наличие факторов риска и сопутствующих заболеваний, приводящих к рецидивирующему течению, является основанием для заключения о негодности к обучению и работе без права восстановления в последующем по всем классам требований.

223. Основанием для принятия решения о негодности являются: субарахноидальное кровоизлияние (САК) или изменения сосудистой системы головного мозга (артериальные аневризмы церебральных сосудов (I60); сосудистые мальформации ЦНС (I67.1): артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0); вторичные причины: артериальная гипертензия (I10–I15.9); васкулиты (I73.1; M30.1–M35.2); болезни крови; нарушение свертывающей системы на фоне приема антикоагулянтов, дезагрегантов (D68.8-D75.2; D 47.3) и других препаратов, угрожающих развитию САК.

224. После хирургической коррекции аневризм сосудов головного мозга (I69.0; I69.3; I69.4) при отсутствии признаков последствий кровоизлияний в виде очаговой неврологической симптоматики, судорожных припадков и нарушений когнитивных функций через 12 месяцев возможно проведение медицинского освидетельствования ЦВЛЭК ГА после стационарного обследования в неврологическом отделении ЦКБ ГА.

Абитуриенты признаются не годными к обучению без права восстановления.

225. Кандидаты на получение медицинского заключения с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (C69–C72; C47), сирингомиелия (G95.0), рассеянный склероз (G35); болезнь Паркинсона (G20; G21) и другие заболевания прогрессирующего характера), острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис,



остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы (А80–А89; В0–В24) с нарушением функций, ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками), заболеваниями нервно-мышечного аппарата (G12–G12.9) (миастения G70–G73, миопатия G73.4; G73.7, миотония G71.1, миоплегия) признаются не годными к обучению и работе при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей с учетом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

226. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями нервно-мышечного аппарата и наследственно-дегенеративными заболеваниями в начальной стадии с медленным прогрессирующим течением, с достаточной сохранностью профессионально важных функций, а также перенесшие инфекционные или интоксикационные заболевания ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций освидетельствуются с целью допуска к работе через 1 год наблюдения по результатам расширенного неврологического обследования на базе неврологического отделения ЦКБ ГА. Вынесение экспертного решения о допуске возможно при медленно прогрессирующем течении и изменениях по данным клинического и инструментального исследований с учетом отсутствия возникновения угрозы безопасности полетов и управлению воздушным движением.

В случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС выносится решение о возможном допуске к обучению и работе по всем классам требований. Абитуриенты признаются не годными к обучению.

227. Кандидаты на получение медицинского заключения с доброкачественными внутричерепными образованиями после полного успешного удаления внутримозгового образования через 12 месяцев наблюдения могут быть допущены к медицинскому освидетельствованию ЦВЛЭК ГА. С учетом клинических проявлений, отсутствия поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений и другие), при отсутствии судорожных припадков после обследования в неврологическом или нейрохирургическом отделении ЦКБ ГА возможен допуск к профессиональной деятельности (D32.0; D36.1; D35.2; D35.4). В некоторых случаях при обнаружении доброкачественного образования небольших размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и другие) без нарушения функций, отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, отсутствии нарушений ликвородинамики допускается разрешить выдачу положительного медицинского заключения без хирургического лечения. Абитуриенты признаются не годными к обучению.

228. Наличие злокачественного внутричерепного образования является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения любого класса (С69–С72; С47).

229. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС, с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций, могут быть допущены к работе. Вопрос о восстановлении на летную работу решается: после гриппозного

энцефалита (G00.0) – не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита (A85) – не ранее чем через 2 года; острого клещевого энцефалита (A84) – не ранее чем через 3 года.

230. Кандидаты на получение медицинского заключения переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом, признаются не годными к обучению и работе с правом восстановления через 1 год.

231. Эссенциальный тремор (G25.0) не является дисквалифицирующим фактором, кроме случаев, ведущих к значительным функциональным нарушениям, препятствующим осуществлению профессиональной деятельности.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

232. Признаются не годными к обучению и работе без права признания годности в последующем кандидаты на получение медицинского заключения с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями ЦНС, нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами (S02.0; S06.1–S06.9; S14.1).

233. Медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее чем через 1 год после травмы с ограничением ОМЛ в течение 3 лет (S06.2; S06.3), перенесших сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга – через 3-6 месяцев после травмы (S06.0).

234. При вынесении медицинского заключения учитывается длительность периода измененного сознания и амнезии. При прогнозировании возможности развития поздней посттравматической эпилепсии кроме характера и степени тяжести травмы учитываются и другие факторы риска (включая психологические и психические изменения). Оценка проводится с учетом анамнеза по результатам расширенного обследования, включая психологическое тестирование.

235. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции вагосвазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа, мигрень, соларит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности к обучению и работе (G 90; M 89.0; G99; I73.0; E 22.0; E 22.1; E 22.2).

236. Кандидаты на получение медицинского заключения с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также дисфункцией, возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии, могут быть признаны годными к обучению и работе в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (2-3 месяца после излечения основного заболевания (G99.1; G43).

237. Заболевания и повреждения периферической нервной системы – хронические с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году) при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются поводом для вынесения решения о негодности к обучению и

работе (M54–M54.9; G54.0–G54.8; G61.0; G62; G63.2\* (E10-E14+); G63.3; G63.8; G63.0).

238. Кандидаты на получение медицинского заключения с хроническими заболеваниями и травматическими повреждениями корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев, периферическими нейроваскулярными синдромами, корешковыми компрессиями при заболевании позвоночника; последствиями оперативных вмешательств на позвоночнике, корешках спинного мозга, сплетениях и нервных стволах с незначительными нарушениями функций, не препятствующими выполнению профессиональных обязанностей, признаются годными к работе, но не годными к обучению.

239. После удаления грыжи межпозвонкового диска освидетельствование проводится через 3-6 месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

240. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками (G90), годность к обучению и работе определяется в зависимости от основного заболевания. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются противопоказанием для кандидатов на получение медицинского заключения, поступающих на учебу.

241. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы и направляются на обследование в неврологическое отделение ЦКБ ГА. Возможность выдачи положительного медицинского заключения рассматривается, если установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния, после лечения и наблюдения продолжительностью от 3 месяцев до 1 года.

242. При одно-двукратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде кандидат на получение медицинского заключения подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

243. Возврат к положительному решению о допуске возможен после 2 лет наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

#### **XIV. Офтальмология (H00–H59)**

244. У кандидата на получение медицинского заключения не должно быть нарушения функции зрения, заболеваний как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических состояний или каких-либо осложнений после хирургических вмешательств, травмы глаза или его придаточного аппарата, которые могут привести к ослаблению зрительных функций в такой степени, при которой это может повлиять на выполнение профессиональных обязанностей.

245. У кандидата на получение медицинского заключения должно быть устойчивое бинокулярное зрение, нормальное поле зрения, внутриглазное давление, соответствующее норме.

246. Результаты исследования темновой адаптации и чувствительности к ослеплению должны соответствовать нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

### **Острота зрения (H52)**

247. Проверку остроты зрения рекомендовано проводить в хорошо освещенной комнате, низких и высоких уровней освещенности следует избегать. Рекомендуемое расстояние для проверки остроты зрения вдаль – 5- 6 метров.

248. Острота зрения вдаль исследуется монокулярно, бинокулярно; без коррекции, с коррекцией; указывается истинная острота зрения.

249. Для кандидатов на получение медицинского заключения пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, острота зрения с коррекцией должна составлять 1.0 на каждый глаз, обязательно наличие нормального поля зрения.

250. Для кандидатов на получение медицинского заключения при первичном медицинском освидетельствовании (при поступлении в учебное заведение ГА/у обучающихся в учебных заведениях ГА), острота зрения должна быть не ниже 0.1 без коррекции, при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты зрения 1,0 с помощью контактных линз и/или очков с соответствующими корригирующими линзами (при наличии нормального поля зрения и устойчивого бинокулярного зрения).

251. Кандидатам на получение медицинского заключения оптическая коррекция для дали (очки, контактные линзы) не требуется при следующих условиях:  
при остроте зрения без коррекции на каждый глаз 0.7 и выше;  
если острота зрения без коррекции менее 0.7 на один глаз, но при этом достигается острота бинокулярного зрения без коррекции 1.0 в том числе и в условиях темновой адаптации. Обязательно наличие устойчивого бинокулярного зрения.

252. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0.7 или когда проявляются симптомы астенопии, которые объясняются ошибкой рефракции. Определение надлежащей оптической коррекции для лица с ошибкой рефракции должно проводиться квалифицированным офтальмологом.

253. В случаях когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат на получение медицинского заключения может быть признан годным при условии, что используемые корригирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении функций, предусмотренных запрашиваемыми или имеющимися свидетельством или квалификационными отметками.

254. Кандидату на получение медицинского заключения с пресбиопией, который использует контактные линзы, может потребоваться назначение очков для чтения для их использования поверх контактных линз.

255. Не могут быть использованы перечисленные виды контактных линз:  
ортокератологические линзы;  
моновидение (если корригируют аметропию одного глаза на остроту зрения вдаль, а другой глаз используют без МКЛ для зрения вблизи);  
мультифокальные контактные линзы;  
косметические цветные линзы;

линзы для изменения цветового восприятия.

При авиационных работах коррекция зрения с использованием контактных линз не допускается.

256. При выполнении профессиональных обязанностей может быть использовано не более одной пары очков (одна пара очков должна удовлетворять в полном объеме все визуальные задачи).

257. Все виды коррекции с использованием мультифокальных линз (очковой коррекции) приемлемы при условии, что они хорошо переносятся.

258. Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

### **Аккомодация (H52)**

259. Остроту зрения вблизи/на средней дистанции необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

260. Кандидаты на получение медицинского заключения должны вблизи читать таблицу № 5 (острота зрения 0.6) на расстоянии 30-50 см и таблицу № 8 (острота зрения 0.3) на расстоянии 100 см при необходимости с помощью коррекции.

### **Ошибка рефракции (H52)**

261. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны не годными к обучению и работе при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии.

262. Кандидаты на получение медицинского заключения при поступлении в учебное заведение ГА подлежат проверке объективной рефракции в условиях циклоплегии (циклопентолат 1 %, атропин 1 %).

Кандидатам на получение медицинского заключения обследование в условиях циклоплегии проводится при наличии показаний (для диагностики офтальмологической патологии), при этом используются мидриатики короткого действия (тропикамид 1 %).

263. Кандидат на получение медицинского заключения с перечисленными ниже ошибками рефракции может быть оценен как соответствующий требованиям при условии, что подобрана оптимальная, хорошо переносимая коррекция, при этом значительной офтальмологической патологии не выявлено.

264. Кандидат на получение медицинского заключения признается годным к обучению и работе при миопии не выше 5.0D, гиперметропии не выше 4.0D, астигматизме, не превышающем +/- 2.0D, анизометропии, не превышающей 2.0D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 1.0 на каждый глаз. Кандидат на получение медицинского заключения при поступлении в учебное заведение ГА/при прохождении первичного медицинского освидетельствования признается годным к обучению при миопии не выше 3.0D, гиперметропии не выше 4.0D, астигматизме не выше +/- 1.5D, анизометропии, не превышающей 2.0D, при условии достижения оптимальной коррекции 1.0 на каждый глаз.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

265. Кандидатам на получение медицинского заключения с пониженной остротой зрения/при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL.

Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при прохождении предполетного осмотра.

266. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь легкодоступные запасные корректирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

267. Во многих случаях очки для чтения не нужно использовать постоянно, а лишь при работе со схемами и картами, особенно ночью. Такие очки должны быть всегда доступны для немедленного использования.

### **Цветовосприятие (H53.5)**

268. От кандидата на получение медицинского заключения требуется продемонстрировать способность правильно различать цвета, необходимые для безопасного выполнения профессиональных обязанностей.

269. Первоначально кандидаты на получение медицинского заключения должны пройти проверку цветовосприятия с использованием полихроматических таблиц.

270. Кандидаты на получение медицинского заключения, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование – компьютерную аномалоскопию. К результату обследования должен быть приложен полный протокол тестирования.

271. Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием вида, формы и степени нарушения согласно принятой классификации.

272. Для кандидатов на получение медицинского заключения расстройства цветовосприятия по типу «цветослабость», такие как дейтераномалия типов «С», «В», протаномалия типов «С», «В», не является причиной для отказа в выдаче свидетельства. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими расстройствами цветовосприятия, как аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) типа «А», дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия), монохромазия, должны быть признаны не годными к обучению и работе.

### **Глазные болезни. Нарушение зрительных функций**

**Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразований (H00–H0.6; H10–H13; H15–H22; H25–H28; H30–H36; H43–H45; H46–H48; H53–H59; C69)**

273. Кандидаты на получение медицинского заключения при первичном медицинском освидетельствовании (поступающие в учебные заведения ГА/обучающиеся в учебных заведениях ГА) с приобретенным (вследствие каких-либо патологических состояний) сниженным зрением (или нарушенными зрительными функциями) хотя бы на один глаз должны быть признаны не годными к обучению и работе.

274. Кандидаты на получение медицинского заключения с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения) могут быть признаны годными к обучению и работе при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранно, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без

коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанция), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке (острота зрения не ниже 0.6 без коррекции/с коррекцией для лиц с аномалией рефракции), а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

275. Лица с отсутствием бинокулярного зрения признаются не годными к обучению и работе с учетом высокого риска развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценка бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого медосвидетельствования.

276. Периферическое поле зрения должно быть в пределах нормы. Дефекты поля зрения в одном или обоих глазах могут быть приемлемыми, если они компенсируют друг друга так, что бинокулярное поле зрения является сохранным.

### **Заболевания век и конъюнктивы**

277. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии паралича век и мышц, недостаточности и вывороте век (эктропион, энтропион), неправильном функционировании век, ухудшающем защиту глаза, лагофтальма, шрамах и сращениях век между собой, птоза (врожденного или приобретенного), приводящего к сужению поля зрения, язвенных блефаритах, злокачественных новообразованиях, доброкачественных опухолях, нарушающих функцию органа зрения и не подлежащих оперативному лечению.

278. Нерезко выраженные заболевания с такими редкими обострениями, как простые блефариты, врожденный птоз без нарушения зрительных функций (после консультации невролога), нерезко выраженные конъюнктивиты, небольшие бессимптомные и непрогрессирующие доброкачественные опухоли, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются дисквалифицирующим фактором.

279. Онкологические образования кожи век: при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствие рецидива опухолевого роста не являются дисквалифицирующим фактором. В данном случае вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончательного излечения с представлением заключения онколога.

280. При острых заболеваниях или обострениях хронического заболевания век и конъюнктивы проводится лечение.

### **Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей**

281. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

К данным заболеваниям относятся: сужение, неправильное положение слезных точек, стриктура слезно-носовых канальцев, воспаление слезного мешка, слезной железы, травматические повреждения и другие заболевания, вызывающие слезотечение.

282. Состояния слезных органов и слезоотводящих путей без нарушения слезоотведения, восстановление функции слезоотведения, а также отсутствие нижней слезной точки при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев

(оцениваются канальцевая и носовая пробы) не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе.

283. После перенесенного острого заболевания – конъюнктивита, склерита, кератита, переднего увеита, легких повреждениях глазного яблока – заключение о допуске к летной работе выносится после выздоровления и прекращения лечения, так как некоторые глазные препараты могут приводить к ухудшению зрения. Следует учитывать первопричину.

284. При задних увеитах, длительно текущих, рецидивирующих иридоциклитах (должны быть приложены результаты системного обследования, следует учитывать первопричины заболевания), кератитах, хориоретинитах, невритах, травматических повреждениях глазного яблока с исходом выздоровления кандидаты на получение медицинского заключения подлежат лечению с последующим медицинским освидетельствованием.

285. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны не годными к обучению и работе при наличии следующих заболеваний: отслойка сетчатки, дегенеративный ретиношизис, любые виды тапеторетинальной дегенерации сетчатки, окклюзия сосудов сетчатки, экссудативная форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, рецидивирующий кератит, рубцы роговицы, нарушающие зрительную функцию, эндокринная офтальмопатия, атрофия зрительного нерва любой этиологии, злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата, дислокация хрусталика, патологический нистагм любой этиологии, наличие инородных тел в структурах глаза, никталопия.

286. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими дегенеративными заболеваниями, как дистрофия роговицы, кератоконус, кератэктазия, могут быть осмотрены ЦВЛЭК ГА. Экспертный подход определяется достаточной сохранностью зрительных функций, отсутствием прогрессирования процесса, сохранностью бинокулярного зрения.

287. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие окклюзию сосудов сетчатки, должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления на летную работу может быть рассмотрена ЦВЛЭК ГА. Последующая оценка состояния здоровья должна включать не только оценку зрительных функций, но и возможные риски нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Необходимое условие для определения годности к работе – консультация кардиолога.

### **Центральная серозная ретинопатия**

288. При наличии центральной серозной ретинопатии обладатели медицинского заключения должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

### **Отслойка сетчатки**

289. При наличии отслойки сетчатки кандидаты на получение медицинского заключения и обладатели свидетельства должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена ЦВЛЭК ГА при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля



зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки после успешного проведения лазерного лечения можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

### **Друзы зрительного нерва**

290. Наличие друз зрительного нерва не является причиной негодности при условии приемлемой остроты зрения и сохранности периферического поля зрения у кандидата на получение медицинского заключения.

### **Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения**

291. К данной группе относятся: начальная катаракта без признаков прогрессирования, атрофическая форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, доброкачественные формы периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (микрокистозная дегенерация, инеевидная дегенерация, дегенерация типа «булыжная мостовая», дегенерация типа «медовые соты», друзы, пигментная дегенерация зубчатой линии). Данные заболевания не требуют профилактического оперативного лечения и не являются препятствием для поступления в учебные заведения ГА. В данном случае кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как здоровый. Прогностически опасные виды периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (предрасполагающие к развитию отслойки сетчатки): решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки», дегенерация с истончением сетчатки, а также дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные виды дегенерации требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения с последующим динамическим наблюдением, а также являются препятствием для поступления (обучения) в образовательные заведения ГА по специальности «пилот».

292. За достаточную сохранность зрительных функций принимается: острота зрения на худшем глазу для пилотов не ниже 0.6 без коррекции (с коррекцией – для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, соответствующая норме, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям пунктов 261 – 267.

293. Врожденные отложения единичного мелкого пигмента на капсуле хрусталика, остатки артерии стекловидного тела, миелиновые волокна ДЗН, сетчатки не являются препятствием для поступления в учебные заведения ГА.

294. Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты с нарушением зрительных функций, оптиконеуропатия являются противопоказанием для кандидатов на получение медицинского заключения впервые (поступающие в учебные заведения ГА/обучающиеся в учебных заведениях ГА).

295. Ложная крыловидная плева, пингвекула, небольшой халязион, единичные поверхностные фолликулы на конъюнктиве, простые блефариты, нерезко выраженные конъюнктивиты, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются противопоказаниями к получению медицинского заключения.

### **Хирургия**

296. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются не годными к работе.

297. Допуск к работе обладателей медицинского заключения после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (далее – ИОЛ): ультразвуковая, лазерная), включая операцию на оба глаза, осуществляется не ранее чем через 6 недель после проведенной операции. Решение выносится после полного восстановления при отмене лекарственных препаратов, стабилизации зрительных функций и при отсутствии послеоперационных осложнений. Обследование должно быть полным, включая обследование дальней периферии сетчатки, определение темновой адаптации, контрастной чувствительности и чувствительности к ослеплению. Для работы в авиации приемлемы только монофокальные ИОЛ. Имплантация мультифокальных ИОЛ противопоказана (Н27.8).

298. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: дату и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

299. После лазерных оперативных вмешательств на сетчатке вопрос о допуске к работе решается через 2 недели после операции (лазерная коагуляция сетчатки), с учетом степени сохранности зрительных функций.

300. Кандидат на получение медицинского заключения, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как соответствующий при следующих условиях:

1) предоперационная рефракция не превышала  $+4.0 D / - 5.0 D$ ,  $cyl \pm 2.5D$ .

У кандидатов к получению свидетельства впервые (при поступлении в учебные заведения ГА/у обучающихся в учебных заведениях ГА) предоперационная рефракция не должна превышать  $+4.0D/-3.0D$ ,  $cyl \pm 1.5D$ .

2) операция прошла без осложнений;

3) зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более 0,75дптр в дневное время);

4) отсутствие грубых рубцов (помутнений) на роговице. Отсутствие грубых патологических изменений на глазном дне, которые могут привести к развитию отдаленных осложнений, в том числе и отслойки сетчатки;

5) отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»);

6) достигнутые результаты соответствуют допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования);

7) результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению удовлетворительные;

8) подлежит динамическому наблюдению.

9) медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: дату и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

301. При ФРК (фоторефракционной кератэктомии) вопрос о допуске решается не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).

При лазерном in-situ кератомилезе вопрос о допуске решается через 4-6 недель, после проведенной операции.

При других процедурах оценка состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения проводится после полного восстановления.

302. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полную информацию о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### **Глаукома (Н40–Н42)**

303. Данное заболевание ведет к отстранению от работы всех категорий освидетельствуемых лиц авиационного персонала.

304. В объем обязательного медицинского освидетельствования входит измерение внутриглазного давления. Измерения проводят как контактным способом (используется тонометр Маклакова), так и бесконтактным способом (пневмотонометрия).

305. При подозрении на наличие глаукомы проводится дополнительное обследование в специализированном учреждении или отделении. Установленный диагноз «глаукома» требует назначения лечения.

306. Лица с установленным диагнозом отстраняются от работы не менее чем на 1 месяц для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и наблюдения. Методы терапевтического лечения определяются в индивидуальном порядке.

307. Категории авиационного персонала с диагнозом «первичная открытоугольная глаукома с компенсированным внутриглазным давлением (далее – ВГД)», которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения признаются годными к работе с выдачей медицинского заключения ЦВЛЭК ГА с последующим очередным освидетельствованием ВЛЭК ГА без вынесения официального медицинского заключения.

308. В объем ежегодного обследования пациентов с глаукомой и внутриглазной гипертензией входит: измерение остроты зрения, измерение ВГД, биомикроскопия, исследование поля зрения, оценка побочных эффектов проводимой терапии. Также один раз в 3 месяца назначается контроль ВГД. Обязательными являются медицинские осмотры один раз в 6 месяцев.

309. Лица с доброкачественной внутриглазной гипертензией от работы не отстраняются.

### **Хирургия глаукомы. Тактика**

310. Вопрос о выдаче медицинского заключения решается:

при трабекулэктомии (или антиглаукоматозных операциях с использованием дренажных систем) – не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции;

при селективной лазерной или аргонлазерной трабекулопластике – через 7-10 дней;

при других процедурах – после полного восстановления.

311. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полную информацию о проведенном лечении, текущем лечении,

послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### **Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия (H49–H51)**

312. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь полную сохранность бинокулярных функций.

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

313. Кандидаты на получение медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться не годными к обучению и работе:

1) расстояние 6 метров:

- 2.0 призмных D по вертикали (1 градус);
- 10 призмных D при эзофории (5 градусов);
- 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса).

2) расстояние 33 см:

- 1.0 призмный D по вертикали (0);
- 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса);
- 12 призмных D при экзофории (6 градусов).

Кандидаты на получение медицинского заключения с наличием гетеротропии (косоглазие) должны быть признаны не годными к обучению и работе.

### **XV. Оториноларингология**

314. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь нарушений слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани, либо каких-либо заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством (C00–C14; C30–C32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

315. Кандидаты на получение медицинского заключения должны правильно понимать разговорную речь при тестировании на каждое ухо отдельно с расстояния не менее 2 метров от спины кандидата на получение медицинского заключения до исследователя.

316. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха выше возрастной физиологической нормы, но не более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и не более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе признаются годными к обучению и работе (H90–H91).

317. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе могут быть признаны годными к обучению и работе при благоприятном течении заболевания с ограничениями и вынесением официального медицинского заключения (H90–H91).

318. При функциональном исследовании слуха кандидаты на получение медицинского заключения должны продемонстрировать удовлетворительную слуховую

способность и иметь не менее 80 % разборчивости речи на фоне шума на уровне не более 70 дБ.

319. При вынесении официального медицинского заключения кандидатам на получение медицинского заключения проводится аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме, достаточном для решения вопроса о возможности безопасного осуществления работ в составе многочленного экипажа с ограничением длительности полетного времени.

320. При отсутствии стабильности в течение заболевания может потребоваться отстранение от работы на полный курс лечения с последующей контрольной тональной пороговой аудиометрией и решением вопроса о соответствии запрашиваемой сертификации.

321. Кандидаты на получение медицинского заключения, имеющие признаки клинической формы тугоухости, проходят курс профилактического лечения не реже одного раза в год.

322. Кандидаты на получение медицинского заключения с установленной частичной или полной утратой профессиональной трудоспособности по профессиональному заболеванию органа слуха признаются не годными к работе (H83.3; H90.6).

323. Стойкие приобретенные и/или врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств с клиническими значимыми (выраженными) нарушениями функции ЛОР-органов и затрудняющие использование специального оборудования, определяют негодность к работе (обучению) (C00–C14; C30–C32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

324. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как не годные к обучению и работе (H65–H83). Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления.

325. Хронические болезни среднего уха – хронический гнойный эпитимпанит, хронический гнойный мезотимпанит, сопровождающийся полипами, грануляциями, кариесом стенок барабанной полости, состояние после радикальной операции с неполной эпидермизацией операционной полости (при наличии гноя, полипов, грануляций или холестеатомы) – определяют негодность к работе (обучению) (H65–H75).

326. При хроническом доброкачественно протекающем среднем отите решение о годности к работе (обучению) выносится при положительных результатах лечения с учетом остроты слуха и прогноза заболевания.

327. После оперативных вмешательств на внутреннем и среднем ухе при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости в зависимости от объема оперативного вмешательства не ранее чем через 3-6 месяцев со дня операции проводится отомикроскопия, диагностическое и аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме, достаточном для решения вопроса о возможности и сохранности слуховой и барометрической функций (H65–H83).

328. Перенесшие стапедопластику признаются не годными к обучению и работе (Н80).

329. Кандидат на получение медицинского заключения с акустической невриномой должен быть признан не годным к обучению и работе (D36.1).

330. Кандидаты на получение медицинского заключения с постоянной дисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные с вынесением официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции (Н68–Н69).

331. О состоянии статокINETической чувствительности у кандидатов на получение медицинского заключения судят по вестибулярному анамнезу, результатам вестибулометрии (исследовании на вращающемся кресле), по переносимости длительных полетов. Легкие вестибуловегетативные реакции (незначительное побледнение, небольшой гипергидроз) во время вестибулометрии при хорошей переносимости полетов и отсутствии отклонений в состоянии здоровья не являются основанием для установления диагноза.

332. Повышенная чувствительность к статокINETическим раздражителям является противопоказанием к работе (обучению) (Н81–Н82).

333. Доброкачественное позиционное головокружение является противопоказанием к работе (обучению). Вопрос о повторном медицинском освидетельствовании может быть рассмотрен не ранее чем через 4 месяца после прекращения лечения при отсутствии симптомов заболевания (Н81.1).

334. Болезнь Меньера, врожденные и/или приобретенные аномалии развития вестибулярного органа, хронические и вестибулярные нарушения, не поддающиеся консервативному и хирургическому лечению, являются абсолютными противопоказаниями к выдаче медицинского заключения (Н81.0).

335. При кистах и остеомах околоносовых пазух кандидаты на получение медицинского заключения, поступающие на обучение, могут быть признаны годными к обучению с вынесением официального медицинского заключения при функциональной сохранности функции слуховой трубы и носового дыхания, а также благоприятном прогнозе заболевания (J31–J34).

336. Пристеночное утолщение (локальное, подушкообразное) слизистой верхнечелюстных пазух не является препятствием к работе (обучению).

337. При поллинозе, риноконъюнктивальном синдроме вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения решается после заключения аллерголога (J30).

338. Искривление носовой перегородки с полным отсутствием или резким затруднением носового дыхания является противопоказанием к получению медицинского заключения (J34.2).

339. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие ринопластику с полным восстановлением функции носового дыхания, после оперативного лечения полости носа и околоносовых пазух признаются годными к работе (обучению), но не ранее чем через 2 недели после операции.

340. Кандидаты на получение медицинского заключения с любой дисфункцией носовых пазух должны оцениваться как не годные к обучению и работе до полного выздоровления.

341. Вопрос о восстановлении на работу после лечения по поводу злокачественных образований рассматривается через 2 года с учетом заключения онколога (C00–C14; C30–C32).

342. После оперативного лечения хронического тонзиллита кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе (обучению) при отсутствии осложнений не ранее чем через месяц после операции (J35.0).

343. При наличии съемных протезов функция речи оценивается при снятых протезах.

344. При множественном отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в межкомиссионный период.

345. При аномалии прикуса I степени (расстояние между резцами менее 5 мм) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к обучению и работе.

346. При аномалии прикуса II степени (расстояние между резцами верхней и нижней челюсти в вертикальном и сагитальном направлении – от 6 до 10 мм) и аномалии прикуса III степени (более 10 мм) официальное медицинское заключение выносится после консультации врача ортопеда-стоматолога с учетом прогноза заболевания после лечения (K07).

347. Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как не годные к обучению и работе (F98.5; F98.6; R47–R49).

348. Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие заиканием, косноязычием или другими дефектами речи, препятствующими ведению речевой связи, считаются не годными к работе (F98.5; F98.6; R47–R49).

349. Нарушение произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью не является препятствием к работе (F80.0). Официальное медицинское заключение выносится после консультации профильных специалистов.

## XVI. Дерматология (L00-L99)

350. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

351. Кожные заболевания (псориаз (L40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L43), приобретенный ихтиоз (L85.0), врожденный ихтиоз (Q 80), атопический дерматит (L20.8), простой хронический лишай и чесука (L28), крапивница (L50), дерматит и экзема (L20–L30), васкулиты (L95), красная волчанка (L93), другие локализованные изменения соединительной ткани, в том числе локализованная склеродермия (L94), инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00–L08), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а также локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы) являются основаниями для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

352. Ограниченные, редко рецидивирующие формы заболеваний кожи, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о

годности к обучению и работе в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении врача-дерматовенеролога.

353. Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие пузырчаткой (L10), признаются не годными к обучению и работе.

354. Оценка годности при заболеваниях придатков кожи, в том числе при угрях (L70), различных видах алопеции (L63, L66), розацеа (L71), гипертрихозе (L68), зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. В том случае, когда заболевания придатков кожи имеют вторичный характер (на фоне эндокринных нарушений, аутоиммунных состояний) годность к обучению и работе оценивается по основному заболеванию.

## XVII. Онкология (C00–D48)

355. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь признаков (клинических, лабораторных, инструментальных) первичных или вторичных злокачественных поражений (C00–C97) (что подтверждается результатами лабораторных, инструментальных и других видов обследований), препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством.

356. При выявлении злокачественной опухоли кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

После проведенного специального лечения злокачественного заболевания кандидаты на получение медицинского заключения проходят обследование на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи по профилю «онкология» перед осуществлением медицинского освидетельствования и принятием экспертного решения.

357. Кандидаты на получение медицинского заключения с кодами клинического диагноза по МКБ-10 C00–C14, C30–C32, C47, C69–C72, D10, D14, D36.1 рассматриваются как не годные к обучению и работе без права возобновления медицинского заключения.

358. При отсутствии метастазов в головной мозг, рецидивов, генерализации опухолевого процесса вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения (оперативного, химиотерапии, лучевой терапии, комбинированного) при полной и стабильной компенсации функций организма. В документах, представляемых для оценки, отражаются стадия опухоли по классификации (TNM), развернутое патоморфологическое заключение (анатомический тип роста опухоли, ее морфологическая характеристика, состояние региональных лимфоузлов), проведенное лечение (для хирургического – дата, характер операции и течение послеоперационного периода; для химиотерапии – сроки, количество, доза, переносимость; для лучевого – сроки и методика облучения, суммарная очаговая доза, общая и местная лучевая реакция). Допуск к работе осуществляется с ограничением TML.

359. При патоморфологическом заключении рак *in situ* (D00–D09) независимо от локализации опухоли решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

360. При выявлении доброкачественной опухоли (D10–D36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей,



предусмотренных соответствующим свидетельством, с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяются масштабами операции и ее исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

361. Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб (E05.2, E01.1, E04.9) кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N40), мастопатии (N60) оцениваются по степени нарушения функций органов и болевого синдрома. Доброкачественные опухоли небольших размеров без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

**Требования к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидату на получение  
медицинского заключения класса 2**

**I. Сердечно-сосудистая система**

**Заболевания коронарных артерий (I20–I25)**

**Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда (I20)**

1. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при подозрении на ишемию миокарда подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с установленным диагнозом стенокардии либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда признаются не годными к обучению и работе.

**Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события, процедура  
реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий  
(I21–I25)**

2. Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса проводится не ранее, чем через 6 месяцев после индексного события (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, процедура реваскуляризации при известном заболевании коронарной артерии – эндоваскулярное стентирование или шунтирование).

3. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при наличии любых клинических проявлений ишемической болезни сердца, включая бессимптомную ишемию миокарда;

при необходимости приема медикаментозных препаратов, назначаемых для купирования симптомов ишемической болезни сердца, за исключением бета-адреноблокаторов;

при наличии любого нереваскуляризованного стеноза коронарных артерий  $\geq 50\%$  следующих локализаций: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задняя межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

при наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по В.Lown и M.Wolf, желудочковой тахикардии;

при невозможности достижения нагрузки, соответствующей стадии IV протокола Брюса на тредмиле или ее эквивалента;

при наличии одного из следующих параметров при визуализации сердца по данным эхокардиографии (далее – значимая структурная патология сердца):

для мужчин: толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,4$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)  $\geq 259$  г, и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 132$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 6,4$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ ;

для женщин: толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,3$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)

$\geq 210$  г, и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 109$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 5,8$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54$  %.

4. Выдача медицинского заключения 2 класса допускается в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – уровни ХС  $< 5$  ммоль/л, ЛПНП  $< 3$  ммоль/л, артериальная гипертензия – уровень АД  $< 140/90$  мм рт.ст., гипергликемия – уровень гликированного гемоглобина (HbA1c)  $< 7$  %, снижение функции почек – уровень СКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, ожирение – снижение ИМТ  $< 30$  кг/м<sup>2</sup>, гиперурикемия – уровень мочевой кислоты  $\geq 360$  мкмоль/л у женщин,  $\geq 420$  мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярное (минимум один раз в год) кардиологического обследования.

### **Нарушения ритма сердца и проводимости сердца Предсердная экстрасистолия (I49.1–I49.2)**

5. Наджелудочковая экстрасистолия не является основанием для вынесения решения о негодности к обучению и работе за исключением ее симптомного течения или при индукции наджелудочковыми экстрасистолами пароксизмальных наджелудочковых нарушений ритма сердца, выявленных при проведении кардиологического обследования и подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе.

### **Желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия (I49.3, I47.0, I47.2)**

6. Бессимптомная желудочковая экстрасистолия 1 градации по В.Lown и М.Wolf, в модификации М.Ryan (менее 5 экстрасистол в минуту по данным ЭКГ и менее 30 экстрасистол в час при мониторинговании суточной ЭКГ) не является основанием вынесения решения о негодности к обучению и работе и проведения кардиологического обследования.

7. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с желудочковыми экстрасистолами 2, 3 и 4а-б градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М.Ryan, подлежат кардиологическому обследованию.

8. Кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 5 градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М. Ryan, эпизодами желудочковой тахикардии после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования выносятся решение о негодности.

### **Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5)**

9. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы  $\geq 2,0$  сек., синусовая брадикардия в покое днем с ЧСС  $\leq 40$  уд/мин, ночью  $\leq 30$  уд/мин, невозможность достижения 80 % субмаксимальной ЧСС, рассчитанной по формуле  $220 - \text{возраст}$ ) подлежат кардиологическому обследованию.

10. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при наличии синусовых пауз  $\geq 3,0$  сек;

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

11. Не являются основаниями для вынесения решения о негодности после кардиологического обследования бессимптомная синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз  $\leq 3,0$  сек. при значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, в этом случае допускается выдача медицинского заключения 2 класса.

### **Предсердная тахикардия (I47.1)**

12. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными эпизодами предсердной тахикардии подлежат кардиологическому обследованию.

13. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахикардии, медицинское заключение 2 класса не выдается:

- при выявлении значимой структурной патологии сердца;
- при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;
- при продолжительности пароксизмов более 30 сек. и частоте сердечных сокращений (ЧСС) более 150 уд/мин.

### **Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48)**

14. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов фибрилляции предсердий/трепетания предсердий медицинское заключение 2 класса не выдается:

- при значимой структурной патологии сердца;
- при наличии транзиторной ишемической атаки и/или ишемического инсульта в анамнезе;
- при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;
- при наличии фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев.

15. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидат на получение медицинского заключения 2 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование, а также, в случае потребности регулярно получает разрешенную медикаментозную терапию.

16. При проведении эндоваскулярного хирургического лечения фибрилляции предсердий/трепетания предсердий медицинское заключение 2 класса может быть выдано не ранее чем через 6 месяцев при отмене антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

17. Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 2 класса:

постоянное сохранение синусового ритма со средней частотой менее 90 уд/мин в дневное время;

нормальные значения гормонов щитовидной железы (уровень тиреотропного гормона (ТТГ)  $\geq 0,4$  мЕд/л и  $\leq 4,0$  мЕд/л) и печеночных ферментов в биохимическом анализе крови (аланинаминотрансфераза (АЛТ)  $\leq 40$  Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ)  $\leq 40$  Ед/л);

нормальное значение среднего объема эритроцитов (MCV) 80-100 фл.;

отсутствие значимой структурной патологии сердца, внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает  $\leq 4,5$  см, и индекс ВД ЛП/ППТ  $\leq 2,5$  см/м<sup>2</sup>;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев при условии отмены антиаритмической и антикоагулянтной терапии;

при трепетании предсердий при электрофизиологическом исследовании определяется двунаправленная блокада кавотрикуспидального перешейка.

#### **Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1)**

18. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией подлежат кардиологическому обследованию.

19. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардии медицинское заключение 2 класса не выдается:

при отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

при наличии эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры модификации медленного пути;

при индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

20. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

#### **Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6)**

21. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией с дополнительными путями проведения подлежат кардиологическому обследованию.

22. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса во время освидетельствования или в анамнезе феномена WPW и/или эпизодов атриовентрикулярной реципрокной тахикардии с дополнительными путями проведения медицинское заключение 2 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании (за исключением случаев, когда у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса с феноменом WPW при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс или у кандидата на получение медицинского заключения

2 класса проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу наличия дополнительных путей проведения);

при наличии признаков проведения по дополнительным проводящим путям эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторинговании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути;

при индуцировании при электрофизиологическом исследовании эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии или при определении показателя эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $< 300$  мс;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

23. Выдача медицинского заключения допускается:

если была проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтверждена результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием, или при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс;

если при трехкратном холтеровском мониторинговании ЭКГ, выполненных с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, отсутствуют признаки проведения по дополнительным проводящим путям и эпизоды атриовентрикулярной реципрокной тахикардии;

если регулярно (не реже одного раза в год) проводится кардиологическое обследование.

### **Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0–I44.3)**

24. Выявление атриовентрикулярной блокады I степени не является основанием для дисквалификации за исключением ее симптомного течения.

25. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III степени подлежат кардиологическому обследованию.

26. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2 : 1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гиса или паузами  $\geq 3$  сек.;

при атриовентрикулярной блокаде III степени;

при установленном эндокардиальном кардиостимуляторе;

при жалобах и/или проявлениях клинических симптомов заболевания.

27. Наличие атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I и типа Мобитц II с паузами  $< 2$  сек. при отсутствии значимой структурной патологии сердца и без клинических проявлений не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 2 класса.

28. В остальных случаях выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование.

### Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4–I44.7)

29. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным нарушением внутрижелудочковой проводимости подлежат кардиологическому обследованию.

30. Выявленная неполная блокада правой ножки пучка Гиса, а также неполная блокада левой ножки пучка Гиса не являются основаниями для отказа в выдаче медицинского заключения 2 класса при отсутствии значимой структурной патологии сердца.

31. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса полной блокады правой ножки пучка Гиса медицинское заключение 2 класса выдается при отсутствии:

значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца; отрицательной пробы ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

на суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

32. При впервые выявленной полной блокаде левой ножки пучка Гиса медицинское заключение 2 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

33. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

отсутствует значимая структурная патология сердца;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

при суточном мониторинге ЭКГ отсутствуют нарушения ритма и проводимости, подразумевающие вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при проведении перфузионной томографии миокарда с фармакологической нагрузкой (или эквивалентного исследования) не выявлено признаков обратимого дефекта перфузии. Небольшой фиксированный дефект допускается при условии нормальных значений фракции выброса левого желудочка (не менее 55 % при эхокардиографии) или имеется отрицательный результат стресс-ЭХОКГ;

при мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий или селективной коронарной ангиографии не выявлено стеноза  $\geq 50$  % любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза  $\geq 30$  % в стволе левой коронарной артерии или в проксимальном отделе передней нисходящей артерии.

34. Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения:

при отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

при отрицательной пробе ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

при отсутствии на суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при жалобах и/или проявлениях клинических симптомов заболевания.

35. При выявлении блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса необходимо проведение кардиологического обследования и в случае необходимости – ежегодного кардиологического наблюдения.

**Ионные каналопатии (феномен/синдром Бругада, феномен/синдром удлиненного интервала QT (LQTS), феномен/синдром укороченного интервала QT (SQT), феномен/синдром ранней реполяризации желудочков) (I49.8)**

36. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с диагностированными ионными каналопатиями подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

37. Феномен/синдром ранней реполяризации желудочков является поводом для кардиологического обследования только при наличии j-волны на ЭКГ в отведениях II, III, aVF.

38. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании;

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии на ЭКГ удлинения  $QTc \geq 500$  мс, укорочения  $QTc \leq 330$  мс или феномена Бругада 1 типа;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, особенно синкопальных эпизодов.

39. Выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств при выявлении синдрома удлиненных ионных каналопатий в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование. Необходимо соблюдение следующих условий:

на ЭКГ отсутствуют удлинение  $QTc \geq 500$  мс, укорочение  $QTc \leq 330$  мс или феномен Бругада 1 типа, или особенности после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковые аритмии 3-5 градаций по B.Low и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;



отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);  
отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

### **Патология клапанов сердца**

#### **Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1)**

40. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с двустворчатым аортальным клапаном могут быть признаны годными к обучению и работе без ограничений при отсутствии значимой структурной патологии сердца, жалоб и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также при регулярном (не реже одного раза в 2 года) кардиологическом обследовании.

#### **Аортальный стеноз (I35.0, I06.0)**

41. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от кардиологического обследования.

42. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при пиковой скорости аортального потока по Доплеру  $> 3$  м/с;

при наличии в анамнезе ишемического инсульта и/или транзиторной ишемической атаки;

при увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

43. Выявление у обладателей свидетельств аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока по Доплеру  $\leq 2,5$  м/с не является основанием для их дисквалификации и введения ограничений при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

44. При выявлении аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока в аорте по Доплеру  $\geq 2,6$  и  $\leq 3,0$  м/с, а также при наличии признаков кальцификации клапана выдача медицинского заключения допускается при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

#### **Аортальная регургитация (I35.1, I06.1)**

45. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной аортальной регургитацией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

46. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при диаметре корня аорты  $> 5,0$  см;

при конечно-диастолическом размере левого желудочка (КДР ЛЖ)  $> 6,5$  см;

при конечно-систолическом размере левого желудочка (КСР ЛЖ)  $> 4,4$  см;

при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

47. Выявление у обладателей свидетельств аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\leq 6,0$  см и КСР ЛЖ  $\leq 4,1$  см не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе и введения ограничений при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

48. При аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\geq 6,2$  см и  $\leq 6,5$  см и КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см и  $\leq 4,4$  см выдача медицинского заключения допускается только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### Патология митрального клапана (I34, I05)

49. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной патологией и аномалиями митрального клапана подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

50. Наличие пролапса митрального клапана  $< 6$  мм и толщины створок митрального клапана  $< 5$  мм при отсутствии жалоб и клинических проявлений не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

51. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

- при площади митрального отверстия  $\leq 1,5$  см<sup>2</sup> при митральном стенозе;
- при площади струи регургитации  $\geq 4$  см<sup>2</sup> или  $\geq 20$  % от площади левого предсердия и/или ширине *vena constanta*  $\geq 0,3$  см при митральной регургитации;
- при ревматическом митральном стенозе/регургитации;
- при неревматической неишемической регургитации митрального клапана, вызванной разрывом хорды или ишемическим повреждением папиллярных мышц;
- при наличии фибрилляции предсердий или трепетания предсердий на фоне митрального стеноза/регургитации;
- при увеличении КДР ЛЖ  $\geq 6,1$  см;
- при увеличении КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см;
- при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;
- при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

52. В остальных случаях допускается выдача медицинского заключения только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца

53. Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса, перенесших замену аортального клапана биологическим протезом или хирургическое восстановление митрального клапана, проводится не ранее чем через 6 месяцев после оперативного лечения.

54. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

- при аортальной вальвулопатии;
- при при многоклапанном протезировании;
- при наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;
- при отсутствии постоянного синусового ритма;
- при наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

55. Выдача медицинского заключения допускается только в случае, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

### **Перикардит, миокардит и эндокардит (I30–I33, I40)**

56. Первичное освидетельствование возможно не ранее чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследования при отсутствии нарушения функции сердца вследствие перенесенного заболевания, жалоб и клинических проявлений.

57. Медицинское заключение 2 класса не возобновляется:

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

58. В течение первых 2 лет после перенесенного заболевания обладатели свидетельств авиационного персонала гражданской авиации допускаются к работе при условии регулярного (не менее одного раза в год) проведения кардиологического осмотра.

59. По истечении 2 лет после перенесенного заболевания при отсутствии значимых структурных изменений сердца, жалоб и клинических проявлений возможен допуск к летной работе без ограничений.

### **Кардиомиопатии (I42)**

#### **Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1–I42.2)**

60. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной гипертрофической кардиомиопатией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

61. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при превышении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 2,5$  см;

при градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое  $\geq 50$  мм рт. ст.;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

62. Выдача медицинского заключения допускается только в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

### **Рестриктивная кардиомиопатия (I42.5)**

63. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной рестриктивной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

64. Медицинское заключение 2 класса не выдается или не возобновляется: если причиной развития кардиомиопатии не является гемохроматоз;

при нарушении углеводного обмена;

при наличии инфузионно-зависимой анемии;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

65. Выдача медицинского заключения допускается только в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Дилатационная кардиомиопатия и кардиомиопатия, обусловленная воздействием алкоголя/лекарственных средств (I42.0, I42.6, I42.7)**

66. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной дилатационной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

67. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

в течение первого года после верификации диагноза;

при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ ;

при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по V.Low и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

68. Выдача медицинского заключения допускается только в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Саркоидоз с поражением сердца (D86.8)**

69. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с впервые установленным диагнозом подлежат кардиологическому обследованию.

70. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

в течение первых 6 месяцев после верификации диагноза;

при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;

при отсутствии признаков гипоксемии;

при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, в том числе и с момента верификации диагноза.

71. Выдача медицинского заключения допускается только в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в 6 месяцев) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

#### **Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8)**

72. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1–V3, удлинение комплекса QRS  $\geq 110$  мс с инверсией зубца Т в отведениях V1–V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса, инверсия зубцов Т в отведениях V1–V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гиса) подлежат кардиологическому обследованию.

Установление диагноза является причиной отказа в допуске к работе.

#### **Синдром спортивного сердца (I42.7)**

73. Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин  $\geq 6,0$  см (для женщин  $\geq 5,3$  см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин  $\geq 3,2$  см/м<sup>2</sup> (для женщин  $\geq 3,3$  см/м<sup>2</sup>) требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями сердца.

74. После постановки диагноза «синдром спортивного сердца» при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты допускаются к летной работе без ограничений.

#### **Врожденные пороки сердца**

##### **Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1)**

75. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными дефектами межпредсердной перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

76. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных скоростей кровотока в легочной артерии и аорте (соотношение QP/QS)  $\geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии;

при наличии первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

77. При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте до 24 лет заключение 2 класса

выдается без ограничений при условии регулярного (не менее одного раза в год) кардиологического обследования.

78. При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте после 24 лет при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных с соотношением  $QP/QS \leq 1,5:1$  по данным эхокардиографии при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса, возможна выдача медицинского заключения 2 класса при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий и/или трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при эхокардиографии площади струи регургитации  $\leq 4 \text{ см}^2$  и/или  $\leq 20 \%$  от площади левого предсердия и/или фракции регургитации  $\leq 30 \%$  объема левого предсердия ширине *vena constanta*  $\leq 0,3 \text{ см}$  при митральной регургитации;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее одного раза в год) проведение кардиологического обследования.

#### **Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0)**

79. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными дефектами межжелудочковой перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

80. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением  $QP/QS \geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

81. При оперативной коррекции вторичного дефекта межжелудочковой перегородки, наличии дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением  $QP/QS \leq 1,5:1$  по данным эхокардиографии возможна выдача медицинского заключения 2 класса при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

отсутствие желудочковых аритмий 3-5 градаций по V.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;  
регулярно (не менее одного раза в год) проведение кардиологического обследования.

### **Артериальная гипертензия и гипотензия (I10–I15, I95)**

82. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным повышением артериального давления  $\geq 140/90$  мм рт. ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск к работе осуществляется по результатам суточного мониторирования артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления  $< 130/80$  мм рт. ст. и отсутствии эпизодов артериальной гипотензии  $< 90/60$  мм рт. ст.

83. Допускается выдача медицинского заключения 2 класса без применения ограничений при стабильном уровне артериального давления  $< 145/95$  мм рт. ст. в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

84. При наличии сахарного диабета или микроальбуминурии целевые значения артериального давления не должны превышать  $130/80$  мм рт. ст.

85. Медицинское заключение 2 класса не выдается:

при вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

при стойком повышении уровня артериального давления у обладателей свидетельств, превышающем  $160/95$  мм рт. ст.

86. Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

87. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с артериальной гипотензией  $< 90$  мм рт. ст., сопровождающейся клинической симптоматикой, признаются не годными к обучению и работе.

### **II. Периферические артерии и венозная система (I70–I89)**

88. При облитерирующих заболеваниях артерий с наличием болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности к обучению и работе (I70).

89. Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, является основанием для определения негодности к обучению и работе. Диагностированная артериальная аневризма (I72) на фоне имеющихся клинических проявлений или, если аневризматическое расширение диаметром более 5 см, является основанием для определения негодности к обучению и работе. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 2 класса не ранее чем 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 2 класса.

90. При варикозном расширении вен (I83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности к

обучению и работе. Сроки восстановления на летную работу зависят от вида хирургического вмешательства, но должны составлять не менее 3 недель. Решение о годности к обучению и работе после хирургического вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости – по результатам дополнительного контрольного обследования.

91. После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах конечностей (I80) вопрос о допуске к обучению и работе решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности к обучению и работе (I87.0).

### III. Система органов дыхания (J00-J99)

92. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

93. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса со значительным нарушением функции легких признаются не годными к обучению и работе. Признание годности проводится после восстановления функции легких и при их удовлетворительном состоянии по результатам исследований. При этом ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

94. Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и/или склонные к обострениям – бронхиальная астма (J45), бронхоэктатическая болезнь (J47), активный саркоидоз (D86), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (J44), интерстициальные заболевания легких (J84) с выраженным нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна (G47,3), крупное оперативное хирургическое вмешательство на органах грудной клетки, пульмонэктомия (Z98.8), являются основаниями для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

95. Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс (Z93), подлежат восстановлению на работу не ранее 6 недель после выздоровления от одного спонтанного пневмоторакса при условии, что обследование не выявило причины для его повторного возникновения или выздоровления после хирургического вмешательства в случае рецидивирования пневмоторакса. Повторный пневмоторакс без хирургического лечения восстановление на работу исключает.

96. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с ХОБЛ в стадии ремиссии и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ не менее 70 % применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой систем при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

97. При проникающем ранении грудной клетки, при наличии инородных тел в грудной стенке или в легочной ткани, отдаленных от крупных сосудов сердца, не



дающих клинических проявлений, при хорошей функции внешнего дыхания, возможно определение годности к обучению и работе.

98. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с активными формами туберкулеза органов дыхания (A15) или с выраженными остаточными изменениями признаются не годными к обучению и работе.

99. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обезызствления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работе не ранее чем через 6 месяцев с обязательным обследованием легочной и сердечно-сосудистой системы.

100. При восстановлении на работу кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса после закрытия листка нетрудоспособности представляют заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением допуска к работе.

101. После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения, пороков развития, патологии грудной клетки и диафрагмы кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются годными к работе после контрольного обследования при достаточном восстановлении дыхательной функции при индексе Тиффно не менее 60 %.

102. При диафрагмальных грыжах со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюкс-эзофагитом, выносится заключение о негодности к обучению и работе.

103. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с активным саркоидозом (D86) признаются не годными к обучению и работе. Восстановление на работу может быть не ранее чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на обучение с любой формой саркоидоза признаются не годными к обучению.

#### **IV. Пищеварительная система (K00-K93)**

104. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

105. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, являются причиной вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности с обструкцией вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как не годные к обучению и работе.

106. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с патологией желудочно-кишечного тракта – рецидивирующие диспепсическими расстройствами (K58), требующими медикаментозного лечения, гепатитами в активной стадии (K73), циррозом печени (K74.3–K74.6), симптомной желчнокаменной болезнью или бессимптомной с небольшими многочисленными камнями (K80), острым или хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K25.0–K25.6), после перенесенного хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, включая хирургическое полное или частичное удаление органов или с нарушением функции какого-либо из органов, рассматриваются как не годные к работе.

107. Вопрос о годности к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

108. При варикозном расширении вен пищевода, независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе без права восстановления.

109. При осложнениях язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации) проводится лечение с последующим эндоскопическим контролем заживления язвы. При подтвержденном «закрытии» язвенного дефекта, при отсутствии необходимости продолжения медикаментозной терапии и после наблюдения в течение не менее 8 недель выдается медицинское заключение с ограничением ТМЛ сроком на 6 месяцев на протяжении 3 лет и ежеквартальным индивидуальным наблюдением с контролем уровня гемоглобина.

110. Медицинское заключение при хронических диффузных заболеваниях печени зависит от клинической формы, стадии и активности процесса. Допуск к работе осуществляется после расширенного обследования при условии стойкой ремиссии и сохранности функций органа. При выявлении носительства вируса гепатитов В и С (Z22) без признаков заболевания (отсутствие синдрома цитолиза) кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса допускаются к работе без ограничения. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с доброкачественной функциональной билирубинемией после обследования признаются годными к работе и обучению.

111. Острые гепатиты (K72), хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (K73) (любой этиологии), острые панкреатиты (K85), острые холециститы (K81), хронические панкреатиты (K86.1) и хронические холециститы (K81.1) в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) определяют негодность к работе и обучению. При гепатите С допуск к работе рассматривается через 6 месяцев после лечения по достижении стадии стойкой полной ремиссии по результатам гастроэнтерологического и иммунологического обследования. Допуск кандидатов к обучению проводится при полной ремиссии в течение последних 3 лет.

112. При установлении диагноза цирроза печени (K74.3–K74.6) принимается решение о негодности к обучению и работе.

113. При холецистолитиазе с бессимптомным одиночным крупным камнем рекомендуется проведение мероприятий по его удалению в плановом порядке, выдается ограничение ТМЛ.

114. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K63) признаются годными к обучению и работе с ограничением TML на протяжении 3 лет, если болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

115. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с язвенным колитом (K51) и болезнью Крона (K50) признаются не годными к обучению и работе.

116. При спаечной болезни (K66) с выраженными клиническими проявлениями кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе. Долихосигма (Q43.8) без клинических проявлений не является основанием для принятия решения о негодности к обучению и работе.

117. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при наличии у них послеоперационных рубцов на брюшной стенке представляют документы о характере перенесенной операции.

118. Диагностированная грыжа (K40–K46), мешающая безопасно выполнять профессиональные обязанности, является причиной дисквалификации до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности. При паховых грыжах и грыжах брюшной стенки при отсутствии риска ущемления и болевого синдрома после консультации хирурга рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке. В данном случае выдается ограничение TML.

119. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (K60–K63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются не годными к обучению и работе.

120. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функции прямой кишки вопрос о годности кандидата на получение медицинского заключения к обучению и работе рассматривается после выздоровления.

#### **V. Метаболические нарушения и эндокринная система (E00–E90)**

121. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

122. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с метаболическими или эндокринными нарушениями признаются годными к обучению и работе при условии демонстрации стабильного состояния гормонального фона по результатам расширенного медицинского освидетельствования, включая и кардиологическое обследование.

123. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выраженными формами болезней эндокринной системы, в том числе с сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый) (E10), признаются не годными к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа (E11) оцениваются как непригодные, если не достигается полного контроля за содержанием сахара в крови и требуется постоянный прием

гипогликемических лекарственных препаратов и инсулина. Допуск к работе с ограничением ОМЛ осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения лекарственных препаратов, вызывающих гипогликемию.

124. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения 2 класса подлежит наблюдению и лечению в течение срока до 2 месяцев. Допуск к работе осуществляется после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты.

125. При выявлении гипогликемии (E16.2), почечной глюкозурии (E74.8) кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса подлежат расширенному обследованию.

126. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для заключения о негодности к обучению и работе.

127. Решение о допуске к работе кандидата на получение медицинского заключения при нарушениях функций щитовидной железы принимается после лечения в течение не менее 3 месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05) – без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03) – с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

128. При избыточной массе тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66). Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м<sup>2</sup>. Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела – ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени – ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени – ИМТ > 35,0.

129. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с ИМТ > 35,0 признаются годными к обучению и работе при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства, и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома.

130. При симптоматическом (вторичном) ожирении эндокринного, церебрального генеза оценка годности проводится по основному заболеванию.

## **VI. Гематология (D45–D47, D50–D89, E75.2, E80.0, E80.2, E83.0, E83.1, M31.1, C81–C96)**

131. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

132. После расширенного обследования и консультации врача-гематолога проводится оценка годности кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса с наличием следующих гематологических синдромов:

анемический синдром (концентрация гемоглобина менее 105 г/л) при D50-D59;  
нарушения свертываемости крови (наследственные и приобретенные дефициты факторов свертывания крови D66–D68);

гиперкоагуляционный синдром (наследственные и приобретенные тромбофилии D68.8);

пурпура и другие геморрагические состояния (вторичные тромбоцитопении и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – D69) – количество тромбоцитов менее  $100 \times 10^9/\text{л}$ ;

агранулоцитоз (с показателями нейтрофильных лейкоцитов крови  $0,5 \times 10^9/\text{л}$  и ниже – D70);

новообразования неопределенного и неизвестного характера полицитемии – D45;

впервые выявленные лимфаденопатия и гепатоспленомегалия.

133. При этом вопрос о годности к работе с ограничением OML/TML рассматривается при установлении доброкачественности заболевания, стабилизации состояния, отсутствии сопутствующей патологии, эпизодов массивного кровотечения или значительного тромбообразования.

134. При наличии у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), некомпенсированных тяжелой степенью анемии (D60, D61, D46), тяжелой степенью нарушения свертывания крови (D66–D68), тяжелой степенью пурпура и других геморрагических состояний (D69) они признаются не годными к обучению и работе. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

135. При новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96) после завершения лечения и достижения полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность) при полной и стабильной компенсации функций организма, имеющих значение для безопасности полетов, выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

136. При наличии заболеваний с высоким риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (первичный эритроцитоз (D75), эритремия (D45, C92.7), тромбофилия (D68.8), тромботическая микроангиопатия (M31.1) определяется негодность к работе (обучению).

## **VII. Мочеполовая система (N00-N99)**

137. Если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют функциональной или органической патологии мочеполовой системы, препятствующей безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

138. Пороки развития, последствия повреждений мочеполовых органов и операции на них, опущение почек, водянка яичка и семенного канатика, расширение вен семенного канатика, сопровождающиеся нарушением функций, болевым синдромом, являются основанием для определения негодности к обучению и работе (N25–N39). Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведении яичка, эктопии), при умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного их увеличения при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными к обучению и работе.

139. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от ее объема и технологии. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее чем через 3 недели после операции в зависимости от ее вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

140. Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, такие как туберкулез почек и мочеполовых органов (A18.1), пиелонефрит (N11.0), цистит (N30), уретрит (N34), простатит (N41) в фазе активного воспаления, определяют негодность к работе (обучению).

141. Острый гломерулонефрит (N00–N08) требует лечения в течение 3-6 месяцев, после чего решается вопрос о его переходе в хроническую форму.

142. Вопрос о допуске к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решается на основании выраженности симптоматики.

143. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе при наличии плохо контролируемой артериальной гипертензии, протеинурии, достигающей 2-3 г/л, при появлении отчетливых признаков почечной недостаточности (креатинин крови 150-200 мкмоль/л и более, белок в моче 3 г/л и более).

144. Допуск к работе/полетам выдается на укороченный срок (TML) при условии прохождения кандидатом на получение медицинского заключения 2 класса контрольных осмотров, измерений артериального давления, ежеквартальной сдачи анализов мочи и крови на креатинин в межкомиссионном периоде.

145. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с острым пиелонефритом подлежат лечению. Допуск к работе после перенесенного острого пиелонефрита осуществляется после проведения дополнительных исследований с обязательным проведением УЗИ почек, мочевого пузыря, определением креатинина в крови и моче, степени протеинурии.

146. При хроническом пиелонефрите кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе при наличии нормальных показателей анализов крови, отсутствии выраженной протеинурии, лейкоцитурии, регулярном врачебном контроле с проведением анализов крови и мочи каждые 3 месяца. Повышение артериального давления до 160/95 мм рт. ст. вне периодов обострения расценивается как дополнительный неблагоприятный синдром. При этом кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к работе.

147. После лечения (консервативного, оперативного) туберкулеза мочеполовых органов допуск к работе возможен при полном клиническом излечении и наличии заключения из противотуберкулезного диспансера о разрешенном допуске к работе.

148. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по результатам расширенного урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

149. В случае когда поражение почек носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

150. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе после прохождения внеочередного медицинского освидетельствования при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек с ограничением ТМЛ в течение 3 лет.

151. При наличии конкрементов в мочевых путях (N20–N23) выносится заключение о негодности к обучению и работе с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам контрольного обследования.

152. Вопрос об удалении доброкачественных опухолей половых органов решается после консультации гинеколога (уролога). При аденоме предстательной железы (N40) без дизурических расстройств, если по заключению уролога не показано оперативное лечение, кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются годными к обучению и работе.

153. При аденоме предстательной железы (N40), если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится через 2 месяца после проведенного оперативного вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

### **VIII. Инфекционные заболевания (A00–D99)**

154. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

155. Признание годности ВИЧ-положительных (D20–D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением ТМЛ рассматривается для лиц со стабильной, непрогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми ИКАО препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса является основанием для дисквалификации.

156. При выявлении или подозрении у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса инфекций, передающихся преимущественно половым путем (A50–A64), заразных кожных заболеваний, в том числе микозов (B35), чесотки (B86), подтверждение диагноза и лечение проводятся в специализированном кожно-венерологическом учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после излечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения врача-дерматовенеролога. Кандидаты, страдающие лепрой (A30), признаются не годными к обучению и работе.

157. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса, оцениваются по степени нарушения функций органов и систем организма. При этих заболеваниях,

сопровождающихся нарушением функций органов, общей астенизацией, выносятся решение о негодности к работе. После лечения острых инфекций и инвазий при бессимптомном течении болезни с незначительным нарушением функций органов кандидат на получение медицинского заключения допускается к работе.

158. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с хронической стадией описторхоза (B66) допускаются к выполнению профессиональных обязанностей, однако они находятся под наблюдением врача инфекционного кабинета до снятия с учета.

159. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, перенесшие инфекционный гепатит (B15–B19), геморрагическую лихорадку (A98–A99), отстраняются от полетов на 3-6 месяцев. Восстановление возможно после полного восстановления функций органов и систем организма по результатам обследования.

160. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса допускаются к авиационно-химическим работам не ранее чем через 12 месяцев после лечения.

### **IX. Акушерство и гинекология (N70–N77) (N80–N98) (O00–O99)**

161. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

162. Основаниями для вынесения заключения о негодности к работе (обучению) являются: пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N94) (метроррагия, боли); эндометриоз (N80); симптомная миома матки (D25); хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более 3 раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени (N81); мочеполовые и кишечно-половые свищи (N82); разрывы промежности (O70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода.

163. Лечение острого периода болезней шейки матки (N86–N88) (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион, дисплазии) предполагает отстранение от полетов на срок от 3 недель до 3 месяцев. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Вопрос о возобновлении медицинского заключения после хирургического лечения заболеваний женской половой сферы рассматривается при лапароскопической операции – через 4-6 недель после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

164. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная и фолликулярная кисты (N83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

165. Обладатели медицинского заключения с расстройствами овариально-менструального цикла подлежат обследованию и лечению без отстранения от работы.

166. С момента установления беременности (Z33) авиационный персонал признается не годным к летной, диспетчерской работе.

167. Допуск к работе после родов или при прекращении беременности осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.



## X. Опорно-двигательный аппарат (M00–M99)

168. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют нарушений костно-мышечного аппарата как врожденных, так и приобретенных, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

169. Физическое развитие кандидата на получение медицинского заключения и соответствие массы тела росту рассчитываются по ИМТ по Кетле при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития обучающихся в авиационном учебном центре учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела может отставать от роста), дефицит массы тела менее 25 % не расценивается как проявление недостаточного физического развития. Пороки развития, хронические болезни костей, суставов, хрящей, мышц и сухожилий, последствия травм и операций, рубцы после ожогов и обморожений у кандидата на получение медицинского заключения оцениваются в зависимости от степени прогрессирования, локализации, наличия косметического дефекта и имеющихся функциональных нарушений. Прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функции в значительной степени, болевым синдромом, мешающие ношению одежды, обуви, состояния являются основанием для признания негодности к обучению и работе. При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (M42) (межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (T30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функций без болевого синдрома, непрогрессирующих, не мешающих ношению одежды и обуви, заключение о годности к обучению и работе выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением OAL, кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота не годны к обучению.

170. При инфантилизме (R62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

171. Кандидат на получение медицинского заключения 2 класса имеет достаточный рост в положении сидя, соответствующую длину рук и ног, мышечную силу для безопасного осуществления обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством. При спорных случаях возможна проверка на летном тренажере с заключением инструктора тренажера о результатах проверки.

172. Оценка годности при дефектах кисти, стопы (пороки развития, последствия травмы, хирургического вмешательства) определяется степенью функциональной сохранности, при необходимости – после проверки на тренажере (с заключением инструктора тренажера о результатах проверки).

173. Негодность к работе (обучению) определяют отсутствие стопы, врожденная или приобретенная патология стопы (Q72, Z89), нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу.

174. Плоскостопие (Q66) без явлений выраженного остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

175. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более чем

на 2 см. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать все органы управления и эффективно работать с ними).

176. В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе.

177. Применение различного рода фиксаторов при остеосинтезе и операциях по протезированию с благоприятным послеоперационным течением, достаточной функциональной состоятельностью по данным анамнеза, осмотра, контрольного рентгенологического исследования, заключению травматолога-ортопеда не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе. После операций по протезированию суставов рассмотрение вопроса о годности возможно не ранее чем через 6 месяцев после хирургического вмешательства.

178. При остеомиелите (М86) при наличии секвестральных полостей, свищей кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не годны к обучению и работе, подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

179. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнение продольной связки, обнаруженные рентгенологически, но без клинических проявлений, не являются основаниями для вынесения заключения о негодности.

180. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

181. При переломе тел позвонков (S22, S32) с подвывихом, при туберкулезе (М49.0) позвоночника (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносится заключение о негодности к обучению и работе. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков при условии полного восстановления функций допускается освидетельствование после успешного оперативного лечения через 6 месяцев, после чрескожной вертебропластики – через 2 месяца.

182. В случаях перелома поперечных, остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении функций и исчезновении болевого синдрома.

183. При консолидированных переломах костей таза (S32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

184. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (M00–M03, M05–M14, M15–M19) при остром и подостром течении, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств, признаются не годными к обучению и работе.

185. При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии без выраженных нарушений функций органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов. При этом кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота признаются не годными к обучению и работе.

### **XI. Психиатрия (F0–F99)**

186. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующими свидетельствами, и создавать угрозу безопасности полетов.

187. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе без права восстановления со следующими клинически установленными диагнозами (диагноз подтверждается решением врачебной комиссии специализированного учреждения психиатрического профиля после проведенного полного обследования в специализированной психиатрической (наркологической) медицинской организации):

- 1) органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09);
- 2) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19);
- 3) шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29);
- 4) расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–39);
- 5) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48);
- 6) расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69);
- 7) умственная отсталость (F70–F79);
- 8) расстройства психологического (психического) развития (F80–F89);
- 9) эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F99).

188. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии через 4-6 месяцев могут освидетельствоваться ЦВЛЭК ГА (с выпиской по месту наблюдения) после обследования в специализированном психиатрическом (наркологическом) учреждении с заключением клинического психолога и врача-психиатра ЦВЛЭК ГА с клинически установленными диагнозами:

- 1) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:
  - реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);
- 2) поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:
  - расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы (F51.2);
  - кошмары (F51.5);
  - сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52);

- психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах (F53);
- психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54);
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные (F59).

189. При первичном выявлении (в том числе при проведении предполетного/послеполетного, предсменного/послесменного осмотров) у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), остаточных явлений такого опьянения, наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ проводится их внеочередное медицинское освидетельствование.

190. При повторном установлении (в том числе при проведении предполетного/послеполетного, предсменного/послесменного осмотров) факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ или состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) выносится заключение о негодности к работе (обучению).

191. Отдельные, невыраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмечаемых у кандидата на получение медицинского заключения, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация врача-психиатра ЦВЛЭК ГА. При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

## XII. Психология

192. При психологическом тестировании у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также когнитивные функции авиационного персонала, оказывающие влияние на безопасность полетов, также степень их ухудшения в динамике: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

193. Заключение медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не является экспертным заключением, носит информативно-рекомендательный характер и учитывается неврологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) при вынесении медицинского заключения.

194. Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из двух частей:

диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения;

оценка профессионально-важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

195. В случае возникновения необходимости уточнения полученных в ходе стандартного обследования результатов медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводит расширенное психологическое обследование, в том числе в индивидуальном варианте, а также с применением дополнительных бланковых или компьютеризированных методик.

196. Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1) со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения:

– недостоверные результаты по личностным тестам, а также выявление высокой вероятности натренированности кандидата к методикам;

– признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);

– наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;

– наличие признаков расстройства личности;

– наличие профессионально-неблагоприятных личностных характеристик;

– наличие признаков акцентуации характера;

– присутствие языкового барьера;

– наличие татуировок и шрамов;

2) со стороны оценки профессионально важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции):

– высокая вероятность эффекта тренированности;

– общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий» уровни;

– снижение результатов обследования отдельных психических функций.

197. При выявлении у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера) медицинский психолог ВЛЭК ГА направляет его в ЦВЛЭК ГА с целью уточнения заключения медицинского психолога.

198. В случае выявления у кандидата признаков нервно-психической неустойчивости, профессионально-неблагоприятных психических состояний, признаков акцентуаций характера, медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляет кандидата на консультацию к врачу-психиатру либо к врачу-психиатру ЦВЛЭК ГА.

199. В случае когда психиатр не выносит диагноз клинического характера, медицинский психолог выносит выявленные особенности в «общий вывод» и рекомендует контроль в динамике.

200. При подтверждении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), однако ставящих под угрозу выполнение или препятствующих выполнению профессиональных обязанностей возможны:

вынесение отрицательного заключения с рекомендацией обследования в специализированном стационаре психиатрического профиля с круглосуточным пребыванием;

работа с психотерапевтом по профилю с предоставлением выписки.

201. При восстановлении на летную работу (обучение в профильном учебном заведении гражданской авиации) кандидат на получение медицинского заключения 2 класса обязан представить выписку из амбулаторной карты о пройденном лечении.

202. При выявлении общего низкого уровня основных психических функций (в динамике) медицинскому психологу ВЛЭК ГА следует направить кандидата на консультацию к врачу-неврологу ВЛЭК ГА для дообследования и решения вопроса о его годности к обучению и работе.

### **ХIII. Неврология (G00–G99)**

203. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

#### **Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ (G40–G42)**

204. Кандидаты на получение свидетельства с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии, рецидивирующих приступах потерь сознания неуточненного генеза рассматриваются как не годные к работе и обучению.

205. В неврологическом отделении медицинской организации, находящейся в ведении уполномоченного органа, осуществляющего функции по оказанию государственных услуг в сфере гражданской авиации (далее – ЦКБ ГА), перед проведением оценки на годность к обучению и работе проходят обследование кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии: эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5-летнего возраста; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком после прекращения лечения более 10 лет; отсутствии изменений электроэнцефалографии, не исключающих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточненной причины; прогрессирующей или непровиссирующей болезни нервной системы; единичного эпизода потери сознания неуточненной этиологии; потери сознания после (головной) черепно-мозговой травмы; проникающей травмы головы с поражением головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга. Отсутствие риска рецидива эпилептического приступа без применения лекарственных средств не исключает вынесения заключения о годности по всем классам требований.

206. При выявлении пароксизмальной, эпилептоидной активности и значительно выраженных изменений на ЭЭГ кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с впервые выявленной пароксизмальной активностью на ЭЭГ типа «пик-медленная волна» при отсутствии других признаков эпилепсии или органического заболевания центральной нервной системы (ЦНС) признаются не годными к обучению и работе сроком на 3 месяца с последующим расширенным неврологическим обследованием. Стабильность указанных изменений на ЭЭГ после уточнения причины вызываемых изменений с

низким риском развития рецидивов потерь сознания не дает оснований для отстранения от работы.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

207. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с подтвержденным диагнозом эпилепсии признаются не годными к обучению и работе (G40–G42).

208. При однократных эпилептических припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии экспертная оценка зависит от основного заболевания. Сроки наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению вопроса о допуске к обучению и работе – не менее 2 лет.

### **Сосудистые поражения головного мозга (I60; I61; I62; I63; I64; I65; I67; I68; I69; G45; G95)**

209. Клинические проявления в виде после острых нарушений мозгового кровообращения и их последствий, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением, преходящей ишемии головного мозга в единичных случаях не исключают возможность выполнения профессиональных обязанностей при отсутствии факторов риска рецидивирования.

210. Сосудистые поражения головного и спинного мозга различной этиологии включают первичные заболевания сосудов головного и спинного мозга (васкулиты, аномалии развития, аневризмы, атеросклероз и другие) и вторичные изменения сосудов соматогенной, вертеброгенной и другой этиологии. Экспертиза всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, а также риска возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов.

211. Заключение выносится на основании оценки выраженности неврологических нарушений, степени стенозирования основных артериальных церебральных сосудов, состояния профессионально важных психологических функций, течения заболевания, факторов риска.

### **Экспертиза при сосудистых заболеваниях**

212. Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не являются основаниями для вынесения диагноза церебрального атеросклероза, предусматривающего негодность к обучению и работе, кроме случаев их выявления у абитуриентов, которые признаются не годными к обучению (I67.2).

213. При выявлении стабильных стенозов брахиоцефальных сосудов (БЦС) небольших и умеренных размеров (до 50 %) и отсутствии изменений в неврологическом статусе, когнитивной сфере и по данным нейровизуализации, исключающих органические поражения головного мозга (последствия инсульта, проявления дисциркуляторной энцефалопатии и другие (I67.2), кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются годными к профессиональной деятельности (кроме абитуриентов, которые признаются не годными к обучению).

214. При обнаружении скрыто протекающего стеноза (50 % и более) (I65–I67.1), выявлении эмбологенной нестабильной а/с бляшки принимается решение о негодности к обучению и работе.

215. При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение о негодности по всем классам требований. Вопрос о возврате к экспертному решению о допуске к работе возможен после 12 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА с вынесением официального медицинского заключения.

216. В случае диагностики лакунарного ишемического инсульта (ИИ) для рассмотрения возможности выдачи положительного медицинского решения требуется период наблюдения без регистрации рецидивирующего течения, продолжительность которого зависит от механизма развития заболевания и сопутствующих факторов риска (12 месяцев). Принятие положительного решения о допуске возможно после обследования в стационаре ЦКБ ГА, осмотра неврологом ЦВЛЭК ГА (I69).

217. После инсульта у молодых людей (открытое овальное окно после хирургического лечения) при отсутствии осложнений со стороны когнитивной сферы и поражений головного мозга возможно положительное решение. В остальных случаях принимается решение о негодности к обучению и работе без права восстановления.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

218. В случае геморрагического инсульта (ГИ) (I60–I69.2) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы. При наличии факторов риска и сопутствующих заболеваний, приводящих к рецидивирующему течению, выносится заключение о негодности к обучению и работе без права восстановления в последующем по всем классам требований.

219. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) или изменения сосудистой системы головного мозга (артериальные аневризмы церебральных сосудов (I60); сосудистые мальформации ЦНС (I67.1): артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0), вторичные причины: артериальная гипертензия; васкулиты (I73.1; M30.1–M35.2); болезни крови; нарушение свертывающей системы на фоне приема антикоагулянтов, дезагрегантов и других препаратов, угрожающие развитию САК) являются основанием для принятия решения о негодности к обучению и работе (D68.8–D75.2; D47.3).

220. После хирургической коррекции аневризм сосудов головного мозга при отсутствии признаков последствий кровоизлияний в виде очаговой неврологической симптоматики, судорожных припадков и нарушений когнитивных функций через 12 месяцев возможно рассматривать вопрос о продлении профессиональной деятельности после стационарного обследования в неврологическом отделении ЦКБ ГА неврологом ЦВЛЭК ГА.

Абитуриенты признаются не годными к обучению без права восстановления.

221. Кандидаты на получение медицинского заключения с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (C69–C72:C47), сирингомиелия (G95.0), рассеянный склероз (G35); болезнь Паркинсона (G20; G21) и другие заболевания прогрессирующего характера), острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис,



остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы с нарушением функций (А80–А89; В0–В24), ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками), заболеваниями нервно-мышечного аппарата (G12; G12.9) (миастения (G70–G73), миопатия G73.4; G73.7), миотония (G71.1), миоплегия) признаются не годными к обучению и работе при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, и с учетом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

222. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями нервно-мышечного аппарата и наследственно-дегенеративными заболеваниями в начальной стадии с медленным прогрессивным течением, с достаточной сохранностью профессионально важных функций, а также перенесшие инфекционные или интоксикационные заболевания ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций освидетельствуются с целью допуска к работе через один год наблюдения по результатам расширенного неврологического обследования. Вынесение экспертного решения о допуске к обучению и работе возможно при медленно прогрессирующем течении и изменениях по данным клинического и инструментального исследований с учетом отсутствия возникновения угрозы безопасности полетов и управлению воздушным движением.

В случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС выносится решение о возможном допуске по всем классам требований. Абитуриенты признаются не годными к обучению.

223. Доброкачественные внутричерепные образования после полного успешного удаления внутримозгового образования, после 12 месяцев наблюдения могут претендовать на восстановление в профессии. С учетом клинических проявлений при отсутствии поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений и других), при отсутствии судорожных припадков после расширенного неврологического обследования возможен допуск к профессиональной деятельности (D32.0; D36; D35.2; D35.4). В некоторых случаях при обнаружении доброкачественного образования небольших размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и других) без нарушения функций при отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, отсутствии нарушений ликвородинамики допускается разрешить выдачу положительного медицинского заключения без хирургического лечения (кроме абитуриентов и студентов, которые признаются не годными к обучению).

224. Наличие злокачественного внутричерепного образования является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения любого класса (С69–С72; С47).

225. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС, с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций могут быть допущены к работе. Вопрос о восстановлении на летную работу решается: после гриппозного энцефалита (G00.0) не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита (А85) – не ранее чем 2 года; острого клещевого энцефалита (А84) – не ранее чем 3 года.

226. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом, признаются не годными к обучению и работе с правом восстановления через 1 год.

227. Эссенциальный тремор (G25.0) не является дисквалифицирующим фактором, кроме случаев, ведущих к значительным функциональным нарушениям, препятствующим выполнению профессиональной деятельности.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

228. Признаются не годными к обучению и работе без права признания годности в последующем кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями центральной нервной системы (ЦНС), нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами (S02.0; S06.1–S06.9; S14.1).

229. Медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием проводится не ранее, чем через один год после травмы с ограничением OML в течение 3 лет (S 06.2; S06.3), перенесших сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга – через 3-6 месяцев после травмы (S06.0).

230. При вынесении медицинского заключения учитывается длительность периода измененного сознания и амнезии. Прогнозируя возможность развития поздней посттравматической эпилепсии, кроме характера и степени тяжести травмы, следует учитывать и другие факторы риска (включая психологические и психические изменения). Оценка проводится с учетом анамнеза по результатам расширенного обследования, включая психологическое тестирование.

231. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции вагосазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа, мигрень, соларит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности к обучению и работе (G90; M89.0; G99; I73.0; E22.0–E22.2).

232. Годность к работе лиц с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также дисфункцией, возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии, возможна в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (2-3 месяца после излечения основного заболевания) (G99; G43).

233. Заболевания и повреждения периферической нервной системы – хронические с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году), при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются поводом для вынесения решения о негодности к обучению и работе (M54–M54.9; G61; G62; G63\* (E10–E14+); G63.3; G63.8; G63.0).

234. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с хроническими заболеваниями и травматическими повреждениями корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев, периферическими

нейроваскулярными синдромами, корешковыми компрессиями при заболевании позвоночника, последствиями оперативных вмешательств на позвоночнике, корешках спинного мозга, сплетениях и нервных стволах с незначительными нарушениями функций, не препятствующими выполнению профессиональных обязанностей, признаются годными к работе, но не годными к обучению.

235. После удаления грыжи межпозвонкового диска освидетельствование проводится через 3-6 месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

236. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность к обучению и работе определяется по основному заболеванию. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются основанием для заключения о негодности кандидатов на получение медицинского заключения, поступающих на учебу.

237. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы и направляются на обследование в неврологическое отделение ЦКБ ГА. Возможность выдачи положительного медицинского заключения рассматривается, если установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния после лечения и наблюдения продолжительностью от 3 месяцев до 1 года.

238. При одно-двукратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде кандидат на получение медицинского заключения подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

239. Возврат к положительному решению о допуске к обучению и работе возможен после 2 лет наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты признаются не годными к обучению и работе.

#### **XIV. Офтальмология (H00-H59)**

240. У кандидата на получение медицинского заключения 2 класса не должно быть нарушений функции зрения как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических состояний или каких-либо осложнений после хирургических вмешательств, травмы глаза или его придаточного аппарата, которые могут привести к ослаблению зрительных функций в такой степени, что могут повлиять на выполнение профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством.

241. У кандидата на получение медицинского заключения 2 класса должно быть устойчивое бинокулярное зрение, нормальное поле зрения, внутриглазное давление, соответствующее норме.

242. Результаты исследования темновой адаптации и чувствительности к ослеплению должны соответствовать нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

### **Острота зрения (H52)**

243. Проверку остроты зрения рекомендуется проводить в хорошо освещенной комнате, низких и высоких уровней освещенности следует избегать. Рекомендуемое расстояние для проверки остроты зрения вдаль – 5-6 м.

244. Острота зрения вдаль исследуется: монокулярно, бинокулярно; без коррекции, с коррекцией; указывается истинная острота зрения.

245. Для кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, острота зрения с коррекцией должна составлять 0.8 или выше на каждый глаз, обязательно наличие нормального поля зрения.

246. Кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса при бинокулярной остроте зрения без коррекции 0.7 и выше, в том числе в условиях темновой адаптации, оптическая коррекция для дали (очки/контактные линзы) не требуется.

247. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0,7 или когда проявляются симптомы астенопии, которые объясняются ошибкой рефракции.

248. В случаях когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат может быть признан годным к обучению и работе при условии, что используемые корригирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении прав, предусмотренных соответствующим свидетельством или квалификационными отметками. Кандидату с пресбиопией, который использует контактные линзы, может потребоваться назначение очков для чтения для использования поверх контактных линз.

249. Все виды коррекции с использованием мультифокальных линз (очковой коррекции) приемлемы, при условии, что они хорошо переносятся. Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми. Линзы для изменения цветового восприятия не могут быть использованы.

### **Аккомодация (H52)**

250. Остроту зрения вблизи/на средней дистанции необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

251. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса должны вблизи читать таблицу № 5 (острота зрения 0.6) на расстоянии 30-50 см и таблицу № 8 (острота зрения 0.3) на расстоянии 100 см, при необходимости с помощью коррекции.

### **Ошибка рефракции (H52)**

252. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса должны быть признаны не годными к обучению и работе при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии.

253. Обследование кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса в условиях циклоплегии проводится при наличии показаний (для диагностики офтальмологической патологии), при этом используются мидриатики короткого действия (тропикамид 1 %).

254. Кандидат на получение медицинского заключения 2 класса с перечисленными ниже ошибками рефракции может быть оценен как годный к

обучению и работе при условии, что подобрана оптимальная, хорошо переносимая коррекция, при этом значительной глазной патологии не выявлено.

255. Кандидат на получение медицинского заключения 2 класса признается годным к обучению и работе при миопии не выше 6.0D; при гиперметропии не выше 5.0D; при астигматизме, не превышающем +/- 2.5D; при анизометропии, не превышающей 2.5D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0.8 на каждый глаз. Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

256. Кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса с пониженной остротой зрения/при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при прохождении предполетного осмотра.

257. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса должны иметь легкодоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

### **Цветовосприятие (H53.5)**

258. От кандидата на получение медицинского заключения 2 класса требуется продемонстрировать способность правильно различать цвета, необходимые для безопасного выполнения профессиональных обязанностей.

259. Первоначально кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса должны пройти проверку цветовосприятия с использованием полихроматических таблиц.

260. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование – компьютерную аномалоскопию. К результату обследования должен быть приложен полный протокол тестирования.

261. Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием вида, формы и степени нарушения согласно принятой классификации.

262. Для кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса расстройство цветовосприятия по типу «цветослабость», таких как дейтераномалия типов «С», «В», протаномалия типов «С», «В», не является причиной для отказа в выдаче свидетельства. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с такими расстройствами цветовосприятия, как аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) типа «А», дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия), монохромазия, должны быть признаны не годными к обучению и работе.

### **Глазные болезни. Нарушение зрительных функций**

263. Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразования (H00–H06; H10–H13; H15–H22; H25–H28; H30–H36; H43–H48; H53–H59; C69).

264. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения)

могут быть признаны годными к обучению и работе при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранно, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанция), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке, а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

265. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с отсутствием бинокулярного зрения признаются не годными к обучению и работе с учетом высокого риска развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценку бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого медицинского освидетельствования.

266. Периферическое поле зрения должно быть в пределах нормы. Дефекты поля зрения в одном или обоих глазах могут быть приемлемыми, если они компенсируют друг друга так, что бинокулярное поле зрения является сохранным.

### **Заболевания век и конъюнктивы**

267. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии паралича век и мышц, недостаточности и вывороте век (эктропион, энтропион), неправильном функционировании век, ухудшающем защиту глаза, лагофтальма, шрамах и сращениях век между собой, птоза (врожденного или приобретенного), приводящего к сужению поля зрения, язвенных блефаритах, злокачественных новообразованиях, доброкачественных опухолях, нарушающих функцию органа зрения и не подлежащих оперативному лечению.

268. Нерезко выраженные заболевания с такими редкими обострениями, как простые блефариты, врожденный птоз без нарушения зрительных функций (после консультации невролога), нерезко выраженные конъюнктивиты, небольшие бессимптомные и непрогрессирующие доброкачественные опухоли, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются дисквалифицирующим фактором. При наличии у кандидата на получение медицинского заключения онкологических образований кожи век (при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствии рецидива опухолевого роста) вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончательного излечения с обязательным представлением заключения онколога.

269. При острых заболеваниях или обострениях хронического заболевания век и конъюнктивы проводится лечение.

270. При заболеваниях слезных органов и слезоотводящих путей кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса признаются не годными к обучению и работе при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

К данным заболеваниям относятся: сужение, неправильное положение слезных точек, стриктура слезно-носовых канальцев, воспаление слезного мешка, слезной железы, травматические повреждения и другие заболевания, вызывающие слезотечение.

271. Состояния слезных органов и слезоотводящих путей без нарушения слезоотведения восстановление функции слезоотведения, а также отсутствие нижней

слезной точки, при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оценивается канальцевая и носовая пробы) не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе.

272. После перенесенного острого заболевания – конъюнктивита, склерита, кератита, переднего увеита, легких повреждениях глазного яблока вопрос о годности рассматривается после выздоровления и прекращения лечения, так как некоторые глазные препараты могут приводить к ухудшению зрения. Следует учитывать первопричину.

273. При задних увеитах, длительно текущих, рецидивирующих иридоциклитах (должны быть приложены результаты системного обследования, следует учитывать первопричины заболевания), кератитах, хориоретинитах, невритах, травматических повреждениях глазного яблока с исходом выздоровления кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса подлежат лечению с последующим медицинским освидетельствованием.

274. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при наличии следующих заболеваний должны быть признаны не годными к обучению и работе: отслойка сетчатки, дегенеративный ретиношизис, любые виды тапеторетинальной дегенерации сетчатки, окклюзия сосудов сетчатки, экссудативная форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, рецидивирующий кератит, рубцы роговицы, нарушающие зрительную функцию, эндокринная офтальмопатия, атрофия зрительного нерва любой этиологии, злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата, дислокация хрусталика, патологический нистагм любой этиологии, наличие инородных тел в структурах глаза, никталопия.

275. Вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса с такими дегенеративными заболеваниями, как дистрофия роговицы, кератоконус, кератэктазия может быть рассмотрен ЦВЛЭК ГА. Экспертный подход включает оценку достаточной сохранности зрительных функций, отсутствия прогрессирования процесса, сохранности бинокулярного зрения.

276. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, перенесшие окклюзию сосудов сетчатки, должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления на летную работу может быть рассмотрена ЦВЛЭК ГА. Последующая оценка состояния здоровья должна включать не только оценку зрительных функций, но и возможные риски нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Необходимое условие для определения годности к работе – консультация кардиолога.

### **Центральная серозная ретинопатия**

277. Кандидаты на получение медицинского заключения с центральной серозной ретинопатией признаются не годными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

### **Отслойка сетчатки**

278. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с отслойкой сетчатки должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена в ЦВЛЭК при условии достаточной сохранности зрительных

функций и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки после успешного проведения лазерного лечения можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

### **Друзы зрительного нерва**

279. Наличие друз зрительного нерва не является причиной негодности к работе при условии приемлемой остроты зрения и сохранности периферического поля зрения у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса.

### **Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения**

280. К данной группе относятся: начальная катаракта без признаков прогрессирования, атрофическая форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, доброкачественные формы периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (микрокистозная дегенерация, инеевидная дегенерация, дегенерация типа «булыжная мостовая», дегенерация типа «медовые соты», друзы, пигментная дегенерация зубчатой линии). Данные заболевания требуют профилактического оперативного лечения. В данном случае кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как здоровый. Прогностически опасные виды периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (предрасполагающие к развитию отслойки сетчатки): решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки», дегенерация с истончением сетчатки, а также дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные виды дегенерации требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения с последующим динамическим наблюдением.

281. За достаточную сохранность зрительных функций принимается: острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции (с коррекцией для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, соответствующая норме, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям пунктов 252 – 257 настоящего Приложения.

282. Кандидат на получение медицинского заключения с амблиопией может быть оценен как годный к обучению и работе при остроте зрения на данный глаз 0.3 (без коррекции/с коррекцией) и выше при условии, что острота зрения на другой глаз – не менее 0.8 и выше (с коррекцией или без нее), бинокулярное зрение является устойчивым, а также отсутствует грубая офтальмологическая патология.

283. Ложная крыловидная плева, пингвекула, небольшой халязион, единичные поверхностные фолликулы на конъюнктиве, простые блефариты, нерезко выраженные конъюнктивиты, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются противопоказанием к вынесению медицинского заключения о годности к обучению и работе.

### **Хирургия**

284. Кандидаты к получению медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются не годными к обучению и работе.

285. Допуск к работе обладателей медицинского заключения после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (далее –



ИОЛ): ультразвуковая, лазерная), включая операцию на оба глаза, осуществляется не ранее чем через 6 недель после проведенной операции. Решение выносится после полного восстановления, при отмене лекарственных препаратов, при стабилизации зрительных функций и при отсутствии послеоперационных осложнений. Обследование должно быть полным, включая обследование дальней периферии сетчатки, определение темновой адаптации, контрастной чувствительности и чувствительности к ослеплению (H27.8).

286. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: дату и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

287. После лазерных оперативных вмешательств на сетчатке вопрос о допуске к работе решается через 2 недели после операции (лазерная коагуляция сетчатки) с учетом степени сохранности зрительных функций.

288. Кандидат на получение медицинского заключения 2 класса, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как годный к обучению и работе при следующих условиях:

- 1) предоперационная рефракция не превышала  $+5.0 D / - 6.0 D, \text{cyl } +/- 2.5D$ ;
- 2) операция прошла без осложнений;
- 3) зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более  $0,75D$  в дневное время);
- 4) отсутствие грубых рубцов (помутнений) на роговице. Отсутствие грубых патологических изменений на глазном дне, которые могут привести к развитию отдаленных осложнений, в том числе и отслойки сетчатки;
- 5) отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»);
- 6) достигнутые результаты соответствуют допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования);
- 7) результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению удовлетворительные;
- 8) кандидат на получение медицинского заключения подлежит динамическому наблюдению;

9) медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: дату и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

289. При ФРК (фоторефракционной кератэктомии) вопрос о допуске решается не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).

При лазерном in-situ- кератомилезе вопрос о допуске решается через 4-6 недель после проведенной операции.

При других процедурах оценка состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения проводится после полного восстановления.

290. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полную информацию о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### **Глаукома (Н40–Н42)**

291. Данное заболевание является препятствием для вынесения медицинского заключения и ведет к отстранению от работы всех категорий освидетельствуемого персонала.

292. При подозрении на наличие глаукомы проводится дополнительное обследование в специализированном учреждении или отделении. Установленный диагноз «глаукома» требует назначения лечения.

293. Лица с установленным диагнозом отстраняются от работы на не менее чем 1 месяц для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и наблюдения. Методы терапевтического лечения определяются в индивидуальном порядке.

294. Категории авиационного персонала с диагнозом «первичная открытоугольная глаукома с компенсированным внутриглазным давлением (далее – ВГД)», которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения признаются годными к работе с выдачей медицинского заключения ЦВЛЭК ГА с последующим очередным освидетельствованием ВЛЭК ГА без вынесения официального медицинского заключения.

295. В объем ежегодного обследования пациентов с глаукомой и внутриглазной гипертензией входят: измерение остроты зрения, измерение ВГД, биомикроскопия, исследование поля зрения, оценка побочных эффектов проводимой терапии. Также один раз в 3 месяца назначается контроль ВГД. Обязательными являются медицинские осмотры один раз в 6 месяцев.

296. Лица с доброкачественной внутриглазной гипертензией от работы не отстраняются.

### **Хирургия глаукомы. Тактика**

297. Вопрос о допуске к получению свидетельства решается:

при трабекулэктомии (или антиглаукоматозных операциях с использованием дренажных систем) – не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции;

при селективной лазерной или аргонлазерной трабекулопластике – через 7-10 дней;

при других процедурах – после полного восстановления.

298. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать полную информацию о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### **Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия (Н49–Н51)**

299. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь полную сохранность бинокулярных функций.

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

300. Бинокулярная функция. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с гетерофорией, превышающей представленные ниже показатели, будут считаться не годными к обучению и работе:

1) расстояние 6 м:

- 2.0 призмных D по вертикали (1 градус);
- 10 призмных D при эзофории (5 градусов);
- 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса);

2) расстояние 33 см:

- 1.0 призмный D по вертикали (0);
- 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса);
- 12 призмных D при экзофории (6 градусов).

301. Кандидаты на получение медицинского заключения с наличием гетеротропии (косоглазия) должны быть признаны не годными к обучению и работе.

302. Вопрос о годности к обучению и работе после проведенного хирургического лечения косоглазия рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после операции и при удовлетворительной офтальмологической оценке.

### **XV. Оториноларингология**

303. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани либо каких-либо заболеваний как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством (C00–C14; C30–C32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

304. Кандидаты на получение медицинского заключения должны правильно понимать разговорную речь при тестировании на каждое ухо отдельно с расстояния не менее 2 м от спины кандидата на получение медицинского заключения до исследователя.

305. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха выше возрастной физиологической нормы, но не более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и не более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе признаются годными к обучению и работе (H90–H91).

306. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе могут быть признаны годными при благоприятном течении заболевания с ограничениями и вынесением официального медицинского заключения (H90–H91).

307. Если требования к слуху могут быть удовлетворены только с использованием слуховых аппаратов, то они должны обеспечивать достаточную функцию слуха, быть хорошо переносимы и годны для выполнения кандидатами на получение медицинского заключения 2 класса профессиональных обязанностей.

308. При функциональном исследовании слуха кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса должны демонстрировать удовлетворительную слуховую способность и иметь не менее 80 % разборчивости речи на фоне шума на уровне не более 70 дБ.

309. При вынесении кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса официального медицинского заключения проводится их аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме достаточном для

решения вопроса о возможности выполнения ими профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, в течение 2 лет. При отсутствии отрицательной динамики по слуху последующие освидетельствования проходят во ВЛЭК ГА без вынесения официального медицинского заключения.

310. При отсутствии стабильности в течении заболевания может потребоваться отстранение кандидата на получение медицинского заключения 2 класса от работы на полный курс лечения с последующей контрольной тональной пороговой аудиометрией и решением вопроса о его годности к выполнению предусмотренных свидетельством профессиональных обязанностей.

311. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, имеющие признаки клинической формы тугоухости, проходят курс профилактического лечения не реже одного раза в год.

312. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с установленной частичной или полной утратой профессиональной трудоспособности по профессиональному заболеванию органа слуха признаются не годными к обучению и работе (H83.3; H90.6).

313. Стойкие приобретенные и/или врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств с клиническими значимыми, в том числе выраженными, нарушениями функции ЛОР-органов, затрудняющими использование специального оборудования, являются основанием для заключения о негодности к работе (C00–C14; C30–C32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

314. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как не годные к обучению и работе. Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления (H65-H83).

315. Хронические болезни среднего уха – хронический гнойный эпитимпанит, хронический гнойный мезотимпанит, сопровождающийся полипами, грануляциями, кариесом стенок барабанной полости, состояние после радикальной операции с неполной эпидермизацией операционной полости (при наличии гноя, полипов, грануляций или холестеатомы) являются основаниями для заключения о негодности к работе (H65–H75).

316. При хроническом доброкачественно протекающем среднем отите решение о годности к работе выносится при положительных результатах лечения с учетом остроты слуха и прогноза заболевания.

317. После оперативных вмешательствах на внутреннем и среднем ухе при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости в зависимости от объема оперативного вмешательства не ранее чем через 3-6 месяцев со дня операции проводится отомикроскопия, диагностическое и аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме, достаточном для решения вопроса о возможности и сохранности слуховой и барометрической функции (H65–H83).

318. Перенесшие стапедопластику признаются не годными к обучению и работе (H80).

319. Кандидат на получение медицинского заключения 2 класса с акустической невриномой должен быть признан не годным к обучению и работе (D36.1).

320. Кандидаты на получение медицинского заключения с постоянной дисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные с вынесением официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции (H68–H69).

321. Повышенная чувствительность к статокинетическим раздражителям является противопоказанием к работе. О состоянии статокинетической чувствительности у кандидата на получение медицинского заключения принимают решение по вестибулярному анамнезу, результатам вестибулометрии (исследования на вращающемся кресле). Легкие вестибуловегетативные реакции (незначительное побледнение, небольшой гипергидроз) во время вестибулометрии при хорошей переносимости полетов и отсутствии отклонений в состоянии здоровья не являются основанием для установления диагноза (H81–H82).

322. Доброкачественное позиционное головокружение является основанием для заключения о негодности к работе. Вопрос о повторном медицинском освидетельствовании может быть рассмотрен не ранее чем через 4 месяца после прекращения лечения и отсутствия симптомов заболевания (H81.1).

323. Болезнь Меньера, врожденные и/или приобретенные аномалии развития вестибулярного органа, хронические и вестибулярные нарушения, не поддающиеся консервативному и хирургическому лечению, являются основаниями для невыдачи медицинского заключения (H81.0).

324. При кистах и остеомах околоносовых пазух кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса, поступающие на обучение в образовательные организации ГА, могут быть признаны годными к обучению с вынесением официального медицинского заключения при функциональной сохранности функции слуховой трубы и носового дыхания, а также благоприятном прогнозе заболевания. Пристеночное утолщение (локальное, подушкообразное) слизистой верхнечелюстных пазух не является препятствием к работе (J31–J34).

325. При поллинозе, риноконъюнктивальном синдроме вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса решается после вынесения заключения аллергологом (J30).

326. Искривление носовой перегородки с полным отсутствием или резким затруднением носового дыхания является дисквалифицирующим фактором при вынесении медицинского заключения (J34.2).

327. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие ринопластику, с полным восстановлением функции носового дыхания после оперативного лечения полости носа и околоносовых пазух признаются годными к работе, но не ранее чем через 2 недели после операции.

328. Кандидаты на получение медицинского заключения с любой дисфункцией носовых пазух должны оцениваться как не годные к обучению и работе до полного выздоровления.

329. Вопрос о восстановлении на работу после лечения по поводу злокачественных образований рассматривается через 2 года с учетом заключения онколога (C00–C14; C30–C32).

330. После оперативного лечения хронического тонзиллита кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе при отсутствии осложнений не ранее чем через месяц после операции (J35.0).

331. При наличии съемных протезов функция речи оценивается при снятых протезах.

332. При множественном отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в межкомиссионный период.

333. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как не годные к обучению и работе (F98.5; F98.6; R47–R49).

334. Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие заиканием, косноязычием или другими дефектами речи, препятствующими ведению речевой связи, считаются не годными к работе (F98.5; F98.6; R47–R49).

335. Нарушение произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью не является препятствием к работе (F80.0). Официальное медицинское заключение выносится после консультации профильных специалистов.

## **XVI. Дерматология (L00-L99)**

336. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

337. Кожные заболевания (псориаз (L40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L43), приобретенный ихтиоз (L85.0), врожденный ихтиоз (Q 80), атопический дерматит (L20.8), простой хронический лишай и чесука (L28), крапивница (L50), дерматит и экзема (L20–L30), васкулиты (L95), красная волчанка (L93), другие локализованные изменения соединительной ткани, в том числе локализованная склеродермия (L94), инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00–L08), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а также локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы), являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

338. Ограниченные, редко рецидивирующие формы заболеваний кожи, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о годности к обучению и работе в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении врача-дерматовенеролога.

339. Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие пузырчаткой (L10), признаются не годными к обучению и работе.

340. Оценка годности при заболеваниях придатков кожи, в том числе при угрях (L70), различных видах алопеции (L63, L66), розацеа (L71), гипертрихозе (L68), зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. В том случае, когда заболевания придатков кожи имеют вторичный характер (на фоне эндокринных нарушений, аутоиммунных состояний), годность оценивается по основному заболеванию.

## XVII. Онкология (C00–D48)

341. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь признаков (клинических, лабораторных, инструментальных) первичных или вторичных злокачественных поражений (C00–C97) (подтвержденных результатами лабораторных, инструментальных и других видов обследований), препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством.

342. При выявлении злокачественной опухоли кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

343. После проведенного специального лечения злокачественного заболевания кандидаты на получение медицинского заключения проходят обследование на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи по профилю «онкология» перед осуществлением медицинского освидетельствования и принятием экспертного решения.

344. Кандидаты на получение медицинского заключения с кодами клинического диагноза по МКБ-10 C00–C14, C30–C32, C47, C69–C72, D10, D14, D36.1 рассматриваются как не годные к обучению и работе без права возобновления медицинского заключения.

345. При отсутствии метастазов в головной мозг, рецидивов, генерализации опухолевого процесса вопрос допуска к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения (оперативного, химиотерапии, лучевой терапии, комбинированного) при полной и стабильной компенсации функций организма. В документах, представляемых для оценки, отражаются: стадия опухоли по классификации (TNM); развернутое патоморфологическое заключение (анатомический тип роста опухоли, ее морфологическая характеристика, состояние региональных лимфоузлов); проведенное лечение (для хирургического – дата, характер операции и течение послеоперационного периода; для химиотерапии – сроки, количество, доза, переносимость; для лучевого – сроки и методика облучения, суммарная очаговая доза, общая и местная лучевая реакция). Допуск к работе осуществляется с ограничением TML.

346. При патоморфологическом заключении рак *in situ* (D00–D09) независимо от локализации опухоли решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

347. При выявлении доброкачественной опухоли (D10–D36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяются масштабами операций и их исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

348. Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зуб (E05.2, E01.1, E4.9), кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N40), мастопатии (N60) оцениваются по степени нарушения функций органов и болевого синдрома. Доброкачественные опухоли небольших размеров без тенденции

к росту, не мешающие ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.



**Требования к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидату на  
получение медицинского заключения 3 класса**

**I. Сердечно-сосудистая система**

**Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда (I20)**

1. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса при подозрении на ишемию миокарда подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с установленным диагнозом стенокардии либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда признаются не годными к обучению и работе.

**Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события, процедура  
реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий  
(I21–I25)**

2. Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса проводится не ранее чем через 6 месяцев после индексного события (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, процедура реваскуляризации при известном заболевании коронарной артерии – эндоваскулярное стентирование или шунтирование).

3. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии любых клинических проявлений ишемической болезни сердца, включая бессимптомную ишемию миокарда;

при необходимости приема медикаментозных препаратов, назначаемых для купирования симптомов ишемической болезни сердца, за исключением бета-адреноблокаторов;

при наличии любого нереваскуляризованного стеноза коронарных артерий  $\geq 50\%$  со следующей локализацией: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задняя межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

при наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по В. Lown и М. Wolf, желудочковой тахикардии;

при невозможности достижения нагрузки, соответствующей стадии IV протокола Брюса на тредмиле, или ее эквивалента;

при наличии одного из следующих параметров при визуализации сердца по данным эхокардиографии (далее обозначается как значимая структурная патология сердца):

для мужчин – толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,4$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)  $\geq 259$  г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 132$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 6,4$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54\%$ .

для женщин – толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ)  $\geq 1,3$  см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ)  $\geq 210$  г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ)  $\geq 109$  г/м<sup>2</sup>; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ)  $\geq 5,8$  см и/или индекс КДР/ППТ  $\geq 3,5$  см/м<sup>2</sup>; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54$  %.

4. Выдача медицинского заключения 3 класса допускается в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – до уровня ХС  $< 5$  ммоль/л, ЛПНП  $< 3$  ммоль/л, артериальная гипертензия – до уровня АД  $< 140/90$  мм рт. ст., гипергликемия – до уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)  $< 7$  %, снижение функции почек – до уровня СКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, ожирение – снижение ИМТ  $< 30$  кг/м<sup>2</sup>, гиперурикемия – до уровня мочевой кислоты  $\leq 360$  мкмоль/л у женщин,  $\leq 420$  мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярные (минимум 1 раз в год) кардиологические обследования.

### **Нарушения ритма сердца и проводимости сердца Предсердная экстрасистолия (I49.1–I49.2)**

5. Наджелудочковая экстрасистолия не является основанием для вынесения решения о негодности к обучению и работе, за исключением ее симптомного течения или при индукции наджелудочковыми экстрасистолами пароксизмальных наджелудочковых нарушений ритма сердца, выявленных при проведении кардиологического обследования и подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе.

### **Желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия (I49.3, I47.0, I47.2)**

6. Бессимптомная желудочковая экстрасистолия 1 градации по В.Lown и М.Wolf в модификации М.Ryan (менее 5 экстрасистол в минуту по данным ЭКГ и менее 30 экстрасистол в час при мониторинговании суточной ЭКГ) не является основанием для вынесения решения о негодности и проведения кардиологического обследования.

7. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с желудочковыми экстрасистолами 2, 3 и 4а-б градаций по В.Lown и М.Wolf в модификации М. Ryan подлежат кардиологическому обследованию.

8. Кандидатам на получение медицинского заключения 3 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 5 градации по В.Lown и М.Wolf в модификации М.Ryan, эпизодами желудочковой тахикардии после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования выносятся решение о негодности к обучению и работе.

### **Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5)**

9. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы  $\geq 2,0$  сек., синусовая брадикардия в покое днем с частотой сердечных сокращений (ЧСС)  $\leq 40$  уд/мин, ночью  $\leq 30$  уд/мин, невозможность достижения 80 % субмаксимальной ЧСС, рассчитанной по формуле  $220 - \text{возраст}$ ) подлежат кардиологическому обследованию.

10. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии синусовых пауз  $\geq 3,0$  сек при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

11. Не являются основаниями для вынесения решения о негодности к обучению и работе после кардиологического обследования бессимптомная синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз  $\leq 3,0$  сек при отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования. Допускается выдача медицинского заключения 3 класса.

### **Предсердная тахикардия (I47.1)**

12. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными эпизодами предсердной тахикардии подлежат кардиологическому обследованию.

13. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахикардии медицинское заключение 3 класса не выдается:

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

при продолжительности пароксизмов более 30 сек. и ЧСС более 150 уд/мин.

### **Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48)**

14. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов фибрилляции предсердий/трепетания предсердий, медицинское заключение не выдается:

при значимой структурной патологии сердца;

при наличии транзиторной ишемической атаки и/или ишемического инсульта в анамнезе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

при наличии фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинге ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев.

15. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидат на получение медицинского заключения 3 класса минимизировал все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходит кардиологическое обследование, а также в случае потребности регулярно получает разрешенную медикаментозную терапию.

16. При проведении эндоваскулярного хирургического лечения фибрилляции предсердий/трепетания предсердий заключение 3 класса может быть выдано не ранее чем через 6 месяцев при отмене антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

17. Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 3 класса:

постоянное сохранение синусового ритма с средней частотой менее 90 уд/мин в дневное время;

нормальные значения гормонов щитовидной железы (уровень тиреотропного гормона (ТТГ)  $\geq 0,4$  мЕд/л и  $\leq 4,0$  мЕд/л) и печеночных ферментов в биохимическом

анализе крови (аланинаминотрансфераза (АЛТ)  $\leq 40$  Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ)  $\leq 40$  Ед/л ;

нормальное значение среднего объема эритроцитов (МСV) 80-100 фл.;

отсутствие значимой структурной патологии сердца, внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП)  $\leq 4,5$  см и индекс ВД ЛП/ППТ  $\leq 2,5$  см/м<sup>2</sup>;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий/трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинге ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, при условии отмены антиаритмической и антикоагулянтной терапии;

определение при трепетании предсердий при электрофизиологическом исследовании двунаправленной блокады кавотрикуспидального перешейка.

#### **Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1)**

18. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией подлежат кардиологическому обследованию.

19. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардии медицинское заключение 3 класса не выдается:

при отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

при наличии эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторинге ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры модификации медленного пути;

при индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

при выявлении значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

20. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

#### **Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6)**

21. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией с дополнительными путями проведения подлежат кардиологическому обследованию.

22. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса во время освидетельствования или в анамнезе феномена WPW и/или эпизодов атриовентрикулярной реципрокной тахикардии с дополнительными путями проведения медицинское заключение 3 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании (за исключением случаев, когда у кандидата на получение медицинского заключения 3 класса с феноменом WPW при

проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс или у кандидата на получение медицинского заключения 3 класса проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу наличия дополнительных путей проведения);

при наличии признаков проведения по дополнительным проводящим путям и эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии при трехкратном холтеровском мониторировании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, прошедших с момента проведения процедуры эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути;

при индуцировании при электрофизиологическом исследовании эпизода атриовентрикулярной реципрокной тахикардии или при определении показателя эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $< 300$  мс;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

23. Выдача медицинского заключения допускается:

если была проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтверждена результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием, или при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП)  $> 300$  мс;

если при трехкратном холтеровском мониторировании ЭКГ, выполненном с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев, отсутствуют признаки проведения по дополнительным проводящим путям и эпизоды атриовентрикулярной реципрокной тахикардии;

если регулярно (не реже 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

### **Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0–I44.3)**

24. Выявление атриовентрикулярной блокады I степени не является основанием для дисквалификации за исключением ее симптомного течения.

25. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III подлежат кардиологическому обследованию.

26. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2:1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гиса или паузами  $\geq 3$  сек.;

при атриовентрикулярной блокаде III степени;

при установленном эндокардиальном кардиостимуляторе;

при жалобах и/или проявлениях клинических симптомов заболевания.

27. Наличие атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I и типа Мобитц II с паузами  $< 2$  сек. при отсутствии значимой структурной патологии сердца и без клинических проявлений не является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 3 класса.

28. В остальных случаях выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование.

### **Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4–I44.7)**

29. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным нарушением внутрижелудочковой проводимости подлежат кардиологическому обследованию.

30. Выявленная неполная блокада правой ножки пучка Гиса, а также неполная блокада левой ножки пучка Гиса не являются основаниями для отказа в выдаче медицинского заключения при отсутствии значимой структурной патологии сердца.

31. При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса полной блокады правой ножки пучка Гиса медицинское заключение 3 класса выдается при отсутствии:

- значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;
- отрицательной пробе ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);
- на суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;
- жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

32. При впервые выявленной полной блокаде левой ножки пучка Гиса медицинское заключение 3 класса не выдается:

- при первичном медицинском освидетельствовании;
- при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;
- при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

33. Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

- отсутствует значимая структурная патология сердца;
- отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);
- при суточном мониторинге ЭКГ отсутствуют нарушения ритма и проводимости, подразумевающие вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при проведении перфузионной томографии миокарда с фармакологической нагрузкой (или эквивалентного исследования) не выявлено признаков обратимого дефекта перфузии. Небольшой фиксированный дефект допускается при условии нормальных значений фракции выброса левого желудочка (не менее 55 % при эхокардиографии) или если имеется отрицательный результат стресс-ЭХОКГ;

при мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий или селективной коронарной ангиографии не выявлено стеноза  $\geq 50$  % любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей

артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза  $\geq 30\%$  в стволе левой коронарной артерии или в проксимальном отделе передней нисходящей артерии.

34. Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения:

при отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

при отрицательной пробе ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

если на суточном мониторинге ЭКГ выявлены нарушения ритма и проводимости, подразумевающие вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при жалобах и/или проявлениях клинических симптомов заболевания.

35. При выявлении блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса необходимо проведение кардиологического обследования и, в случае необходимости, ежегодного кардиологического наблюдения.

### **Ионные каналопатии (феномен/синдром Бругада, феномен/синдром удлиненного интервала QT (LQTS), феномен/синдром укороченного интервала QT (SQТ), феномен/синдром ранней реполяризации желудочков) (I49.8)**

36. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с диагностированными ионными каналопатиями подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

37. Феномен/синдром ранней реполяризации желудочков является поводом для кардиологического обследования только при наличии j-волны на ЭКГ в отведениях II, III, aVF.

38. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при первичном освидетельствовании;

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии на ЭКГ удлинения  $QTc \geq 500$  мс, укорочения  $QTc \leq 330$  мс или феномена Бругада 1 типа;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, особенно синкопальных эпизодов.

39. Выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств при выявлении синдрома удлиненных ионных каналопатий в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование. Необходимо соблюдение следующих условий:

на ЭКГ отсутствуют удлинение  $QTc \geq 500$  мс, укорочение  $QTc \leq 330$  мс или феномен Бругада 1 типа, или особенности после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковые аритмии 3-5 градаций по В.Lown и М.Wolf в модификации М.Ryan и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

### **Патология клапанов сердца**

#### **Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1)**

40. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с двустворчатым аортальным клапаном могут быть признаны годными к обучению и работе без ограничений при отсутствии значимой структурной патологии сердца, отсутствии жалоб и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также при регулярном (не реже одного раза в 2 года) кардиологическом обследовании.

#### **Аортальный стеноз (I35.0, I06.0)**

41. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от летного и кардиологического обследований.

42. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

при пиковой скорости аортального потока по Доплеру  $> 3$  м/с;

при наличии в анамнезе ишемического инсульта и/или транзиторной ишемической атаки;

при увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

43. Выявление у обладателей свидетельств аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока по Доплеру  $\leq 2,5$  м/с не является основанием для их дисквалификации и введения ограничений при условии регулярного (не реже 1 раза в год) проведения кардиологического обследования.

44. При выявлении аортального стеноза с пиковой скоростью аортального потока в аорте по Доплеру  $\geq 2,6$  и  $\leq 3,0$  м/с, а также при наличии признаков кальцификации клапана выдача медицинского заключения допускается при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

#### **Аортальная регургитация (I35.1, I06.1)**

45. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной аортальной регургитацией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

46. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при диаметре корня аорты  $> 5,0$  см;

при конечно-диастолическом размере левого желудочка (КДР ЛЖ)  $> 6,5$  см;



при конечно-систолическом размере левого желудочка (КСР ЛЖ)  $> 4,4$  см;  
 при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;  
 при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

47. Выявление у обладателей свидетельств аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\leq 6,0$  см и КСР ЛЖ  $\leq 4,1$  см не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе и введения ограничений при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

48. При аортальной регургитации с КДР ЛЖ  $\geq 6,2$  см и  $\leq 6,5$  см и КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см и  $\leq 4,4$  см выдача медицинского заключения допускается только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### **Патология митрального клапана (I34, I05)**

49. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной патологией и аномалиями митрального клапана подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

50. Наличие пролапса митрального клапана  $< 6$  мм и толщина створок митрального клапана  $< 5$  мм при отсутствии жалоб и клинических проявлений не являются основаниями для отказа в выдаче медицинского заключения.

51. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при площади митрального отверстия  $\leq 1,5$  см<sup>2</sup> при митральном стенозе;  
 при площади струи регургитации  $\geq 4$  см<sup>2</sup> или  $\geq 20$  % от площади левого предсердия и/или ширине *vena constanta*  $\geq 0,3$  см при митральной регургитации;  
 при ревматическом митральном стенозе/регургитации;  
 при неревматической неишемической регургитации митрального клапана, вызванной разрывом хорды или ишемическим повреждением папиллярных мышц;  
 при наличии фибрилляции предсердий или трепетания предсердий на фоне митрального стеноза/регургитации;  
 при увеличении КДР ЛЖ  $\geq 6,1$  см;  
 при увеличении КСР ЛЖ  $\geq 4,2$  см;  
 при увеличении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 1,4$  см;  
 при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

52. В остальных случаях допускается выдача медицинского заключения только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

### **Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца**

53. Медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса, перенесших замену аортального клапана биологическим протезом или хирургическое восстановление митрального клапана, проводится не ранее чем через 6 месяцев после оперативного лечения.

54. Медицинское заключение 3 класса не выдается:  
 при аортальной вальвулопатии;

при при многоклапанном протезировании;  
 при наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;  
 при отсутствии постоянного синусового ритма.

55. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса при подозрении на ишемию миокарда подлежат кардиологическому обследованию.

56. Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с установленным диагнозом стенокардии либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда признаются не годными к обучению и работе.

### **Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события**

57. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

58. Выдача медицинского заключения допускается в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

### **Перикардит, миокардит и эндокардит (I30–I33, I40)**

59. Первичное освидетельствование возможно не ранее чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследования при отсутствии нарушения функций сердца вследствие перенесенного заболевания, а также жалоб и клинических проявлений.

60. Медицинское заключение 3 класса не возобновляется:

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

61. В течение 12 месяцев после перенесенного заболевания допуск к работе обладателей свидетельств осуществляется при условии регулярного (не менее одного раза в 6 месяцев) проведения кардиологического осмотра.

По истечении 12 месяцев после перенесенного заболевания при отсутствии значимых структурных изменений сердца, жалоб и клинических проявлений возможен допуск к УВД.

### **Кардиомиопатии**

#### **Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1–I42.2)**

62. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной гипертрофической кардиомиопатией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

63. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

при превышении толщины межжелудочковой перегородки  $\geq 2,5$  см;  
 при градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое  $\geq 50$  мм рт. ст;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

64. Выдача медицинского заключения допускается в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Рестриктивная кардиомиопатия (I42.5)**

65. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной рестриктивной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

66. Медицинское заключение 3 класса не выдается или не возобновляется:

при развитии кардиомиопатии, причиной которого не является гемохроматоз;

при нарушении углеводного обмена;

при наличии инфузионно зависимой анемии;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

67. Выдача медицинского заключения допускается в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум 1 раз в год) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Дилатационная кардиомиопатия и кардиомиопатия, обусловленная воздействием алкоголя/лекарственных средств (I42.0, I42.6, I42.7)**

68. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной дилатационной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

69. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

в течение первого года после верификации диагноза;

при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона)  $\leq 54$  %;

при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по В.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

70. Выдача медицинского заключения допускается в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум

один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Саркоидоз с поражением сердца (D86.8)**

71. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с впервые установленным диагнозом подлежат кардиологическому обследованию.

72. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

в течение первых 6 месяцев после верификации диагноза;

при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;

при отсутствии признаков гипоксемии;

при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания, в том числе и с момента верификации диагноза.

73. Выдача медицинского заключения допускается в случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в 6 месяцев) осматриваются кардиологом, а также в случае потребности получают медикаментозную терапию.

### **Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8)**

74. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса при выявлении на ЭКГ изменений, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1–V3, удлинение комплекса QRS  $\geq 110$  мс с инверсией зубца T в отведениях V1–V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гиса, инверсия зубцов T в отведениях V1–V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гиса) подлежат кардиологическому обследованию.

75. Установление диагноза является причиной отказа в допуске к работе.

### **Синдром спортивного сердца (I42.7)**

76. Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин  $\geq 6,0$  см (для женщин  $\geq 5,3$  см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин  $\geq 3,2$  см/м<sup>2</sup> (для женщин  $\geq 3,3$  см/м<sup>2</sup> требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики заболеваний сердца.

77. После постановки диагноза «синдром спортивного сердца» при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе.

### **Врожденные пороки сердца**

#### **Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1)**

78. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными дефектами межпредсердной перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

79. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных скоростей кровотока в легочной артерии и аорте (соотношение QP/QS)  $\geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии;

при наличии первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса, или дефекта коронарного синуса;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

80. При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна у кандидатов на получение медицинского заключения в возрасте до 24 лет заключение 3 класса выдается без ограничений при условии регулярного (не менее одного раза в год) кардиологического обследования.

81. При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте после 24 лет, при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением QP/QS  $\leq 1,5:1$  по данным эхокардиографии, при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса, или дефекта коронарного синуса возможна выдача медицинского заключения 3 класса при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие фибрилляции предсердий и/или трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при эхокардиографии площади струи регургитации  $\leq 4 \text{ см}^2$  и/или  $\leq 20 \%$  от площади левого предсердия, и/или фракции регургитации  $\leq 30 \%$  объема левого предсердия ширине vena constanta  $\leq 0,3 \text{ см}$  при митральной регургитации;

при отсутствии жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

при регулярном (не менее одного раза в год) проведении кардиологических обследований.

### **Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0)**

82. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными дефектами межжелудочковой перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

83. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при наличии вторичного дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением QP/QS  $\geq 1,5:1$  по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

при выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

84. При оперативной коррекции вторичного дефекта межжелудочковой перегородки, наличии дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением  $QR/QS \leq 1,5:1$  по данным эхокардиографии возможна выдача медицинского заключения 3 класса при соблюдении следующих условий:

отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);

отсутствие при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца и заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности к обучению и работе;

отсутствие желудочковых аритмий 3-5 градаций по В.Lown и M.Wolf в модификации M.Ryan и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярное (не менее одного раза в год) проведение кардиологических обследований.

### **Артериальная гипертензия и гипотензия (I10–I15, I95)**

85. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным повышением артериального давления  $\geq 140/90$  мм рт. ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск к работе осуществляется по результатам суточного мониторирования артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления  $< 130/80$  мм рт. ст. и при отсутствии эпизодов артериальной гипотензии  $< 90/60$  мм рт. ст.

86. Допускается выдача медицинского заключения 3 класса без применения ограничений при стабильном уровне артериального давления  $< 140/90$  мм рт. ст. в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и в случае необходимости получают медикаментозную терапию.

87. При наличии сахарного диабета или микроальбуминурии целевые значения артериального давления не должны превышать  $130/80$  мм рт. ст.

88. Медицинское заключение 3 класса не выдается:

при вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

при стойком повышении уровня артериального давления у обладателей свидетельств, превышающем  $160/95$  мм рт. ст.

89. Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

90. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с артериальной гипотензией  $< 90$  мм рт. ст., сопровождающейся клинической симптоматикой, признаются не годными к обучению и работе.

### **II. Периферические артерии и венозная система (I70–I89)**

91. При облитерирующих заболеваниях артерий с наличием болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности к обучению и работе (I70).

92. Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, является основанием для определения негодности к обучению и работе. Диагностированная артериальная аневризма (I72) на фоне имеющихся клинических проявлений или аневризматическое расширение диаметром более 5 см является основанием для определения негодности к обучению и работе. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 3 класса не ранее чем 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 3 класса.

93. При варикозном расширении вен (I83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности к обучению и работе. Сроки восстановления на летнюю работу зависят от вида хирургического пособия, но составляют не менее 3 недель. Решение о годности после вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости – по результатам дополнительного контрольного обследования.

94. После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах конечностей (I80) вопрос о допуске к обучению и работе решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности к обучению и работе (I87.0).

### **III. Система органов дыхания J00–J99**

95. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

96. Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным нарушением функций легких признаются не годными к обучению и работе. Признание годности проводится после восстановления функций легких и при их удовлетворительного состояния по результатам исследований. При этом ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

97. Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и/или склонные к обострениям – бронхиальная астма (J45), бронхоэктатическая болезнь (J47), активный саркоидоз (D86), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (J44), интерстициальные заболевания легких (J84) с выраженным нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна (G47.3), крупное оперативное вмешательство на органах грудной клетки, пульмонэктомия (Z98.8) являются основаниями для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

98. Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс (Z93), подлежат восстановлению на работу не ранее чем через 6 недель после выздоровления от одного спонтанного пневмоторакса при условии, что обследование не выявило

причины для его повторного возникновения, или выздоровления после хирургического вмешательства в случае рецидивирования пневмоторакса. Повторный пневмоторакс без хирургического лечения восстановление исключает.

99. Кандидаты на получение медицинского заключения с ХОБЛ в стадии ремиссии и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛ не менее 70 % применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой систем при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

100. При проникающем ранении грудной клетки, при наличии инородных тел в грудной стенке или в легочной ткани, отдаленных от крупных сосудов сердца и не дающих клинических проявлений, при хорошей функции внешнего дыхания возможно определение годности.

101. Кандидаты на получение медицинского заключения с активными формами туберкулеза органов дыхания (А15) или с выраженными остаточными изменениями признаются не годными к обучению и работе.

102. Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обезызствления, междольевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работе не ранее чем через 6 месяцев с обязательным обследованием легочной и сердечно-сосудистой систем.

103. При восстановлении на работу кандидаты на получение медицинского заключения после закрытия листка нетрудоспособности представляют заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением на допуск к работе.

104. После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения, пороков развития, патологии грудной клетки и диафрагмы кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе после контрольного обследования при достаточном восстановлении дыхательной функции при индексе Тиффно не менее 60 %.

105. При диафрагмальных грыжах со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюкс-эзофагитом выносится заключение о негодности к обучению и работе.

106. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным саркоидозом (D86) признаются не годными к обучению и работе. Восстановление на работу может быть не ранее чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на обучение с любой формой саркоидоза признаются не годными к обучению и работе.

#### **IV. Пищеварительная система (K00–K93)**

107. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий,



предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

108. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, являются причиной вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией вследствие стриктуры сужения или компрессии, оцениваются как не годные к обучению и работе.

109. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с патологией желудочно-кишечного тракта (рецидивирующие диспепсические расстройства (K58), требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии (K73); цирроз печени (K74.3–K74.6); симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями (K80); острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника (K50–K52) после перенесенного хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, включая хирургическое полное или частичное удаление органов или с нарушением функции какого-либо из органов (K91) рассматриваются как не годные к работе.

110. Годность к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

111. При варикозном расширении вен пищевода (I85), независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе без права восстановления.

112. При осложнениях язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации) (K25.0–K25.6) проводится лечение с последующим эндоскопическим контролем заживления язвы. При подтвержденном «закрытии» язвенного дефекта, при отсутствии необходимости продолжения медикаментозной терапии и наблюдении в течение не менее 8 недель выдается медицинское заключение о годности к обучению и работе с проведением в межкомиссионный период ЭФГДС каждые 6 месяцев, контролем уровня гемоглобина и консультацией гастроэнтеролога.

113. Медицинское заключение при хронических диффузных заболеваниях печени зависит от клинической формы, стадии и активности процесса. Допуск к работе разрешается после расширенного обследования при условии стойкой ремиссии и сохранности функций органа. При выявлении носительства вируса гепатитов В и С (Z22) без признаков заболевания (отсутствие синдрома цитолиза) кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса допускаются к работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с доброкачественной функциональной билирубинемией после обследования признаются годными к работе и обучению.

114. Острые гепатиты (K72.0), хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (K73) (любой этиологии), острые панкреатиты (K85), острые холециститы (K81.0), хронические панкреатиты (K86.1) и хронические холециститы

(К81.1) в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) определяют негодность к работе и обучению. При гепатите С вопрос о допуске к работе рассматривается через 6 месяцев после лечения по достижении стадии стойкой полной ремиссии по результатам гастроэнтерологического и иммунологического обследования. Допуск кандидатов к обучению разрешается при полной ремиссии.

115. При установлении диагноза цирроза печени (К74.3–К74.6) принимается решение о негодности к обучению и работе.

116. При холецистолитиазе с бессимптомным одиночным крупным камнем рекомендуется проведение мероприятий по его удалению в плановом порядке в межкомиссионный период.

117. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (К63) признаются годными с ограничением ТМЛ на протяжении 2 лет, если болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости в применении стероидов системного действия.

118. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с язвенным колитом (К51) и болезнью Крона (К50) признаются не годными к обучению и работе. Решение о годности может быть принято с применением официального медицинского заключения.

119. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса признаются не годными к обучению и работе. Долихосигма (Q43.8) без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности к обучению и работе.

120. Кандидаты на получение медицинского заключения при наличии у них послеоперационных рубцов на брюшной стенке представляют документы о характере перенесенной операции.

121. Диагностированная грыжа (К40–К46), мешающая безопасно выполнять профессиональные обязанности, является причиной дисквалификации до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности. При паховых грыжах и грыжах брюшной стенки при отсутствии риска ущемления и болевого синдрома после консультации хирурга рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке.

122. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (К60–К63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются не годными к обучению и работе.

123. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функций прямой кишки вопрос о годности к обучению и работе рассматривается после выздоровления.

## **V. Метаболические нарушения и эндокринная система (E00–E90)**

124. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

125. Кандидаты на получение медицинского заключения с метаболическими или эндокринными нарушениями признаются годными к обучению и работе при условии демонстрации стабильного состояния гормонального фона по результатам расширенного медицинского освидетельствования, включая и кардиологическое обследование.

126. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выраженными формами болезней эндокринной системы признаются не годными к обучению и работе, в том числе с сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый) (E10). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа (E11) оцениваются как не годные к обучению и работе, если не достигается полного контроля за содержанием сахара в крови и требуется постоянный прием гипогликемических лекарственных препаратов и инсулина. Допуск к работе осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения лекарственных препаратов, вызывающих гипогликемию.

127. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения подлежит наблюдению и лечению в течение срока до 2 месяцев. Допуск к работе осуществляется после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты (диабетические макро- и микроангиопатии), диабетическая полинейропатия.

128. При выявлении гипогликемии (E16.2), почечной глюкозурии (E74.8) кандидаты на получение медицинского заключения подлежат расширенному обследованию.

129. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления диагноза.

130. Решение о допуске к работе кандидата на получение медицинского заключения при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения в течение не менее 3 месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05) – без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03) – с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

131. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66). Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м<sup>2</sup>. Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела – ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени – ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени – ИМТ > 35,0.

132. Кандидаты на получение медицинского заключения с ИМТ > 35,0 признаются годными к обучению и работе при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома.

133. При симптоматическом (вторичном) ожирении эндокринного, церебрального генеза оценка годности проводится по основному заболеванию.

## VI. Гематология (D 45–D47, D50–D89, E75.2, E80.0, E80.2, E83.0, E83.1, M31.1, C81–C96)

134. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не должны имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

135. Оценка годности кандидатов на получение медицинского заключения проводится после расширенного обследования и консультации врача-гематолога при наличии гематологических синдромов:

анемический синдром (концентрация гемоглобина менее 105 г/л), при D50–D59;

нарушения свертываемости крови (наследственные и приобретенные дефициты факторов свертывания крови D66–D68);

гиперкоагуляционный синдром (наследственные и приобретенные тромбофилии D68.8);

пурпура и другие геморрагические состояния (вторичные тромбоцитопении и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – D69) – количество тромбоцитов менее  $100 \times 9/л$ ;

агранулоцитоз (с показателями нейтрофильных лейкоцитов крови  $0,5 \times 10^9/л$  и ниже – D70);

при новообразованиях неопределенного и неизвестного характера полицитемии – D45;

впервые выявленные лимфаденопатия и гепатоспленомегалия.

136. При этом годность к работе с ограничением OML/TML рассматривается при установлении доброкачественности заболевания, стабилизации состояния, отсутствии сопутствующей патологии, эпизодов массивного кровотечения или значительного тромбообразования.

137. Кандидаты на получение медицинского заключения при наличии злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96), не компенсированных тяжелой степенью анемии (D60, D61, D46), тяжелой степенью нарушения свертывание крови (D66–D68), тяжелой степенью пурпура и других геморрагических состояний (D69), признаются не годными к обучению и работе. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

138. При новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96) после завершения лечения и достижения полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность) при полной и стабильной компенсации функций организма, имеющих значение для безопасности полетов, выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

139. При наличии заболеваний с высоким риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (первичный эритроцитоз (D75), эритремии (D45, C92.7), тромбофилии (D68.8), тромботической микроангиопатии (M31.1) определяется негодность к работе (обучению).

## VII. Мочеполовая система (N00–N99)

140. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных заболеваний мочеполовой системы, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

141. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо осложнениями после заболевания или хирургического вмешательства, проведенного на органах мочеполовой системы, которые могут вызвать нетрудоспособность, в том числе с обструкциями, обусловленными сужением или сдавливанием, рассматриваются как не годные к обучению и работе.

142. Пороки развития, последствия повреждений мочеполовых органов и операции на них, опущение почек, водянка яичка и семенного канатика, расширение вен семенного канатика, сопровождающееся нарушением функций, с болевым синдромом являются основаниями для определения негодности к обучению (N25–N39). Оценка годности к УВД осуществляется в индивидуальном порядке с выдачей медицинского заключения.

143. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от ее объема и технологии хирургического вмешательства.

144. Медицинское освидетельствование проводится по результатам расширенного урологического обследования, заключение о годности к обучению и работе выносится в зависимости от течения процесса, уровня артериального давления и сохранности функций почек. При показаниях к гемодиализу выносится заключение о негодности к обучению и работе.

145. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведения яичка, эктопии), при умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного их увеличения при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными к обучению и работе. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее, чем через 3 недели после операции в зависимости от ее вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

146. При хронических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, таких как туберкулез почек и мочеполовых органов (A18.1), пиелонефрит (N11.0), цистит (N30), уретрит (N34), простатит (N41) в фазе активного воспаления, определяется негодность к работе (обучению).

147. Острый гломерулонефрит (N00–N08) требует лечения в течение 3-6 месяцев, после чего решается вопрос о его переходе в хроническую форму.

148. Вопрос о допуске к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решается на основании выраженности симптоматики.

149. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии плохо контролируемой артериальной гипертензии, наличии протеинурии, достигающей 2-3 г/л, появлении отчетливых

признаков почечной недостаточности (креатинин крови – 150-200 мкмоль/л и более, белок в моче – 3 г/л и более).

150. Допуск к работе разрешается на укороченный срок (ТМЛ) с контрольными осмотрами, измерением артериального давления, ежеквартальными анализами мочи и крови на креатинин в межкомиссионном периоде.

151. Кандидаты на получение медицинского заключения с острым пиелонефритом подлежат лечению. Допуск к работе после перенесенного острого пиелонефрита осуществляется после проведения дополнительных исследований с обязательным проведением УЗИ почек и мочевого пузыря, определения креатинина в крови и моче, степени протеинурии.

152. При хроническом пиелонефрите кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе при наличии нормальных показателей анализов крови, отсутствии выраженной протеинурии, лейкоцитурии, регулярном врачебном контроле с проведением анализов крови и мочи каждые 3 месяца. Повышение артериального давления до 160/95 мм рт. ст. вне периодов обострения расценивается как дополнительный неблагоприятный синдром. При этом кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к работе.

153. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к работе после прохождения внеочередного медицинского освидетельствования при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек.

154. При установлении диагноза мочекаменной болезни (N20–N23) выносится заключение о негодности к работе (обучению) с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам расширенного урологического обследования.

155. Вопрос об удалении доброкачественных опухолей половых органов решается после консультации гинеколога (уролога). При аденоме предстательной железы без дизурических расстройств, если по заключению уролога не показано оперативное лечение, кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к обучению и работе.

156. При аденоме предстательной железы (N40), если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится после проведенного оперативного вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

### **VIII. Инфекционные заболевания (A00–B99)**

157. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

158. Признание годности ВИЧ-положительных (D20–D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением ТМЛ рассматривается для

отдельных лиц со стабильной, непрогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми ИКАО препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса является основанием для дисквалификации.

159. При выявлении у кандидата на получение медицинского заключения инфекций, передающихся преимущественно половым путем (A50–A64), заразных кожных заболеваний, в том числе микозов (B35), чесотки (B86), или подозрении на них подтверждение диагноза и лечение проводятся в специализированном кожно-венерологическом учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после излечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения врача-дерматовенеролога. Кандидаты, страдающие лепрой (A30), признаются не годными к обучению и работе.

160. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у кандидата на получение медицинского заключения, оцениваются по степени нарушения функции органов и систем организма. При этих заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции органов, общей астенизацией, выносятся решение о негодности к обучению и работе.

161. Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза (B66) допускаются к выполнению профессиональных обязанностей, однако должны находиться под наблюдением врача инфекционного кабинета до снятия с учета.

162. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционный гепатит (B15–B19), геморрагическую лихорадку (A98–A99), отстраняются от работы на 3–6 месяцев в зависимости от тяжести течения заболевания и результатов лечения. Восстановление на работу возможно после восстановления функций органов и систем организма по результатам обследования.

#### **IX. Акушерство и гинекология (N70–N77) (N80–N98) (O00–O99)**

163. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

164. Пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N94) (метроррагия, боли), эндометриоз (N80), симптомная миома матки (D25), хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более 3 раз в год), выпадение и опущение половых органов 3 степени (N81), мочеполовые и кишечно-половые свищи (N82), разрывы промежности (O70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основаниями для заключения о негодности к работе (обучению).

165. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Допуск к работе после хирургического лечения заболеваний женской половой сферы рассматривается при лапароскопической операции через 4 недели после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

166. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная и фолликулярная кисты (N83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основаниями для негодности к обучению и работе.

167. Обладатели медицинского заключения с расстройствами оварияльно-менструального цикла подлежат обследованию и лечению в межкомиссионный период без отстранения от работы.

168. С момента установления беременности (Z33) авиационный персонал признается не годным к УВД.

Допуск к работе после родов или при прекращении беременности осуществляется по заключению врача – акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.

### **Х. Опорно-двигательный аппарат (M00–M99)**

169. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют нарушений костно-мышечного аппарата, как врожденных, так и приобретенных, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

170. При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (M42) (межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (T30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функций без болевого синдрома, непрогрессирующих, не мешающих ношению одежды и обуви, заключение о годности выносится с оценкой функции и объема движений в суставах.

171. При инфантилизме (R62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

172. Оценка годности к обучению и работе при дефектах кисти, стопы (пороки развития, последствия травмы, хирургического вмешательства) определяется в зависимости от степени функциональной сохранности.

173. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более чем на 2 см. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать все органы управления и эффективно работать с ними).

174. В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

175. Применение различного рода фиксаторов при остеосинтезе и операциях по протезированию с благоприятным послеоперационным течением, достаточной функциональной состоятельностью по данным анамнеза, осмотра, контрольного рентгенологического исследования, заключению травматолога-ортопеда, не является основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.



176. При остеомиелите (M86) при наличии секвестральных полостей, свищей кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса не годны к обучению и работе и подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

177. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнение продольной связки, обнаруженные рентгенологически, но без клинических проявлений не являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

178. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса признаются не годными к обучению и работе. Возможна индивидуальная оценка годности с применением официального медицинского заключения с ограничением TLM.

179. При переломе тел позвонков (S22, S32) с подвывихом, при туберкулезе позвоночника (M49.0) (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносится заключение о негодности к обучению и работе. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование: проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков при условии полного восстановления функций допускается освидетельствование после успешного оперативного лечения – через 6 месяцев; после чрескожной вертебропластики – через 2 месяца.

180. В случаях перелома поперечных, остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении функций и исчезновении болевого синдрома.

181. При консолидированных переломах костей таза (S32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

182. Кандидаты на получение медицинского заключения с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (M00–M03, M05–M14, M15–M19) при остром и подостром течениях, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств признаются не годными к обучению и работе. Допуск к УВД осуществляется при достижении стойкой ремиссии.

183. При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии, без выраженных нарушений функций органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов.

## **XI. Психиатрия (F00–F99)**

184. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующими свидетельствами, и создавать угрозу безопасности полетов.

185. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе без права восстановления со следующими клинически установленными диагнозами (диагноз подтверждается решением врачебной комиссии специализированного учреждения психиатрического профиля после проведенного полного обследования в специализированной психиатрической (наркологической) медицинской организации):

- 1) органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09);
- 2) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19);
- 3) шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29);
- 4) расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–F39);
- 5) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48);
- 6) расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69);
- 7) умственная отсталость (F70–F79);
- 8) расстройства психологического (психического) развития (F80–F89);
- 9) эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F99).

186. Кандидаты на получение медицинского заключения после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии через 4-6 месяцев могут освидетельствоваться ЦВЛЭК ГА (с выпиской по месту наблюдения) после обследования в специализированном психиатрическом (наркологическом) учреждении с заключением клинического психолога и врача-психиатра ЦВЛЭК ГА с клинически установленными диагнозами:

- 1) «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:
  - реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);
- 2) «поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»:
  - расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы (F51.2);
  - кошмары (F51.5);
  - сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52);
  - психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах (F53);
  - психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или болезнями, классифицированными в других разделах (F54);
  - поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные (F59).

187. Кандидаты на получение медицинского заключения при первичном выявлении (в том числе при проведении предполетного/послеполетного, предсменного/послесменного осмотров) состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), остаточных явлений такого опьянения, наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ признаются не годными к обучению и работе. Вопрос о восстановлении допуска к работе (обучению) рассматривается через 3 месяца в

случае представления сведений из медицинской организации государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства (пребывания) кандидата на медицинское заключение, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по психиатрии-наркологии и лабораторной диагностике либо клинической лабораторной диагностике, о проводимом в течение всего этого периода наблюдении с проведением химико-токсикологических исследований, подтверждающих факт однократного употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ.

188. При повторном установлении (в том числе при проведении предсменного/послесменного осмотров) факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ или состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) выносится заключение о негодности к работе (обучению).

189. Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности к обучению и работе. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмеченных у заявителя, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация врача-психиатра ЦВЛЭК ГА. При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

## XII. Психология

190. При психологическом тестировании у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также когнитивные функции авиационного персонала, оказывающие влияние на безопасность полетов, степень их ухудшения в динамике: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

191. Заключение медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не является экспертным заключением, носит информативно-рекомендательный характер и учитывается неврологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) при вынесении медицинского заключения.

192. Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из двух частей:

диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения;

оценка профессионально важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

193. В случае возникновения необходимости уточнения полученных в ходе стандартного обследования результатов медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводит расширенное психологическое обследование, в том числе в индивидуальном варианте, а также с применением дополнительных бланковых или компьютеризированных методик.

194. Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1) со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей заявителя:

- недостоверные результаты по личностным тестам;
- признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);
- наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;
- наличие признаков расстройства личности;
- наличие профессионально неблагоприятных личностных характеристик;
- наличие признаков акцентуации характера;
- присутствие языкового барьера;
- наличие татуировок и шрамов.

2) со стороны оценки профессионально важных качеств заявителя (когнитивные и высшие психические функции):

- высокая вероятность эффекта тренированности;
- общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий»;
- снижение результатов обследования отдельных психических функций.

195. При выявлении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), медицинский психолог ВЛЭК ГА направляет его в ЦВЛЭК ГА с целью уточнения заключения медицинского психолога.

196. В случае выявления у кандидата признаков нервно-психической неустойчивости, профессионально-неблагоприятных психических состояний, признаков акцентуаций характера медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляет кандидата на консультацию к врачу-психиатру либо к психиатру ЦВЛЭК ГА.

197. В случае когда психиатр не выносит диагноз клинического характера, медицинский психолог выносит выявленные особенности в «общий вывод» и рекомендует контроль в динамике.

198. При подтверждении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), однако ставящих под угрозу выполнение или препятствующих выполнению профессиональных обязанностей:

возможно вынесение отрицательного заключения с рекомендацией обследования в специализированном стационаре психиатрического профиля с круглосуточным пребыванием;

организовывается работа с психотерапевтом по профилю с выдачей выписки.

199. При восстановлении на работу (обучение) кандидат на получение медицинского заключения 3 класса обязан представить выписку из амбулаторной карты о пройденном лечении.

200. При общем балле результатов психологического обследования «ниже среднего» и «низкий», а также снижении результатов обследования отдельных психических функций низкий уровень сохранности когнитивных и высших психических функций не может быть поводом для отстранения кандидата на получение медицинского заключения от работы, однако он является фактором, существенно отягощающим прогноз безопасности полетов при управлении воздушным движением.

201. При выявлении языкового барьера у кандидата на получение медицинского заключения 3 класса в ходе проведения обследования у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) дальнейшее психологическое обследование ведется в двух направлениях:

оценка степени выраженности языкового барьера (словарный запас, соблюдение родовых и падежных окончаний, понимание устной и печатной русской речи и прочее);

оценка личностных и профессионально важных качеств заявителя с учетом того, что к его обследованию не могут быть корректно применены психодиагностические методики вербального характера, стандартизированные на русскоговорящей выборке.

В подобном случае медицинский психолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) применяет методики проективного характера.

202. Проблема наличия татуировок на кожных покровах кандидата на получение медицинского заключения.

Татуировки допустимы:

на закрытых участках тела;

размер (площадь нанесения) – не более 10 x 10 см;

с символикой, не содержащей агрессивной, антинационалистической, террористической тематики.

Медицинский психолог выясняет: личностно-значимый смысл изображения; возраст, в котором изображение было нанесено; мотивы.

В иных случаях медицинский психолог рекомендует удаление татуировки в межкомиссионный период к очередному освидетельствованию ВЛЭК.

203. Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

### **ХIII. Неврология (G00–G99)**

204. В случае кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

#### **Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ (G40–G42)**

205. Кандидаты на получение свидетельства с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии, рецидивирующих приступов потерь сознания неуточненного генеза рассматриваются как не годные к работе и обучению.

206. Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5-летнего возраста, эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком после прекращения лечения более 10 лет, отсутствии изменений электроэнцефалографии ЭЭГ, не исключают факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточненной причины, прогрессирующей или непрогрессирующей болезни нервной системы, единичного эпизода потери сознания неуточненной этиологии, потери сознания после (головной) черепно-мозговой травмы, проникающей травмы головы с поражением головного мозга, повреждения периферического нерва или спинного мозга проходят обследование в неврологическом отделении ЦКБ ГА перед проведением оценки на пригодность к обучению и работе. Отсутствие риска рецидива эпилептического приступа без применения лекарственных средств не исключает вынесения заключения о годности к обучению и работе.

207. При выявлении пароксизмальной, эпилептоидной активности и значительно выраженных изменений на ЭЭГ кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе. Кандидаты на получение медицинского заключения с впервые выявленной пароксизмальной активностью на ЭЭГ типа «пик-медленная волна» при отсутствии других признаков эпилепсии или органического заболевания центральной нервной системы (ЦНС) признаются не годными к обучению и работе сроком на 3 месяца с последующим расширенным обследованием в неврологическом отделении ЦКБ ГА. Стабильность указанных изменений на ЭЭГ после уточнения причины вызываемых изменений с низким риском развития рецидивов потерь сознания, не дают оснований для отстранения от работы.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

208. Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность к обучению и работе.

209. При однократных эпилептических припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии экспертная оценка зависит от основного заболевания. Срок наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению вопроса о допуске к обучению и работе – не менее 2 лет.

### **Сосудистые поражения головного мозга**

210. Клинические проявления в виде острых нарушений мозгового кровообращения и их последствий, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением, преходящей ишемии головного мозга в единичных случаях не исключают возможность выполнения профессиональных обязанностей при отсутствии факторов риска рецидивирования.

211. Сосудистые поражения головного и спинного мозга (I60–I65; I67; I68; I69; G45; G95) различной этиологии включают первичные заболевания сосудов головного и спинного мозга (васкулиты, аномалии развития, аневризмы, атеросклероз и другие) и вторичные изменения сосудов соматогенной, вертеброгенной и другой этиологии. Экспертиза всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, а также риска возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов.

212. Заключение выносится на основании оценки выраженности неврологических нарушений, степени стенозирования основных артериальных церебральных сосудов, состояния профессионально важных психологических функций, течения заболевания, факторов риска.

### **Экспертиза при сосудистых заболеваниях**

213. Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не являются основаниями для вынесения диагноза церебрального атеросклероза, предусматривающего негодность к обучению и работе, кроме выявления у абитуриентов, которые признаются не годными к обучению (I67.2).

214. При выявлении стабильных стенозов брахиоцефальных сосудов (БЦС) небольших и умеренных размеров (до 50 %) и отсутствии изменений в неврологическом статусе, когнитивной сфере и по данным нейровизуализации, исключающих органические поражения головного мозга (последствия инсульта, проявления дисциркуляторной энцефалопатии и другие) (I67.2) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к профессиональной деятельности (кроме абитуриентов, которые признаются не годными к обучению и работе).

215. При обнаружении скрыто протекающего стеноза (50 % и более), выявлении эмбологенной нестабильной а/с бляшки принимается решение о негодности к обучению и работе (I65–I67.0–I67.1). Пациент направляется на дообследование к неврологу ЦВЛЭК ГА. Решение о тактике ведения лечения пациента принимается после консультации с сосудистым хирургом.

216. Решение о консервативном ведении лечения пациента сроком до 3 месяцев выносится по предложению невролога после дообследования по согласованию со специалистами ЦВЛЭК ГА.

217. При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение о негодности. Рассмотрение вопроса о допуске к работе возможно после 6 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА (I67.2).

218. В случае диагностики лакунарного ишемического инсульта (ИИ) для рассмотрения возможности принятия положительного медицинского решения требуется период наблюдения без регистрации рецидивирующего течения, продолжительность которого зависит от механизма развития заболевания и сопутствующих факторов риска (12 месяцев). Принятие положительного решения о допуске к обучению и работе возможно после обследования в стационаре ЦКБ ГА, осмотра неврологом ЦВЛЭК ГА (I69).

219. После инсульта у молодых людей (открытое овальное окно после хирургического лечения) при отсутствии осложнений со стороны когнитивной сферы и поражений головного мозга возможен допуск к работе.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

220. В случае геморрагического инсульта (ГИ) (I60.0–I62.9) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы.

221. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) или изменения сосудистой системы головного мозга (I60.0), артериальные аневризмы церебральных сосудов,

сосудистые мальформации ЦНС (I67.1) (артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы), аномалии сосудистой системы мозга (болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0), вторичные причины (артериальная гипертензия (I10–I15.9); васкулиты (I73.1; M30.1–M35.2); болезни крови) нарушение свертывающей системы на фоне приема антикоагулянтов, дезагрегантов и других препаратов (D68.8–D75.2; D47.3), угрожающих развитию САК, являются основаниями для принятия решения о негодности к обучению и работе.

222. После хирургической коррекции аневризм сосудов головного мозга при отсутствии признаков последствий кровоизлияний (I69.0; I69.3; I69.4) в виде очаговой неврологической симптоматики, судорожных припадков и нарушений когнитивных функций через 6 месяцев возможно рассматривать вопрос о допуске к УВД после стационарного обследования в неврологическом отделении ЦКБ ГА и неврологом ЦВЛЭК ГА.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

223. Заявители с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (C69–C72; C47), сирингомиелия (G95.0), рассеянный склероз (G35); болезнь Паркинсона (G20; G21) и другие заболевания прогрессирующего характера), острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис, остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы с нарушением функций (A80–A89; B0–B24), ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками), заболеваниями нервно-мышечного аппарата (G12–G12.9) (миастения (G70–G73), миопатия (G73.4; G73.7), миотония (G71.1), миоплегия) признаются не годными к обучению и работе при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, с учетом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

224. Заявители с заболеваниями нервно-мышечного аппарата и наследственно-дегенеративными заболеваниями в начальной стадии с медленным прогрессивным течением, с достаточной сохранностью профессионально важных функций, перенесшие инфекционные или интоксикационные заболевания ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций, освидетельствуются через 6 месяцев наблюдения по результатам расширенного неврологического обследования на базе неврологического отделения ЦКБ ГА. Вынесение экспертного решения о допуске к УВД возможно в случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС. Абитуриенты признаются не годными к обучению.

225. Доброкачественные внутримозговые образования после полного успешного удаления внутримозгового образования после 12 месяцев наблюдения могут претендовать на восстановление в профессии. С учетом клинических проявлений при отсутствии поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений), судорожных припадков, после обследования в неврологическом или нейрохирургическом отделении ЦКБ ГА возможен допуск к профессиональной деятельности (D32.0; D36.1; D35.2; D35.4). В некоторых случаях при обнаружении доброкачественного образования небольших



размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и другие) без нарушения функций при отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, нарушений ликвородинамики допускается разрешить выдачу медицинского заключения без хирургического лечения (кроме абитуриентов, которые признаются не годными к обучению).

226. Наличие злокачественного внутричерепного образования является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения 3 класса (С69–С72; С47).

227. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС, с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций могут быть допущены к работе.

228. Эссенциальный тремор (G25.0) не является дисквалифицирующим фактором, кроме случаев, ведущих к значительным функциональным нарушениям, препятствующим выполнению профессиональной деятельности.

Абитуриенты признаются не годными к обучению.

229. Признаются не годными к обучению и работе без права признания годности в последующем кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями центральной нервной системы (ЦНС), нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами (S02.2; S06.1–S06.9; S14).

230. Медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием проводится не ранее чем через 1 год после травмы с ограничением ТМЛ (до 6 месяцев) в течение 3 лет, перенесших сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга (S06.0) – через 3 месяца после травмы.

231. При оценке годности учитывается длительность периода измененного сознания и амнезии. При прогнозировании возможности развития поздней посттравматической эпилепсии кроме характера и степени тяжести травмы учитываются и другие факторы риска (включая психологические и психические изменения). Оценка производится с учетом анамнеза по результатам расширенного обследования, включая психологическое тестирование.

232. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции вагосвазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, дизэнцефального типа, мигрень, соларит, синдром Меньера, дизэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности к обучению и работе (G90; M89.0; G99; I73.0; E22.0; E22.1; E22.2).

233. Годность к работе лиц с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также дисфункцией, возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии, возможна в стадии

стойкой ремиссии на момент обследования (G99.1; G43) (2-3 месяца после излечения основного заболевания).

234. При заболеваниях и повреждениях периферической нервной системы – хронических с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году), при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома оценка годности к обучению и работе производится индивидуально с применением официального медицинского заключения (M54–M54.9; G54.0–G54.8; G63.0; G63.2 (E10–E14\*); G63.3; G63.8; G63.0).

235. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с хроническими заболеваниями и травматическими повреждениями корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев, с периферическими нейроваскулярными синдромами, корешковыми компрессиями при заболевании позвоночника, последствиями оперативных вмешательств на позвоночнике, корешках спинного мозга, сплетениях и нервных стволах с незначительными нарушениями функций, не препятствующими выполнению профессиональных обязанностей, признаются годными к работе, но не годными к обучению.

236. После удаления грыжи межпозвонкового диска освидетельствование проводится через 3-6 месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

237. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность к обучению и работе определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются противопоказанием для кандидатов на получение медицинского заключения, поступающих на учебу.

238. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы и направляются на обследование в неврологическое отделение ЦКБ ГА. Возможность выдачи положительного медицинского заключения рассматривается, если установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния.

239. При одно-двухкратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде кандидат подлежит наблюдению в межкомиссионный период. При множественных повторяющихся эпизодах кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе.

240. Возврат к положительному решению о допуске возможен после 12 месяцев наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты признаются не годными к обучению и работе.

#### **XIV. Офтальмология (H00–H59)**

241. У кандидата на получение медицинского заключения не должно быть: нарушения функции зрения, заболеваний как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических состояний или каких-либо осложнений после хирургических вмешательств, травмы глаза или его придаточного аппарата, которые могут привести

к ослаблению зрительных функций в такой степени, что могут повлиять на выполнение профессиональных обязанностей.

242. У кандидата на получение медицинского заключения должно быть устойчивое бинокулярное зрение, нормальное поле зрения, внутриглазное давление, соответствующее норме.

243. Результаты исследования темновой адаптации и чувствительности к ослеплению должны соответствовать нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

### **Острота зрения (H52)**

244. Проверку остроты зрения рекомендовано проводить в хорошо освещенной комнате, низких и высоких уровней освещенности следует избегать. Рекомендуемое расстояние для проверки остроты зрения вдаль – 5-6 метров.

245. Острота зрения вдаль исследуется монокулярно, бинокулярно; без коррекции, с коррекцией; указывается истинная острота зрения.

246. Для кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, острота зрения с коррекцией должна составлять 0,8 и выше на каждый глаз, обязательно наличие нормального поля зрения. Для кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса при первичном медицинском освидетельствовании острота зрения должна быть не ниже 0.1 без коррекции при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты зрения 0,8 и выше с помощью контактных линз и/или очков с соответствующими корригирующими линзами, а также имеется нормальное поле зрения.

247. Кандидатам на получение медицинского заключения при бинокулярной остроте зрения без коррекции 0.7 и выше, в том числе в условиях темновой адаптации, оптическая коррекция для дали (очки/ контактные линзы) не требуется.

248. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0,7 или когда проявляются симптомы астигматизма, которые объясняются ошибкой рефракции. Определение надлежащей оптической коррекции для лица с ошибкой рефракции должно проводиться квалифицированным офтальмологом.

249. В случаях когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат может быть признан годным при условии, что используемые корригирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении прав, предусмотренных свидетельством или квалификационными отметками.

250. Перечисленные виды контактных линз не могут быть использованы:

ортокератологические линзы;

моновидение (если корригируют аметропию одного глаза на остроту зрения вдаль, а другой глаз используют без МКЛ для зрения вблизи);

мультифокальные контактные линзы;

косметические цветные линзы;

линзы для изменения цветового восприятия.

251. При выполнении профессиональных обязанностей может быть использовано не более одной пары очков (то есть одна пара очков должна удовлетворять в полном объеме все визуальные задачи).

252. Все виды коррекции с использованием мультифокальных линз (очковой коррекции) приемлемы при условии, что они хорошо переносятся. Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

### **Аккомодация (H52)**

253. Остроту зрения вблизи/на средней дистанции необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

254. Кандидаты на получение медицинского заключения должны вблизи читать таблицу № 5 (острота зрения 0.6) на расстоянии 30-50 см и таблицу № 8 (острота зрения 0.3) на расстоянии 100 см, при необходимости – с помощью коррекции.

### **Ошибка рефракции (H52)**

255. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны не годными к обучению и работе при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии. Решение о годности возможно после офтальмологического обследования ЦВЛЭК ГА с выдачей официального медицинского заключения.

256. Кандидаты на получение медицинского заключения при поступлении в учебное заведение ГА подлежат проверке объективной рефракции в условиях циклоплегии (циклопентолат – 1 %, атропин – 1 %).

Кандидатам на получение медицинского заключения обследование в условиях циклоплегии проводится при наличии показаний (для диагностики офтальмологической патологии), при этом используются мидриатики короткого действия (тропикамид – 1 %).

257. Кандидат на получение медицинского заключения с перечисленными ниже ошибками рефракции может быть оценен как соответствующий требованиям при условии, что подобрана оптимальная, хорошо-переносимая коррекция, при этом значительной глазной патологии не выявлено.

258. Кандидат на получение медицинского заключения 3 класса признается годным к обучению и работе: миопия не выше 6.0D; гиперметропия, не выше 4.0D; астигматизм, не превышающий +/- 2.5D; анизометропия, не превышающая 2.5D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0,8 на каждый глаз. При прохождении первичного обследования кандидат на получение медицинского заключения признается годным: миопия не выше 4.0 D, гиперметропия не выше 4.0D; астигматизм не выше +/- 1.5D; анизометропия не выше 2.0 D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0.8 на каждый глаз.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

259. Кандидатам на получение медицинского заключения с пониженной остротой зрения/при наличии пресбиопии предписывается выполнять работу в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL с отметкой в медицинском заключении. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируются при прохождении предсменного осмотра.

260. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь легкодоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

### **Цветовосприятие (H53.5)**

261. От кандидата на получение медицинского заключения требуется продемонстрировать способность правильно различать цвета, необходимую для безопасного выполнения профессиональных обязанностей.

262. Первоначально кандидаты на получение медицинского заключения должны пройти проверку цветовосприятия с использованием полихроматических таблиц.

263. Кандидаты на получение медицинского заключения, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование – компьютерную аномалоскопию. К результату обследования должен быть приложен полный протокол тестирования.

264. Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием вида, формы и степени нарушения согласно принятой классификации.

265. Для кандидатов на получение медицинского заключения расстройство цветовосприятия по типу «цветослабость», такие как дейтераномалия типов «С», «В», протаномалия типов «С», «В», не являются причинами для отказа в выдаче медицинского заключения. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с такими расстройствами цветовосприятия, как аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) типа «А», дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия), монохромазия, должны быть признаны не годными к обучению и работе.

**Глазные болезни. Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразований (H00–H06; H10–H13; H15–H22; H25–H28; H30–H36; H43–H48; H53–H59; C69)**

266. Кандидаты на получение медицинского заключения при первичном медицинском освидетельствовании с приобретенным (вследствие каких-либо патологических состояний) сниженным зрением (или нарушенными зрительными функциями) хотя бы на один глаз должны быть признаны не годными к обучению и работе.

267. Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения) могут быть признаны годными к УВД при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранено, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанции), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке (острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции/с коррекцией – для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, устойчивое бинокулярное зрение), а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

268. Кандидаты на получение медицинского заключения с отсутствием бинокулярного зрения признаются не годными к обучению и работе с учетом высокого риска развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценка бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого медицинского освидетельствования.

269. Периферическое поле зрения должно быть в пределах нормы. Дефекты поля зрения в одном или обоих глазах могут быть приемлемыми, если они компенсируют друг друга так, что бинокулярное поле зрения сохраняется.

### **Заболевания век и конъюнктивы**

270. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии паралича век и мышц, недостаточности и вывороте век (эктропион, энтропион), неправильном функционировании век, ухудшающем защиту глаза, лагофтальма, шрамах и сращениях век между собой, птоза (врожденного или приобретенного), приводящего к сужению поля зрения, язвенных блефаритах, злокачественных новообразованиях, доброкачественных опухолях, нарушающих функцию органа зрения и не подлежащих оперативному лечению.

271. Нерезко выраженные заболевания с такими редкими обострениями, как простые блефариты, врожденный птоз без нарушения зрительных функций (после консультации невролога), нерезко выраженные конъюнктивиты, небольшие бессимптомные и непрогрессирующие доброкачественные опухоли, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются дисквалифицирующим фактором. При наличии у кандидата на получение медицинского заключения онкологических образований кожи век (при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствии рецидива опухолевого роста) вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончательного излечения с обязательным представлением заключения онколога.

### **Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей**

272. Кандидаты на получение медицинского заключения признаются не годными к обучению и работе при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

273. К данным заболеваниям относятся: сужение, неправильное положение слезных точек; стриктура слезно-носовых канальцев; воспаление слезного мешка, слезной железы; травматические повреждения и другие заболевания, вызывающие слезотечение.

274. Состояния слезных органов и слезоотводящих путей без нарушения слезоотведения, восстановление функции слезоотведения, а также отсутствие нижней слезной точки при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оцениваются канальцевая и носовая пробы) не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе.

275. После перенесенного острого заболевания – конъюнктивита, склерита, кератита, переднего увеита, а также после легкого повреждения глазного яблока заключение о допуске к летной работе выносится после выздоровления и прекращения лечения, так как некоторые глазные препараты могут приводить к ухудшению зрения. Следует учитывать первопричину.

276. При задних увеитах, длительно текущих, рецидивирующих иридоциклитах (должны быть приложены результаты системного обследования, следует учитывать первопричины заболевания), кератитах, хориоретинитах, невритах, травматических повреждениях глазного яблока с исходом выздоровления кандидаты на получение

медицинского заключения подлежат лечению с последующим медицинским освидетельствованием.

277. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны не годными к обучению и работе при наличии следующих заболеваний: отслойка сетчатки, дегенеративный ретиношизис, любые виды тапеторетинальной дегенерации сетчатки, окклюзия сосудов сетчатки, экссудативная форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, рецидивирующий кератит, рубцы роговицы, нарушающие зрительную функцию, эндокринная офтальмопатия, атрофия зрительного нерва любой этиологии, злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата, дислокация хрусталика, патологический нистагм любой этиологии, наличие инородных тел в структурах глаза, никталопия.

278. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими дегенеративными заболеваниями, как дистрофия роговицы, кератоконус, кератэктазия, могут быть обследованы ЦВЛЭК ГА. Экспертный подход определяется достаточной сохранностью зрительных функций, отсутствием прогрессирования процесса, сохранностью бинокулярного зрения.

### **Центральная серозная ретинопатия**

279. При наличии центральной серозной ретинопатии обладатели медицинского заключения должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления к УВД рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

### **Отслойка сетчатки**

280. При наличии отслойки сетчатки кандидаты на получение медицинского заключения и обладатели свидетельства должны быть признаны не годными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена ЦВЛЭК ГА при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки после успешного проведения лазерного лечения можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

### **Друзы зрительного нерва**

281. Наличие друз зрительного нерва не является причиной негодности при условии приемлемой остроты зрения и сохранности периферического поля зрения у кандидата на получение медицинского заключения. Также кандидаты на получение медицинского заключения подлежат динамическому наблюдению в межкомиссионный период.

### **Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения**

282. К данной группе относятся: начальная катаракта без признаков прогрессирования, атрофическая форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, доброкачественные формы периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (микрокистозная дегенерация, инеевидная дегенерация, дегенерация типа «булыжная мостовая», дегенерация типа «медовые соты», друзы, пигментная дегенерация зубчатой линии). Такие заболевания не требуют профилактического оперативного лечения и не являются препятствием для поступления в учебные

заведения ГА. В данном случае кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как годный к обучению и работе. Прогностически опасные виды периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (предрасполагающие к развитию отслоения сетчатки): решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки», дегенерация с истончением сетчатки, а также дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные виды дегенерации требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения с последующим динамическим наблюдением.

283. За достаточную сохранность зрительных функций принимаются: острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции (с коррекцией для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям пунктов 255 – 260.

284. Врожденные отложения единичного мелкого пигмента на капсуле хрусталика, остатки артерии стекловидного тела, миелиновые волокна ДЗН, сетчатки не являются препятствием для поступления в учебные заведения ГА.

285. Ложная крыловидная плева, пингвекула, небольшой халязион, единичные поверхностные фолликулы на конъюнктиве, простые блефариты, нерезко выраженные конъюнктивиты, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются противопоказанием к получению медицинского заключения.

286. Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты, с нарушением зрительных функций, оптиконейропатия являются причинами недопуска к обучению кандидатов на получение медицинского заключения впервые (поступающие в учебные заведения ГА/обучающиеся в учебных заведениях ГА).

### Хирургия

287. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются не годными к работе.

288. Допуск к работе обладателей медицинского заключения 3 класса после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (далее – ИОЛ): ультразвуковая, лазерная), включая операцию на оба глаза, осуществляется через 2 недели после проведенной операции. Решение выносится после полного восстановления, отмены лекарственных препаратов при стабилизации зрительных функций и при отсутствии послеоперационных осложнений. Обследование должно быть полным и включать обследование дальней периферии сетчатки, определение темновой адаптации, контрастной чувствительности и чувствительности к ослеплению (H27.8).

289. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: дату и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

290. После лазерных оперативных вмешательств на сетчатке вопрос о допуске к работе решается через 2 недели после операции (лазерная коагуляция сетчатки) с учетом степени сохранности зрительных функций.



291. Кандидат на получение медицинского заключения, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как годный к обучению и работе при следующих условиях:

1) предоперационная рефракция не превышала  $+4.0 D / - 6.0 D, \text{cyl } \pm 2.5D$ .

У кандидатов к получению свидетельства впервые (при поступлении в учебные заведения ГА/у обучающихся в учебных заведениях ГА) предоперационная рефракция не должна превышать  $+4.0D / -4.0D, \text{cyl } \pm 1.5D$ ;

2) операция прошла без осложнений;

3) зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более  $0,75 D$  в дневное время);

4) отсутствие грубых рубцов (помутнений) на роговице. Отсутствие грубых патологических изменений на глазном дне, которые могут привести к развитию отдаленных осложнений, в том числе и отслоению сетчатки;

5) отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»);

6) достигнутые результаты соответствуют допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования);

7) результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению удовлетворительные;

8) подлежит динамическому наблюдению;

9) медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

292. При ФРК (фоторефракционной кератэктомии) вопрос о допуске решается не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).

При лазерном in-situ-кератомилезе вопрос о допуске к работе решается через 4 недели после проведенной операции.

293. При других процедурах оценка состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения проводится после полного восстановления.

294. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать полную информацию о проведенном и текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### Глаукома (Н40–Н42)

295. При подозрении на наличие глаукомы проводится дополнительное обследование в специализированном учреждении или отделении. Установленный диагноз «глаукома» требует назначения лечения.

296. Лица с установленным диагнозом отстраняются от работы не менее чем на 1 месяц для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и наблюдения. Методы терапевтического лечения определяются в индивидуальном порядке.

297. Диспетчеры УВД с диагнозом «первичная открытоугольная глаукома с компенсированным внутриглазным давлением (далее – ВГД)», которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения могут быть признаны годными к работе с ежеквартальным контролем ВГД и полугодовым осмотром врачом-офтальмологом ВЛЭК ГА.

298. Лица с доброкачественной внутриглазной гипертензией от работы не отстраняются.

### **Хирургия глаукомы**

299. Вопрос о допуске к работе решается после трабекулэктомии (или антиглаукоматозной операции с использованием дренажных систем) не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции. После других процедур – оценка после полного восстановления.

300. Медицинским учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть представлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать полную информацию о проведенном и текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствии/наличии послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

### **Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия (H49–H51)**

301. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь полную сохранность бинокулярных функций.

302. При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

303. Бинокулярная функция. Кандидаты к получению медицинского заключения с гетерофорией, превышающей представленные ниже показатели, будут считаться не годными к обучению и работе:

1) расстояние 6 метров:

- 2.0 призмных D по вертикали (1 градус);
- 10 призмных D при эзофории (5 градусов);
- 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса);

2) расстояние 33 см:

- 1.0 призмный D по вертикали (0);
- 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса);
- 12 призмных D при экзофории (6 градусов).

304. Кандидаты на получение медицинской справки с наличием гетеротропии (косоглазие) должны быть признаны не годными к обучению и работе.

305. Вопрос о годности после проведенного хирургического лечения косоглазия рассматривается не ранее чем через 3 месяца после операции и при удовлетворительной офтальмологической оценке.

### **XV. Оториноларингология**

306. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани либо каких-либо заболеваний как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством (C00–C14; C30–C32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

307. Кандидаты на получение медицинского заключения должны правильно понимать разговорную речь при тестировании на каждое ухо отдельно с расстояния не менее 2 метров от спины заявителя до исследователя.

308. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха свыше возрастной физиологической нормы, но не более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и не более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе признаются годными к обучению и работе (Н90–Н91).

309. Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и более 50 дБ на частоте 3 кГц в любом ухе могут быть признаны годными к обучению и работе при благоприятном течении заболевания (Н90–Н91) и динамическом наблюдении в межкомиссионный период.

310. Если требования к слуху могут быть удовлетворены только с использованием слуховых аппаратов, то они должны обеспечивать оптимальную функцию слуха, быть хорошо переносимыми.

311. При отсутствии стабильности в течении заболевания может потребоваться отстранение от работы на полный курс лечения с последующей контрольной тональной пороговой аудиометрией и решением вопроса о соответствии запрашиваемой сертификации.

312. Кандидаты на получение медицинского заключения, имеющие признаки клинической формы тугоухости, проходят курс профилактического лечения не реже одного раза в год.

313. Стойкие приобретенные и/или врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств с клиническими значимыми (выраженными) нарушениями функции ЛОР-органов определяют негодность к работе (С00–С14; С30–С32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60–H95; J00–J06; J30–J39; K00–K14; Q16; Q35–Q37; R47–R49; S00–S09).

314. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как не годные к обучению и работе (Н65–Н83). Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления.

315. Хронические болезни среднего уха – хронический гнойный эпитимпанит, хронический гнойный мезотимпанит, сопровождающийся полипами, грануляциями, кариесом стенок барабанной полости, состояние после радикальной операции с неполной эпидермизацией операционной полости (при наличии гноя, полипов, грануляций или холестеатомы) определяют негодность к работе (Н65–Н75).

316. После оперативных вмешательств на внутреннем и среднем ухе при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости в зависимости от объема оперативного вмешательства не ранее чем через 3 месяца со дня операции проводится отомикроскопия, диагностическое и аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме, достаточном для решения вопроса о возможности сохранности слуховой и барометрической функций (Н65–Н83).

317. Кандидаты на получение медицинского заключения с постоянной дисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные к обучению и работе с вынесением официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции (Н68–Н69).

318. Доброкачественное позиционное головокружение является противопоказанием к работе. Вопрос о повторном медицинском освидетельствовании может быть рассмотрен не ранее чем через 2 месяца после прекращения лечения и отсутствия симптомов заболевания (H81.1).

319. Болезнь Меньера, врожденные и/или приобретенные аномалии развития вестибулярного органа, хронические и вестибулярные нарушения, не поддающиеся консервативному и хирургическому лечению, являются основаниями для отказа в выдаче медицинского заключения (H81.0).

320. При поллинозе, риноконъюнктивальном синдроме вопрос о годности к обучению и работе кандидатов на получение медицинского заключения решается после заключения аллерголога (J30).

321. Искривление носовой перегородки с полным отсутствием или резким затруднением носового дыхания является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения (J34.2).

322. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие ринопластику с полным восстановлением функции носового дыхания, после оперативного лечения полости носа и околоносовых пазух признаются годными к работе, но не ранее чем через 2 недели после операции.

323. Вопрос о восстановлении на работу после лечения по поводу злокачественных образований рассматривается через год с учетом заключения онколога (C00–C14; C30–C32).

324. После оперативного лечения хронического тонзиллита кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе при отсутствии осложнений (J35.0).

325. При наличии съемных протезов функция речи оценивается при снятых протезах.

326. При множественном отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в межкомиссионный период.

327. При аномалии прикуса I степени (расстояние между резцами – менее 5 мм) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к обучению и работе. При аномалии прикуса II степени (расстояние между резцами верхней и нижней челюсти в вертикальном и саггитальном направлении от 6 до 10 мм) и аномалии прикуса III степени (более 10 мм) официальное медицинское заключение выносится после консультации врача ортопеда-стоматолога с учетом прогноза заболевания после лечения (K07.0).

328. Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как не годные к обучению и работе (F98.5; F98.6; R47–R49).

329. Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие заиканием, косноязычием или другими дефектами речи, препятствующими речевой связи, считаются не годными к работе.

330. Нарушение произношения отдельных звуков при четкой разборчивой речи не является препятствием к работе (F80.0).

## XVI. Дерматология (L00–L99)

331. В случае если кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному

выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, они признаются годными к обучению и работе.

332. Кожные заболевания (псориаз (L40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L43), приобретенный ихтиоз (L85.0), врожденный ихтиоз (Q 80), атопический дерматит (L20.8), простой хронический лишай и почесуха (L28), крапивница (L50), дерматит и экзема (L20–L30), васкулиты (L95), красная волчанка (L93), другие локализованные изменения соединительной ткани, в том числе локализованная склеродермия (L94), инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00–L08), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а также локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы), являются основаниями для вынесения заключения о негодности к обучению и работе.

333. Ограниченные, редко рецидивирующие формы заболеваний кожи, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о годности к обучению и работе в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении врача-дерматовенеролога.

334. Кандидаты, страдающие пузырьчаткой (L10), признаются не годными к обучению и работе.

335. Оценка годности при заболеваниях придатков кожи, в том числе угри (L70), различные виды алопеции (L63, L66), розацеа (L71), гипертрихоз (L68), зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. В том случае, когда заболевания придатков кожи имеют вторичный характер (на фоне эндокринных нарушений, аутоиммунных состояний) годность к обучению и работе оценивается по основному заболеванию.

## **XVII. Онкология (С 00–D 48)**

336. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь признаков (клинических, лабораторных, инструментальных) первичных или вторичных злокачественных поражений (С00–С97) (что должно быть подтверждено результатами лабораторных, инструментальных и других видов обследований), препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством.

337. При выявлении злокачественной опухоли кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса признаются не годными к обучению и работе.

После проведенного специального лечения злокачественного заболевания кандидаты на получение медицинского заключения проходят обследование на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи по профилю «онкология» перед осуществлением медицинского освидетельствования и принятием экспертного решения.

338. Кандидаты на получение медицинского заключения с кодами клинического диагноза по МКБ-10 С00–С14, С30–С32, С47, С69–С72, D10, D14, D36.1 рассматриваются как не годные к обучению и работе без права возобновления медицинского заключения.

339. При отсутствии метастазов в головной мозг, рецидивов, генерализации опухолевого процесса вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения (оперативного, химиотерапии, лучевой терапии,

комбинированного) при полной и стабильной компенсации функций организма. В документах, представляемых для оценки, отражаются стадия опухоли по классификации TNM, развернутое патоморфологическое заключение (анатомический тип роста опухоли, ее морфологическая характеристика, состояние региональных лимфоузлов), проведенное лечение (для хирургического – дата, характер операции и течение послеоперационного периода; для химиотерапии – сроки, количество, доза, переносимость; для лучевого – сроки и методика облучения, суммарная очаговая доза, общая и местная лучевая реакция). Допуск к работе осуществляется с ограничением TML.

340. При патоморфологическом заключении «рак in situ» (D00–D09) независимо от локализации опухоли решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

341. При выявлении доброкачественной опухоли (D10–D36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей, предусмотренных соответствующим свидетельством, с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяются масштабами операции и их исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

342. Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зуб (E05.2, E01.1, E04.9), кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N40), мастопатии (N60) оцениваются по степени нарушения функций органов и болевого синдрома. Доброкачественные опухоли небольших размеров без тенденции к росту, не мешающие ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к Порядку  
(рекомендуемый образец)

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

Фамилия, имя, отчество, год рождения			Категория освидетельствования:		Класс мед. заключения	Рост, см	Вес, кг	ИМТ, кг/м <sup>2</sup> , окружность талии			
			Первичное	<input type="checkbox"/>				Ритм			
Личный (ID) номер:			Очередное	<input type="checkbox"/>	АД, мм. рт. ст	t° тела	Пульс				
			Внеочередное	<input type="checkbox"/>							
			Дата	<input type="checkbox"/>							
<b>Антропометрические данные и общие сведения</b>											
Окружность грудной клетки, см			Длина ног, см		Динамометрия		Спирометрия (ЖЕЛ, л)	Телосложение/объем талии, см		Дефекты развития	
в покое	при вдохе	при выдохе	правой	левой	правой кисти	левой кисти					
<b>Данные обследования и функциональной оценки органа зрения</b>									Дата осмотра		
Жалобы, анамнез:											
Цветовое зрение (полихроматические таблицы)		описание		С	Н/С	Подвижность глазного яблока		описание		С	Н/С
Острота зрения без коррекции		OD	OS	С	Н/С	Главоизмерительный	Глубинное зрение			С	Н/С
Рефракция		OD		С	Н/С		Явное косоглазие			С	Н/С
Коррекция		OS		С	Н/С		Измерение фории по Медоксу или синоптофору			С	Н/С
Острота зрения с коррекцией		OD	OS	С	Н/С	Оптические среды		OD	OS	С	Н/С
Ближайшая точка ясного зрения		OD	OS	С	Н/С	Глазное дно		OD	OS	С	Н/С
Бинокулярное зрение		описание		С	Н/С	Зрачки		OD	OS	С	Н/С
Темновая адаптация/чувствительность к ослеплению		описание		С	Н/С	Рефлекторная реакция зрачков		OD	OS	С	Н/С
Ближайшая точка конвергенции		описание		С	Н/С	Веки		OD	OS	С	Н/С
Конъюнктивит		OD	OS	С	Н/С	Внутриглазное давление		OD	OS	С	Н/С
Слезопродукция		OD	OS	С	Н/С	Периметрия		описание		С	Н/С
дополнительно:		описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия /несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья						С		Н/С	
Диагноз:		указывается полный клинический диагноз									
Код (МКБ):		указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний						Фамилия, инициалы, подпись, печать врача			
<b>Данные обследования и функциональной оценки ЛОР-органов</b>									Дата осмотра		
Жалобы, анамнез:											
Нос	Носовая перегородка	описание			Носовое дыхание	С	Н/С	Характер голоса, функция речи		С	Н/С

	Слизистая носа	описание	Острота слуха	Шепотная речь	AD/AS	Восприятие шепотной речи спиной к проверяющему, м				C	H/C		
	Обоняние	описание		Разговорная речь	AD/AS	Восприятие разговора с нормальной громкостью голоса спиной к проверяющему, м				C	H/C		
	Носоглотка	описание	Тональная аудиометрия	Гц	500	1000	2000	3000					
	Слизистые	описание		AD						C	H/C		
	Миндалины	описание		AS						C	H/C		
	Голосовые складки	описание	Барофункция (AD/AS, степень 1-4)				AD	AS		C	H/C		
	Слизистые	описание	Вестибулярный аппарат	Метод (НКУК)	После вращения вправо	Отолитовая реакция (0,1,2,3)	Нистагм, потливость, головокружение, сердцебиение, тошнота, побледнение, рвота			C	H/C		
	Наружное	описание			После вращения влево	Отолитовая реакция (0,1,2,3)	Нистагм, потливость, головокружение, сердцебиение, тошнота, побледнение, рвота			C	H/C		
	Барабанные перепонки	описание	Регионарные лимфоузлы				описание						
дополнительно:										описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (H/C) требованиям по состоянию здоровья		C	H/C
Диагноз:										указывается полный клинический диагноз			
Код (МКБ):										указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний		Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
<b>Данные неврологического обследования</b>											Дата осмотра		
Жалобы, анамнез:													
Черепные нервы	описание	C	H/C	Рефлексы (сухожильные, кожные, со слизистых)	Двухглавой мышцы		D	S	C	H/C			
		C	H/C		Трехглавой мышцы		D	S	C	H/C			
Двигательная сфера	описание	C	H/C		Коленные		D	S	C	H/C			
Мышечный тонус	описание	C	H/C		Ахилловы		D	S	C	H/C			
Мышечная возбудимость	описание	C	H/C		Кожные		D	S	C	H/C			
Трофические расстройства мышц	описание	C	H/C		Глоточный		D	S	C	H/C			
Поверхностная чувствительность	описание	C	H/C		Корнеальный		D	S	C	H/C			
Глубокая чувствительность	описание	C	H/C		Патологические		D	S	C	H/C			
Нервные стволы	описание	C	H/C		Вегетативная нервная система	Дермографизм	описание				C	H/C	
Координация	Пальце-носовая проба	D	S	C		H/C	Пиломоторы	описание				C	H/C
	Коленно-пяточная проба	D	S	C		H/C	Сухость ладоней	описание				C	H/C
Устойчивость в позе Ромберга		C	H/C	Артериальное давление		описание				C	H/C		
Оценка приема психоактивных веществ:										C	H/C		
дополнительно:										описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (H/C) требованиям по состоянию здоровья		C	H/C
Диагноз:										указывается полный клинический диагноз			
Код (МКБ):										указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний		Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	



Данные психологического и психофизиологического обследования							Дата осмотра	
Жалобы, анамнез:								
Заключение:							Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Рекомендации:				С	Н/С			
Данные гинекологического обследования							Дата осмотра	
Жалобы, анамнез:								
Описание:				описывается локальный статус, объективные данные, а также прочие сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья. В случае необходимости консультативное заключение подшивается в личное медицинское дело.			С	Н/С
Диагноз:				Указывается полный клинический диагноз				
Код (МКБ):				Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний			Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Данные стоматологического обследования							Дата осмотра	
Жалобы, анамнез:								
Описание:				описывается локальный статус, объективные данные, а также прочие сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья. В случае необходимости консультативное заключение подшивается в личное медицинское дело.			С	Н/С
Диагноз:				Указывается полный клинический диагноз				
Код (МКБ):				Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний			Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Данные профпатологического обследования							Дата осмотра	
Профессия								
Перечень вредных факторов и видов работ							Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Заключение: Рекомендации				С	Н/С			
Данные хирургического обследования							Дата осмотра	
Жалобы, анамнез:								
Кожа и п/к клетчатка	описание	С	Н/С	Мочеполовые органы	описание	С	Н/С	
Костно-суставной аппарат, череп	описание	С	Н/С	Промежность, прямая кишка	описание	С	Н/С	
Брюшной пресс, симптомы грыж	описание	С	Н/С	Периферические сосуды	описание	С	Н/С	
Органы брюшной полости	описание	С	Н/С	Оценка физического развития	описание	С	Н/С	
дополнительно:				описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья			С	Н/С
Диагноз:				указывается полный клинический диагноз				
Код (МКБ):				указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний			Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Данные терапевтического обследования							Дата осмотра	
Жалобы, анамнез:								
Кожные покровы	описание	С	Н / С	Оценка общеклинических анализов крови, мочи		С	Н/С	
Лимфатические узлы	описание	С	Н / С	Оценка ЭКГ		С	Н/С	

Щитовидная железа	описание	С	Н / С	Оценка прочих методов исследования	С	Н/С
Пищеварительная система	описание	С	Н / С	Обсуждение принципов здорового образа жизни	Да	Нет
Печень, селезенка	описание	С	Н / С	Обсуждение вопросов психического здоровья	Да	Нет
Почки, мочеиспускание	описание	С	Н / С	Обсуждение вопросов здоровья, приема медикаментов, профессиональных обязанностей и безопасности полетов	Да	
Сердечно-сосудистая система	артериальное давление, частота пульса и сердечный ритм	С	Н / С		Нет	
	Функциональное описание	С	Н / С	Оценка эффективности профилактических мероприятий	Да	
Органы дыхания	описание	С	Н / С		Нет	
дополнительно:	описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья				С	Н/С
Диагноз:	указывается полный клинический диагноз					
Код (МКБ):	указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний				Фамилия, инициалы, подпись, печать врача	
Назначение дополнительных обследований и их обоснование (для всех врачей-специалистов ВЛЭК/ЦВЛЭК)						
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>						
<b>Диагноз:</b> Указывается полный клинический диагноз.						
<b>Заключение:</b> Выносится заключение о годности/негодности к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельством и квалификационными отметками с указанием основания (документ, графа, статья)						
<b>Ограничения и особые отметки:</b> Ограниченная годность при исполнении обязанностей и осуществлении прав, предоставляемых свидетельством и квалификационными отметками, в том числе и полеты в очках. Сведения из раздела переносятся в медицинское заключение.						
<b>Рекомендации:</b> Рекомендации, необходимые для исполнения к очередному медицинскому освидетельствованию и в межкомиссионный период. Группа Д-наблюдения						
<b>Председатель (медицинский эксперт):</b>					Подпись, Фамилия, Инициалы	
М.П. Печать ВЛЭК/ЦВЛЭК						
<b>Секретарь врачебно-лётной экспертной комиссии:</b>					Подпись, Фамилия, Инициалы	
<b>КОНТРОЛЬ СООТВЕТСТВИЯ. ОФИЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.</b>						
Ставится отметка о проведении контроля соответствия состояния здоровья обладателя свидетельства установленным требованиям. В случае вынесения официального медицинского заключения описывается обоснование и решение.						
<b>Председатель ЦВЛЭК (медицинский эксперт):</b>					Должность, подпись, фамилия, инициалы	
М.П. Печать ВЛЭК/ЦВЛЭК						
<b>Члены комиссии:</b>					Должности, подписи, фамилии, инициалы	
<b>Привлеченные эксперты:</b>					Должность, подпись, фамилия, инициалы	

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к Порядку  
(рекомендуемый образец)

**ЖУРНАЛ ПРОТОКОЛОВ ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)**

Протокол заседания ВЛЭК ГА № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Медицинский эксперт-председатель \_\_\_\_\_ Члены \_\_\_\_\_

<b>№ п/п</b>	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Год рожд.</b>	<b>Должность, место работы, общее летное время (час.)</b>	<b>Повод для освидетельствования</b>	<b>Жалобы, клинический диагноз</b>	<b>Медицинское заключение, рекомендации</b>
1	2	3	4	5	6	7

Медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Секретарь ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 9**  
**к Порядку**  
**(рекомендуемый образец)**

Штамп ВЛЭК ГА

**Справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)**  
**о медицинском освидетельствовании**  
**№**

Выдана \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), год рождения)  
в том, что ему (ей) отказано в выдаче медицинского заключения из-за несоответствия  
требованиям Порядка: пункт \_\_\_\_\_, приложение № \_\_\_\_\_.  
Рекомендации:  
повторное освидетельствование не рекомендовано, рекомендовано через \_\_\_\_\_ месяцев.  
(ненужное вычеркнуть)  
Отказ в выдаче медицинского заключения может быть опротестован в порядке установленном  
законодательством Российской Федерации.

Дата выдачи справки «      » \_\_\_\_\_ г.

Медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

М.П.

Штамп ВЛЭК ГА

В отдел кадров  
(наименование авиапредприятия)

**Извещение №**  
**об отказе в выдаче медицинского заключения**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), освидетельствуемого)  
отказано в выдаче медицинского заключения о годности к летной работе, диспетчером УВД,  
пилотом АОН из-за несоответствия требованиям Порядка.

число    месяц    год    г.

Медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10  
к Порядку  
(рекомендуемый образец)

Штамп с наименованием  
учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**в ЦКБ ГА, ЦВЛЭК ГА**  
**(на госпитализацию, консультацию, освидетельствование)**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Тип воздушного судна \_\_\_\_\_

Авиапредприятие \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Медицинский эксперт – председатель \_\_\_\_\_

Направляется лично (медицинская документация)

\_\_\_\_\_ (куда)

Цель направления \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Медицинское заключение последнего освидетельствования ВЛЭК ГА от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

- Приложение: 1. Личное дело в \_\_\_\_\_ экз. на \_\_\_\_\_ л.  
2. Медицинские карты, книжки в количестве \_\_\_\_\_.  
3. Выписки, консультативные листы и другая медицинская документация в \_\_\_\_\_ экз. на \_\_\_\_\_ л.  
ЭКГ-пленки \_\_\_\_\_ шт.

Подпись медицинского эксперта – председателя \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Данные консультации (решение о госпитализации)

Подпись \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11  
к Порядку  
(рекомендуемый образец)

Медицинская карта авиационного персонала

Фотография

Печать ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

Наименование авиапредприятия, образовательной организации \_\_\_\_\_

Группа крови, резус-фактор \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата, год рождения \_\_\_\_\_

Национальность \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

(какое учебное заведение, когда окончил)

Летная работа в ГА \_\_\_\_\_

(где, с какого года)

Домашний адрес (телефон) \_\_\_\_\_

Номер и адрес районной поликлиники (телефон) \_\_\_\_\_

Дата заполнения книжки \_\_\_\_\_

Дата окончания книжки \_\_\_\_\_



## Общий анамнез

1. Наследственность	
2. Перенесенные заболевания (какие, в каком возрасте)	
3. Аллергия (нет, есть – указать к каким веществам, как проявляется)	
4. Обмороки, судорожные припадки, потери сознания (не было, были – когда)	
5. Травмы, операции (не было, были – когда, локализация, характер, длительность лечения, последствия)	
6. Психические травмы (какие, когда)	
7. Были ли перерывы в летной (диспетчерской) работе (по какой причине, какой продолжительности)	
8. Были ли на работе контакты с токсическими веществами, вредными производственными факторами (какими, на какой работе, когда)	
9. Вредные привычки	
10. Занятия физкультурой, спортом	
Личная подпись	



**Условия труда, быта и отдыха (заполняется при направлении на медицинское освидетельствование ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА))**

Дата, год					
Летное время за год (в часах)					
Характеристики труда: особенности выполняемых рейсов (местные, внутренние, международные линии) с перечислением часовых поясов или климатических зон, было ли продление нормы летного времени (в какие месяцы), перерывы в летной работе					
Время и место проведения отпуска					
Жилищные условия, состав семьи					
Занятия физкультурой					
Вредные привычки					



**1. Заключение ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА**

<b>Дата</b>	<b>Заключение</b>

**2. Данные психофизиологического обследования**

Дата	Повод, результаты обследования, заключение, рекомендации	Должность и подпись медицинского психолога

**3. Данные функциональных, инструментальных и других обследований****3.1. Аудиометрия (в хронологическом порядке подклеиваются аудиограммы с заключениями)**

<b>Дата</b>	<b>Результаты</b>	<b>Должность и подпись врача</b>
	<b>№ п/п Ф.И.О. Должность Рекомендации ВЛЭК ГА</b>	

**3.2. Рентгенологическое исследование легких, сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов**

Дата	Результаты	Должность и подпись врача

**3.3. Электрокардиографические и другие исследования**

Дата	Результаты	Должность и подпись врача

**3.4. Электроэнцефалография и другие исследования**

<b>Дата</b>	<b>Результаты</b>	<b>Должность и подпись врача</b>

**3.5. Лабораторные исследования**



## 4. Наблюдение у стоматолога

Дата и повод для осмотра																
Кожа лица, лимфатические узлы																
Височно-нижнечелюстной сустав																
Слизистая губ, десен, полости рта																
Слюнные железы, саливация																
Прикус																
Зубные отложения																
Зубная формула: отсут. – О; непрорез. – НП; пломба – ПЛ; кор. метал. – КМ; мост, протез – М; съемный протез – ПР; подл. удал. – Э; гранулема – ГР; корень – КН; кариес – К	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Диагноз и заключение врача																
Проведенное лечение, дата следующей явки																

**5. Диспансерное наблюдение**

<b>Дата</b>	<b>Жалобы, анамнез (постоянно применяемые лекарственные препараты и др.), объективные данные осмотра, диагноз, заключение о допуске к полетам (работе), назначения, номер больничного листка, дата следующей явки и другое.</b>	<b>Должность и подпись врача</b>

СОГЛАСОВАНО  
Руководитель авиапредприятия

УТВЕРЖДАЮ  
Председатель ВЛЭК ГА

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ**  
по результатам медицинского освидетельствования членов летного экипажа,  
диспетчеров УВД

\_\_\_\_\_ авиапредприятия, организации гражданской авиации, проведенного ВЛЭК ГА

\_\_\_\_\_ в период с «\_\_» \_\_\_\_\_ по «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

1. Признаны негодными:			
№ п/п	фамилия, имя, отчество (при наличии)	Обладатель свидетельства	Причины
2. Нуждаются в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием ВЛЭК ГА:			
№ п/п	фамилия, имя, отчество (при наличии)	Обладатель свидетельства	Рекомендации ВЛЭК ГА
3. Подлежат лечению (оздоровлению):			
№ п/п	фамилия, имя, отчество (при наличии)	Обладатель свидетельства	Рекомендации ВЛЭК ГА

Врач

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)

**Порядок создания и работы  
центральной врачебно-летной экспертной комиссии,  
врачебно-летних экспертных комиссий**

1. Центральная врачебно-летняя экспертная комиссия (далее – ЦВЛЭК ГА) и врачебно-летные экспертные комиссии (далее – ВЛЭК ГА) создаются на основании приказа руководителя медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей в том числе выполнение работ (оказание услуг) по врачебно-летней экспертизе.

1.1. ЦВЛЭК ГА создается в медицинской организации, находящейся в ведении федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере воздушного транспорта (гражданской авиации).

1.2. Персональный состав центральной врачебно-летней экспертной комиссии, перечень врачебно-летних экспертных комиссий и их персональный состав утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере воздушного транспорта (гражданской авиации)<sup>1</sup> (далее – уполномоченный орган)<sup>2</sup>.

2. В состав ЦВЛЭК ГА входят: медицинский эксперт – председатель, заместитель председателя, врачи-специалисты (врач-терапевт, врач-невролог, врач-хирург, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-кардиолог, врач-психиатр, врач-психиатр-нарколог, врач-профпатолог), врач-методист, медицинский психолог, секретарь.

2.1. В состав ВЛЭК ГА входят: медицинский эксперт – председатель, заместитель председателя, врачи-специалисты (врач-терапевт, врач-невролог, врач-хирург, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог), врач-профпатолог, медицинский психолог, секретарь.

2.2. Допускается отсутствие в составе ВЛЭК ГА должности врача-профпатолога при наличии сертификата (аккредитации) по специальности «Профпатология» у председателя или одного из членов ВЛЭК ГА.

2.3. Допускается создание выездной врачебно-летней экспертной комиссии в медицинской организации и организациях, в структуре которых созданы ВЛЭК ГА. Члены выездной мобильной медицинской бригады должны соответствовать требованиям, предъявляемым к членам ВЛЭК ГА.

3. Положение о ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), регламентирующее цели, задачи и

---

<sup>1</sup> Пункт 1 Положения о Федеральном агентстве воздушного транспорта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2004 г. № 396 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 32, ст. 3343; 2010, № 6, ст. 652).

<sup>2</sup> Пункт 5 статьи 53.1 Воздушного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; 2021, № 24, ст. 4226).

функции, порядок работы, учета количества проведенных медицинских освидетельствований и представления отчетности по итогам деятельности, утверждаются руководителем медицинской организации, в которой создана ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

4. Внутренний контроль качества медицинского освидетельствования ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) осуществляется в соответствии требованиями нормативных правовых актов в сфере здравоохранения, для чего медицинской организацией разрабатывается положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе медицинского освидетельствования.

5. Информация об адресах и телефонах центральной врачебно-летной экспертной комиссии, врачебно-летних экспертных комиссий, медицинских экспертов, графике работы и области их полномочий публикуется на официальном сайте органа по выдаче свидетельств в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

6. ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) возглавляет медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), который по результатам медицинского освидетельствования выносит медицинское заключение о годности/негодности кандидатов на получение медицинских заключений к осуществлению функций, предусмотренных соответствующими свидетельствами, квалификационными отметками.

Медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) является ответственным за координацию работы врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), обоснованность выносимого медицинского заключения, соблюдение сроков и внутренний контроль качества медицинского освидетельствования.

#### 7. ЦВЛЭК ГА:

проводит обязательное медицинское освидетельствование с выдачей медицинских заключений 1, 2, 3 классов, в том числе после медицинского обследования и лечения в условиях стационара в медицинской организации, находящейся в ведении уполномоченного органа (далее – ЦКБ ГА), при вынесении (снятии) официального медицинского заключения, в случаях обжалования и (или) аннулирования результатов обязательного медицинского освидетельствования, проведенного ВЛЭК ГА;

осуществляет:

методическое руководство ВЛЭК ГА;

утверждение заключения ВЛЭК ГА в случаях, установленных настоящим

Порядком;

консультирование медицинских экспертов-председателей, врачей-специалистов ВЛЭК ГА в том числе с использованием телемедицинских технологий;

внесение в медицинское заключение ограничений, установленных ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) по результатам медицинского освидетельствования, и их снятие;

информирование полномочного органа по выдаче свидетельств о случаях представления недостоверной информации или фальсифицированной документации освидетельствуемыми лицами;

формирование ежегодного отчета о результатах проведения ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА проверки соответствия состояния здоровья освидетельствуемых лиц и его представление в полномочный орган в области гражданской авиации не позднее 31 марта года, следующего за отчетным.

## 8. ВЛЭК ГА:

проводит обязательное медицинское освидетельствование с выдачей медицинских заключений 1, 2, 3 классов;

осуществляет:

составление рекомендаций по проведению лечебно-оздоровительных мероприятий, реабилитационному и санаторно-курортному лечению освидетельствуемых лиц;

медицинское наблюдение за состоянием здоровья освидетельствованных лиц в период между обязательными медицинскими освидетельствованиями;

направление в случаях, установленных настоящим Порядком, медицинской документации и специалистов авиационного персонала гражданской авиации в ЦВЛЭК ГА и ЦКБ ГА,

внесение в медицинское заключение ограничений, установленных по результатам медицинского освидетельствования, и их снятие;

информирование ЦВЛЭК ГА о случаях представления недостоверной информации или фальсифицированной документации освидетельствуемыми лицами;

подготовку ежегодного отчета о результатах проведения проверки соответствия специалистов авиационного персонала гражданской авиации требованиям настоящего Порядка и его направление в ЦВЛЭК ГА не позднее 10 февраля года, следующего за отчетным.

9. Для утверждения состава ВЛЭК ГА руководитель организации, в структуре которой создается ВЛЭК ГА, направляет в уполномоченный орган, следующие документы:

заявление об утверждении состава ВЛЭК ГА, подписанное руководителем организации;

копии учредительных документов;

копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летней экспертизе;

приказ (распоряжение) о создании ВЛЭК ГА, подписанный руководителем организации, на базе которой сформирована ВЛЭК ГА;

положение о ВЛЭК ГА;

предлагаемый для утверждения состав ВЛЭК ГА (фамилия, имя, отчество (при наличии));

должностные инструкции членов ВЛЭК ГА;

сведения о профессиональной подготовке медицинского эксперта – председателя ВЛЭК ГА, заместителя медицинского эксперта – председателя ВЛЭК ГА (при необходимости), членов ВЛЭК ГА (копия диплома, документы о дополнительной профессиональной подготовке, повышении квалификации, сертификаты специалиста).

9.1. Для внесения изменения в утвержденный состав ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) руководитель медицинской организации, на базе которой создана ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), не позднее чем за 3 рабочих дня до начала исполнения должностных обязанностей новым членом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляет в уполномоченный орган заверенные копии документов о профессиональной подготовке нового члена ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

9.2. На период временного отсутствия медицинского эксперта – председателя ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) его обязанности исполняет медицинский эксперт –

заместитель председателя ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) либо лицо, его замещающее в соответствии с приказом руководителя медицинской организации. Информация о временном замещении председателя ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) направляется в уполномоченный орган не позднее чем за 3 рабочих дня до начала исполнения им должностных обязанностей.

9.3. На период временного отсутствия врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) для работы в составе комиссии допускается привлечение назначенных приказом руководителя медицинской организации врачей-специалистов, соответствующих требованиям, предъявляемым к членам ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

9.4. Уполномоченным органом в течение 30 календарных дней с даты поступления документов проводится их оценка и осуществляется выездная проверка организации, в структуре которой создается ВЛЭК ГА, на соответствие требованиям настоящего Порядка (в том числе приложению № 15 к настоящему Порядку).

При несоответствии указанным требованиям организация в течение 10 дней после окончания проверки уведомляется уполномоченным органом об отказе в утверждении состава ВЛЭК ГА с указанием причин отказа.

Полномочия ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) прекращаются или ограничиваются приказом уполномоченного органа по результатам проверок уполномоченным органом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

10. Лабораторные и диагностические исследования проводятся не ранее, чем за один месяц до начала медицинского освидетельствования, в медицинских организациях с функциями ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) либо в организациях, имеющих лицензию на осуществление соответствующего вида работ (услуг), при наличии договора с медицинской организацией либо договора с работодателем.

11. При проведении обязательного медицинского освидетельствования учитываются результаты обязательных предварительного (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, проводимых в медицинских организациях с функциями ВЛЭК ГА, результаты предполетных и послеполетных медицинских осмотров членов летного экипажа гражданского воздушного судна, а также результаты предсменных и послесменных медицинских осмотров диспетчеров управления воздушным движением.

12. Дополнительные обследования лиц с заболеваниями (подозрением на заболевание) проводятся при назначении врачом-специалистом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в соответствии с протоколами обследования в целях врачебно-летней экспертизы.

13. Медицинская организация, на базе которой действует ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), вправе получать необходимую информацию о состоянии здоровья освидетельствуемого лица с использованием медицинской информационной системы из медицинской организации, к которой работник прикреплен для медицинского обслуживания.

14. Максимальное число освидетельствуемых ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) лиц – не более 25 человек в день.

**Требования к медицинским экспертам-председателям, членам врачебно-летной экспертной комиссии (центральной врачебно-летной экспертной комиссии)**

1. Медицинский эксперт – председатель центральная врачебно-летняя экспертная комиссия, врачебно-летней экспертной комиссии (далее – ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА) должен иметь высшее медицинское образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации<sup>1</sup>, высшую квалификационную категорию по основной медицинской специальности, опыт работы в области авиационной медицины: для медицинского эксперта – председателя ЦВЛЭК ГА – не менее 7 лет, для медицинского эксперта – председателя ВЛЭК ГА – не менее 5 лет.

2. Члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА должны иметь высшее медицинское образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по основной медицинской специальности.

3. Медицинский эксперт – председатель, члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА должны иметь документ о повышении квалификации по авиационной медицине (врачебно-летней экспертизе), а также не реже одного раза в 5 лет повышать квалификацию<sup>2</sup> по основной специальности и авиационной медицине.

4. Медицинский эксперт-председатель и члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА должны:

а) знать и соблюдать порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования и требования к состоянию здоровья специалистов авиационного персонала гражданской авиации;

б) учитывать риски изменения (ухудшения) состояния здоровья для обеспечения безопасности полетов при вынесении экспертного решения о годности кандидатов на получение медицинского заключения;

в) давать рекомендации по наблюдению за состоянием здоровья авиационного персонала гражданской авиации;

г) владеть современными технологиями для работы с автоматизированными программами, базами данных и информационными системами;

д) неуклонно соблюдать принцип конфиденциальности медицинской информации и персональных данных, медицинскую этику, деонтологию, врачебную тайну.

---

<sup>1</sup> Статья 69, 100 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

<sup>2</sup> Статья 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2018, № 11, ст. 1591).