

Додаток 5
до Положення про проходження
медичного огляду в Державній
прикордонній службі України
(пункт 4 глави 1 розділу III)

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

- Графа I – кандидати на військову службу (навчання) курсантів у вищому військовому навчальному закладі Держприкордонслужби, військовослужбовці строкової служби.
- Графа II – громадяни призовного віку, військовозобов'язані та жінки, військовослужбовці, яких відбирають на військову службу за контрактом, та військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом осіб рядового, сержантського та старшинського складу, курсанти 1 – 3 курсів вищого військового навчального закладу Держприкордонслужби; військовослужбовці рядового, сержантського та старшинського складу, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період.
- Графа III – громадяни призовного віку, військовозобов'язані та жінки, військовослужбовці, яких відбирають на військову службу за контрактом осіб офіцерського складу, та особи офіцерського складу Держприкордонслужби; військовослужбовці офіцерського складу, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, курсанти випускного курсу.
- Графа IV – громадяни призовного віку, військовозобов'язані та жінки, військовослужбовці, яких відбирають на військову службу за контрактом у плавскладі, та військовослужбовці, які відбираються та проходять службу у плавскладі Держприкордонслужби, в тому числі які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період.

У Розкладі хвороб використовуються такі скорочення категорій придатності до військової служби:

НВВО – непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку;

НМОВ – непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час;

НОВІ – непридатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально;

ПОВІ – придатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально;

П – придатні;

Н – непридатні;

Ю – індивідуальна оцінка;

ТН – тимчасово непридатні;

ПВЗ – потребують відпустки або звільнення;

КН – кандидати на військову службу за контрактом, на навчання непридатні;

КПВІ – кандидати на військову службу за контрактом, на навчання, придатність яких визначається індивідуально;

ПЛ – потребують лікування.

Стаття Розкладу хвороб	Назва хвороби, ступінь порушення функції	Контингенти, що проходять медичний огляд згідно з графами Розкладу хвороб			
		граф I	граф II	граф III	граф IV
1	2	3	4	5	6
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99), їх наслідки					
Стаття 1	Включено: кишкові інфекційні хвороби A00-A09; бактеріальні зоонози A20-A28; інші бактеріальні хвороби A30-A49; вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи A80-A89; вірусні геморагічні гарячки, вірусні інфекційні хвороби з ушкодженням шкіри та слизових оболонок, інші вірусні хвороби A90-B09; B25-B34; протозойні хвороби, гельмінтози, педикульоз та інфестації B50-B89; наслідки інфекційних та паразитарних хвороб B90-B94				
	а) вказані хвороби та їх наслідки, які не піддаються або важко піддаються лікуванню	НМОВ	НОВІ		Н
	б) наслідки перенесених гострих та хронічних інфекційних і паразитарних захворювань без порушень функцій	НМОВ	КН П	КПВІ П	КН П
<p>До пункту “а” належать: тяжкий перебіг та ускладнення гострих форм інфекційних і паразитарних захворювань (поліомієліт, енцефаліт комариний, кліщовий, вірусний; герпетична інфекція, менінгококовий та вірусний менінгіт, септицемія, лепра, дифтерія, бактеріальні зоонози, тифо-паратифозні та сальмонельозні інфекції; вірусні геморагічні гарячки, що передаються членистоногими, комарами, усі види малярії тощо) або їх хронічний, рецидивний (щорічні загострення) перебіг, які не піддаються або важко піддаються лікуванню.</p> <p>За наслідками цих захворювань (протягом одного року після завершення курсу лікування) у разі збереження стійких порушень функцій органів та систем експертне рішення щодо ступеня придатності до військової служби слід розглядати разом з відповідними статтями Розкладу хвороб.</p> <p>Потрібно розрізняти інфекційний початок та наслідки токсичної дії укусів тварин, плазунів, комах (особливо кліщовий енцефаліт), що належать до класу травм та отруєнь. Під час встановлення наслідків токсичної дії укусу, що підтверджено документально, причинний зв'язок виноситься як при травмі.</p> <p>Не в усіх випадках важкого перебігу гострого інфекційного та паразитарного захворювання спостерігаються ускладнення, тому доцільно після проведення повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування виносити постанову ВЛК про потребу у відпустці за станом здоров'я. У разі ускладнень та стійких змін в органах та системах огляд проводиться залежно від ступеня функціональних порушень за відповідними статтями Розкладу хвороб.</p> <p>У разі зтяжненого, рецидивного (2 – 3 рази на рік) перебігу гострого інфекційного або паразитарного захворювання, паразитозів, коли протягом 2 місяців зберігаються стійкі зміни у функціональному стані органа або системи, формуються різноманітні ускладнення, особам зі стійким виділенням збудників кишкових захворювань, що не піддаються лікуванню, після завершення курсу лікування огляд проводиться згідно з пунктом “а”.</p> <p>За цим самим пунктом оглядаються особи, у яких за даними стаціонарного обстеження виявлено хронічний перебіг інфекційного та паразитарного захворювання, та особи зі стійким виділенням збудників кишкових захворювань.</p> <p>До пункту “б” належать наслідки перенесених гострих або загострення хронічних інфекційних та паразитарних захворювань протягом року</p>					

після захворювання.

Потрібно звернути увагу на перенесені захворювання, для яких характерні ранні ускладнення з боку ЦНС та системи кровообігу. У разі виявлення в умовах стаціонару стійких функціональних порушень органів і систем медичний огляд проводиться згідно з пунктом “а” цієї статті та відповідними пунктами інших статей Розкладу хвороб.

Якщо під час стаціонарного обстеження контингентів, які перенесли інфекційні та паразитарні хвороби, функціональних порушень з боку органів та систем не виявлено, то медичний огляд проводиться згідно з пунктом “б”.

Особам, які перенесли малярію без ускладнень (крім важкого перебігу), ступінь придатності визначається за наслідками хвороби через два місяці після завершення курсу лікування

Стаття 2	Включено: туберкульоз органів дихання, підтверджений або не підтверджений бактеріологічно та гістологічно, A15-A16; туберкульоз нервової системи A17; туберкульоз інших органів A18; міліарний туберкульоз A19				
	а) активний туберкульоз легень з виділенням мікобактерій та (або) за наявності розпаду легеневої тканини; активний, прогресуючий туберкульоз інших органів позалегеневої локалізації	НВВО	НВВО		
	б) активний туберкульоз легень без виділення мікобактерій та розпаду легеневої тканини; позалегеновий туберкульоз у період основного курсу лікування	НМОВ	НМОВ		
	в) клінічно вилікуваний	НМОВ	НОВІ		Н
	г) залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу різних локалізацій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	ІО

До пункту “а” належать:

усі форми туберкульозу легень, респіраторної системи з бактеріовиділенням і (або) розпадом легеневої тканини та (або) з вираженими симптомами інтоксикації; генералізований туберкульоз (міліарний) з ураженням органів та систем незалежно від характеру перебігу, давності захворювання та його наслідків; фістульозна (норицева) форма туберкульозного бронхоаденіту, фістульозні ураження бронхів; великі залишкові зміни в легенях, плеврі із зміщенням межистіння або без нього, що супроводжуються значними порушеннями ФЗД; наслідки хірургічного лікування туберкульозу легень, які супроводжуються значними порушеннями ФЗД; туберкульоз мозкових оболонки, головного та спинного мозку; прогресуючий туберкульоз хребта, кісток та суглобів, що супроводжується розладом функцій, наявністю парезів, паралічів, а також напливних абсцесів та нориць; туберкульоз очей з прогресуючим зниженням зорових функцій; поширені та спотворювальні форми туберкульозу шкіри; прогресуючий туберкульоз перикарда, очеревини, брижових лімфатичних вузлів, шлунка, кишечника, печінки, селезінки, ЛОР-органів; туберкульоз сечостатевої системи з розпадом та (або) бактеріовиділенням; метатуберкульозний нефросклероз, залишкові зміни та наслідки перенесеного туберкульозу органів сечостатевої системи, стан після видалення нирки та іншого хірургічного лікування нирок і сечовивідних шляхів із значними порушеннями функцій та наявності ХНН; рубцеві зміни сечового міхура із значними порушеннями сечовипускання; відсутність обох яєчок внаслідок їх видалення через туберкульоз.

До пункту “б” належать:

усі форми активного туберкульозу легень, респіраторної системи без бактеріовиділення та розпаду легеневої тканини; порожнини розпаду, трансформовані внаслідок лікування в тонкостінні кістоподібні порожнини (загоєння каверн за відкритим типом); великі залишкові зміни в легенях, плеврі, які супроводжуються помірними порушеннями ФЗД; стани та наслідки хірургічного лікування органів дихання, які супроводжуються помірними порушеннями ФЗД; активний обмежений туберкульоз хребта, кісток та суглобів, сечостатевих органів, іншої позалегеневої локалізації в

стадії згасання без напливних абсцесів та нориць; залишкові зміни або наслідки перенесеного туберкульозу органів статеві системи; стани та наслідки після хірургічного лікування туберкульозу нирок та сечовивідних шляхів з помірними порушеннями функцій нирок та сечовипускання; стани та наслідки після хірургічного лікування туберкульозу інших органів з помірними порушеннями функцій.

До пункту “в” належать:

усі форми туберкульозу легень, респіраторної системи після успішного тривалого (не менше 2 – 3 місяців) стаціонарного та санаторно-курортного лікування, унаслідок чого досягнуто клініко-рентгенологічне визначення хвороби (зникнення симптомів інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду, розсмоктування інфільтрації в легенях та резорбція рідини в плевральних порожнинах); великі залишкові зміни в легенях, плеврі, які супроводжуються незначними порушеннями функції зовнішнього дихання або без них; наслідки хірургічного лікування, які супроводжуються незначними порушеннями функції зовнішнього дихання або без них; туберкульоз позалегеневої локалізації після успішно завершеного стаціонарного та санаторно-курортного лікування.

Наявність ексудативного плевриту, інших серозитів туберкульозної етіології, крім клінічних, обов’язково повинна бути підтверджена одним із перерахованих методів: цитологічним, мікробіологічним, імунологічним, а в окремих випадках за можливості та наявності показань – гістологічним (за допомогою пункційної біопсії).

Етіологія сухих плевритів повинна бути підтверджена туберкулінодіagnostикою, імунодіagnostикою, пробним протитуберкульозним лікуванням та динамікою лабораторних досліджень. Діагноз туберкульозу позалегеневої локалізації повинен бути також підтверджений одним з методів: цитологічним, гістологічним, мікробіологічним та іншими клініко-інструментальними методами.

Після завершення курсу стаціонарного лікування або в разі відмови військовослужбовця від лікування за направленням начальника органу Держприкордонслужби проводиться медичний огляд ВЛК з метою визначення ступеня придатності до військової служби.

До великих залишкових змін належать множинні (більше 5) компоненти первинного комплексу (вогнище Гона) і кальциновані лімфовузли розміром менше 1 см;

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

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

одиначні та множинні інтенсивні, чітко окреслені вогнища розміром 1 см і більше (туберкуломи, у тому числі з розпадом) та фокуси розміром 1 см і більше;

поширений фіброз (більше 1 сегмента);

циротичні зміни будь-якої протяжності;

масивні плевральні нашарування завширшки більше 1 см (з кальцинацією плеври і без неї);

зміни після резекції сегмента чи частки легені за наявності післяопераційних змін у легеневій тканині та плеврі;

зміни після пульмонектомії, торакопластики, плевроектомії, каверноектомії, екстраплеврального пневмолізу.

До пункту “г” належать малі залишкові зміни після вилікуваного (у тому числі спонтанно) туберкульозу легень та позалегеневої локалізації після завершення повного курсу лікування без порушень функцій.

До малих залишкових змін належать:

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

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

обмежений фіброз у межах 1 сегмента;

запаяні синуси, міжчасткові шварти, плевродіафрагмальні і плевромедіастенальні зростання, плевроапикальні і плеврокостальні нашарування завширшки до 1 см (з кальцинацією плеври чи без неї), одно- або двосторонні;

зміни після резекції сегмента чи частки легені за відсутності великих післяопераційних змін у легеневій тканині та плеврі.
 Поєднання двох і більше ознак, характерних для малих залишкових змін, слід розцінювати як великі залишкові зміни.
 Основний курс лікування (стаціонарне, санаторно-курортне, амбулаторне) залежно від форми, тяжкості перебігу туберкульозу повинен складати не більше 12 місяців. У разі потреби строк лікування може бути продовжений.
 Переогляд з метою медичної та професійної реабілітації офіцерів, вилікуваних від туберкульозу легень, проводиться після обстеження у стаціонарах для хворих на туберкульоз, але не раніше ніж через 3 роки після клінічного вилікування.
 Особи, контактні по туберкульозу та яким проводиться специфічна профілактика, є тимчасово непридатними до вступу до ВВНЗ, військової служби до завершення курсу специфічної профілактики

Стаття 3	Включено: інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, А50-А79 (сифіліс, гонококова інфекція, хвороби, спричинені хламідіями, трихомонадами та спірохетами, рикетсіози, трахома та інші інфекції)			
	а) пізній, вроджений сифіліс	НМОВ		
	б) первинний, вторинний і прихований сифіліс за сповільненої негати́вації класичних серологічних реакцій	НМОВ	ПОВІ	ІО
	в) гонококова, трихомонадна та інші інфекції, що передаються статевим шляхом (м'який шанкр, пахова лімфогранульома, пахвинна гранульома, негонококові уретрити)	ТН, ПЛ	КН	
			ПЛ	

Громадянам та військовослужбовцям у разі виявлення інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом, проводиться обов'язкове стаціонарне лікування.

Після проведення хворим повного курсу лікування у разі зникнення клінічних ознак венеричного захворювання, указаних у пункті "в" статті 3 Розкладу хвороб, та наявності трикратного негативного результату під час лабораторного контролю вони визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ.

Якщо через рік після повторного лікування сифілісу негати́вація класичних серологічних реакцій не настала, то медичний огляд проводиться згідно з пунктом "б".

У разі враження сифілісом внутрішніх органів, кісток, нервової системи залежно від ступеня порушення їх функцій медичний огляд проводиться також за відповідними статтями Розкладу хвороб

Стаття 4	Включено: усі форми гострих та хронічних вірусних гепатитів В15-В19				
	а) тяжкі форми вірусних гепатитів, які важко піддаються лікуванню та значно порушують функції органів і систем	НВВО	НВВО		
	б) вірусні гепатити зі стійкими помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
	в) вірусні гепатити з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	ІО
	г) вірусні гепатити без порушення функції	НМОВ	ПОВІ	П, КН	ІО

Передбачає стан після перенесених гострих вірусних гепатитів та хронічні вірусні гепатити, диференційовані за маркерами, діагностовані стаціонарно. Ступінь придатності до військової служби військовослужбовців визначається після проведення симптоматичного лікування і визначення стійкості ступеня порушення функцій печінки. Кандидати на військову службу, які перенесли гострий вірусний гепатит, медичний огляд

проходять через 1 рік після проведеного лікування.

До пункту "а" належать гострі та хронічні вірусні гепатити, що мають тяжкий перебіг, після закінчення лікування яких зберігаються значно виражені порушення функцій печінки.

Тяжкий перебіг характеризується різко вираженими симптомами інтоксикації, наявністю геморагічного, набряково-асцитичного синдрому; білірубін крові – 170 і більше мкмоль/л, або протромбіновий індекс менше 60, або холестерин крові – 2,6 ммоль/л та менше, або рівень сечовини крові менше 2 ммоль/л, або тривале (більше 1,5 міс.) збільшення трансаміназ, у розпалі хвороби їх рівень – 2000 Од/л і більше (або 5,0 ммоль/л і більше), або тривалість жовтяничного періоду більше 4 тижнів. Ступінь тяжкості оцінюється після врахування всіх клініко-лабораторних даних.

Після перенесених гострих вірусних гепатитів середнього ступеня тяжкості, коли нормалізація активності АЛТ настає більш як через 1,5 місяця, військовослужбовцям доцільно виносити постанову про потребу у відпустці за станом здоров'я з подальшим всебічним стаціонарним обстеженням та визначенням ступеня придатності до військової служби (громадяни визнаються тимчасово непридатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ).

Після перенесених гострих вірусних гепатитів легкого та середнього ступенів тяжкості медичний огляд проводиться на підставі статті 7 Розкладу хвороб. Військовослужбовцям за контрактом надається звільнення від виконання службових обов'язків на 15 діб. Військовослужбовці та громадяни, які перенесли гострий вірусний гепатит легкої форми та середньої тяжкості, визнаються непридатними до роботи зі шкідливими факторами військової праці.

Пункт "б" передбачає хронічний та рецидивний перебіг вірусних гепатитів після проведення лікування зі стійкими помірними порушеннями функції печінки або помірною активністю (збільшення трансаміназ у 5 – 10 разів понад норму).

До пункту "в" належить хронічний перебіг вірусних гепатитів з проведенням лікування або без нього з незначними порушеннями функції печінки або мінімальною активністю (збільшення трансаміназ до 5 разів).

До пункту "г" належить хронічний перебіг вірусних гепатитів з проведенням лікування або без нього без порушення функції печінки.

У разі позитивного скринінгового аналізу крові на вірусний гепатит В (HBsAg) повторно визначаються у крові HBsAg, АЛТ, АСТ, тимолова проба. При позитивних результатах та за відсутності клінічних ознак активності кандидати на військову службу, навчання визнаються непридатними, військовослужбовці підлягають диспансерному нагляду протягом 6 місяців із повторним проведенням аналізів крові кожні 3 місяці на HBsAg та виконанням полімеразноланцюгової реакції (ПЛР) через 6 місяців з початку диспансерного нагляду.

Військовослужбовцям (графи II – IV), яким проведено курс специфічного лікування з позитивним ефектом, медичний огляд проводиться після завершення лікування та ступінь придатності визначається залежно від ступеня порушення функції печінки.

У разі якщо під час обстеження двічі поспіль виявляються слабопозитивні результати на маркери вірусних гепатитів, слід провести ПЛР. При негативному результаті ПЛР військовослужбовці визнаються придатними до військової служби з подальшим обов'язковим стаціонарним обстеженням через 6 місяців, кандидати на військову службу за графами II, IV визнаються непридатними

Усі кандидати на військову службу за контрактом у разі діагностування в них хронічних вірусних гепатитів або вірусоносійства, незалежно від ступеня порушення функції, визнаються непридатними до військової служби за контрактом за відповідними пунктами цієї статті

Стаття 5	Включено: хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), В20-В24, безсимптомне носійство ВІЛ Z21		
	а) хвороба, зумовлена ВІЛ, яка супроводжується інфекційними, паразитарними хворобами, злоякісними пухлинами та іншими уточненими хворобами, В20-В22	НВВО	НВВО
	б) хвороба, зумовлена ВІЛ, яка супроводжується іншим станом, В23,	НМОВ	НОВІ

	B24				
	в) безсимптомне носійство ВІЛ Z21	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Ю
<p>Передбачає різні клінічні стадії хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за рубриками В20–В24, та безсимптомне носійство ВІЛ (Z21).</p> <p>Під час проведення медичного огляду військовослужбовців обов’язковими є огляд інфекціоністом, імунологічне дослідження імуноглобулінів сироватки крові та за потреби визначення рівнів CD4 клітин.</p> <p>Тестування на наявність антитіл до ВІЛ у крові обстежуваного в усіх військових лікувальних закладах має базуватися та проводитись відповідно до принципів ДКТ, регламентованих ВООЗ. Відповідальних за проведення ДКТ призначає начальник військового лікувального закладу з осіб, які пройшли фахову підготовку з ДКТ.</p> <p>Результати лише ІФА (серологічного дослідження) на наявність антитіл до ВІЛ не є підставою для встановлення діагнозу.</p> <p>Позитивний результат ІФА на наявність антитіл до ВІЛ потребує обов’язкового підтвердження методом імунного блоту або ПЛР крові. За неможливості виконання підтверджувального дослідження в умовах військового лікувального закладу досліджувані зразки крові відсилаються до Національної (регіональної) референс-лабораторії.</p> <p>Сумнівний результат ІФА на наявність антитіл до ВІЛ потребує динамічного спостереження лікарем-інфекціоністом протягом 3 місяців з подальшим визначенням антитіл до ВІЛ або у сумнівних випадках – направлення військовослужбовця на стаціонарне поглиблене обстеження до клініки інфекційних хвороб ГВМКЦ або регіональних центрів СНІДу за рішенням лікаря-інфекціоніста.</p> <p>У разі виникнення у військовослужбовців важких СНІД-індикаторних захворювань (В20-В22), що передбачає тривале стаціонарне лікування в умовах військового лікувального закладу або в регіональних центрах СНІДу понад чотири місяці, медичний огляд проводиться за пунктом "а" до закінчення повного курсу лікування. Якщо прогноз подальшого перебігу захворювання є несприятливим, що підтверджується висновком лікарського консилиуму, медичний огляд проводиться в найкоротші терміни. При низькому рівні CD4 клітин (< 200) медичний огляд проводиться за пунктом "а".</p> <p>Якщо термін стаціонарного лікування СНІД-індикаторних захворювань (В20-В22) буде менший ніж чотири місяці, а рівень CD4 клітин >200, медичний огляд проводиться за пунктом "б". Військовослужбовцям, які отримують ВААРТ і мають рівень CD4 клітин >200, медичний огляд проводиться за пунктом "б".</p> <p>З метою забезпечення конфіденційності відомостей про ВІЛ-статус особи в експертному документі дозволяється встановлювати діагноз з таким формулюванням: “Хронічна вірусна інфекція В23” або “Хронічна ретро-вірусна інфекція”.</p> <p>У разі захворювання військовослужбовця протягом перших 3 місяців від початку військової служби захворювання на ВІЛ не пов’язується з проходженням військової служби</p>					
Стаття 6	Включено: мікози та дерматофітії В35-В49				
	а) кандидоз, кокцидіоз, бластомікоз, паракоксиідомікоз, споротрихоз, хромомікоз і феомікотичний абсцес, аспергильоз, криптококоз, зигомікоз, міцетома	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	б) дерматофітія, оніхомікоз	ТН, ПЛ	ТН, ПЛ		

<p>Військовослужбовці підлягають стаціонарному лікуванню.</p> <p>У разі незадовільного повторного стаціонарного лікування громадянам та військовослужбовцям медичний огляд проводиться згідно з пунктом «а»</p>			
Стаття 7	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних хвороб або хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ
<p>Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних захворювань, стани після хірургічних втручань, коли зберігаються тимчасові функціональні розлади органів і систем.</p> <p>Після закінчення стаціонарного лікування, коли для повного відновлення функцій і працездатності та визначення кінцевого результату захворювання потрібно не менше одного місяця, військовослужбовцям може надаватися відпустка за станом здоров'я або звільнення від виконання службових обов'язків. Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом або вступають у ВВНЗ, визнаються непридатними</p>			
<p>Новоутворення (C00-D48), їх наслідки</p>			
Стаття 8	Включено: злоякісні новоутворення всіх локалізацій: губи, ротової порожнини, глотки C00-C14; органів травлення C15-C26; органів дихання та грудної клітки C30-C39; кістково-м'язової та сполучної тканини, меланома C40-C49; сечостатевої системи C50-C68; ока, головного мозку та інших відділів центральної нервової системи C69-C72; щитоподібної залози та інших ендокринних залоз C73-C80, метастази із неуточнених локалізацій		
	а) первинні (вторинні) за наявності віддалених метастазів і неможливості радикального хірургічного лікування	НВВО	НВВО
	б) наслідки (залишкові явища) після радикального хірургічного лікування первинної пухлини; рак нижньої губи, рак шкіри	НМОВ	НОВІ
<p>До пункту “а”, крім указаних у Розкладі хвороб новоутворень, належать: пухлини головного та спинного мозку; злоякісні новоутворення кісток та суглобів незалежно від поширеності та стадії; злоякісні новоутворення інших органів та м'яких тканин з віддаленими метастазами після нерадикального хірургічного лікування або прогресування (рецидив) захворювання після раніше проведеного лікування.</p> <p>У разі відмови хворого від лікування злоякісного новоутворення незалежно від стадії та поширення пухлини медичний огляд проводиться згідно з пунктом “а”.</p> <p>До пункту “б”, крім указаних у Розкладі хвороб новоутворень, належать: рубці після радикального лікування злоякісних пухлин нижньої губи та шкіри; плоскоклітинний рак шкіри після радикального лікування; наслідки протипухлинного лікування (хірургічного, цитостатичного або променевого).</p> <p>Військовослужбовцям, крім курсантів, які не досягли граничного віку перебування на військовій службі, протягом перших п'яти років після успішного радикального лікування пухлини ВЛК може виносити постанову «обмежено придатний до військової служби». Після завершення п'ятирічного строку після успішного радикального лікування первинної пухлини медичний огляд дозволяється проводити за наявними наслідками лікування пухлини за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від ступеня порушення функції.</p> <p>Після завершення курсу протипухлинного лікування (хірургічного, цитостатичного або променевого) військовослужбовці всіх категорій оглядаються ВЛК з установленням ступеня придатності до військової служби</p>			
Стаття 9	Включено: злоякісні пухлини лімфоїдної, кровотворної та споріднених з ними тканин C81-C96 (лімфогранульоматоз, неходжкінська		

лімфома, злоякісні лімфопроліферативні хвороби, множинна міелома, усі види лейкозів); поліцитемія справжня D45; мієлодиспластичні синдроми D46		
а) швидко та повільно прогресуючі, зі значними змінами у складі крові і періодичними загостреннями	НВВО	НВВО
б) повільно прогресуючі і непрогресуючі з помірними та незначними порушеннями функцій кровотворної системи і рідкими загостреннями	НМОВ	НМОВ
в) захворювання у фазі тривалої стійкої ремісії після проведеного специфічного лікування	НМОВ	ПОВІ

До пункту “а” належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин, мієлодиспластичні синдроми з прогресуючим перебігом, відсутністю або недостатнім ефектом лікування, наявністю рецидивів.

Особи, які оглянуті згідно з графою I Розкладу хвороб та страждають на злоякісні або інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин, оглядаються згідно з пунктом “а” незалежно від характеру захворювання, його перебігу та результатів лікування.

До пункту “а” також належать випадки захворювань на хронічні лейкози в стадії виражених клініко-гематологічних проявів та в термінальній стадії. Військовослужбовці, які страждають на лімфогранульоматоз та неходжкінські лімфоми, оглядаються згідно з цим пунктом за наявності IV, V стадій, а також I – III стадій у разі неможливості досягнення стійкої ремісії з використанням препаратів I лінії, рецидиву захворювання. Усі категорії військовослужбовців з гострим лейкозом після проведення курсів індукції та консолідації ремісії незалежно від результату лікування оглядаються згідно з пунктом “а”.

До пункту “б” належать злоякісні та інші новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин без прогресуючого перебігу. За цим пунктом оглядаються військовослужбовці, які мають хронічні мієло- та лімфопроліферативні захворювання в початковій стадії за відсутності показань до специфічного лікування або тривалий (більше 1 року) позитивний ефект від лікування препаратами I лінії при збереженні працездатності. Військовослужбовці, які страждають на лімфогранульоматоз та неходжкінські лімфоми, оглядаються згідно з цим пунктом за наявності I – III стадій захворювання, за відсутності ранніх (до завершення стандартного курсу лікування) рецидивів та досягнення стійкої (більше року) ремісії після проведеного лікування. До цього пункту входять хворі, що страждають на гостру лейкемію, у яких досягнута повна клініко-гематологічна ремісія після проведення курсів індукції та консолідації ремісії, при збереженні працездатності.

При справжній поліцитемії в початковій стадії огляд проводиться згідно з пунктом “б”, в еритремійній та анемічній стадіях – згідно з пунктом “а”. При мієлодиспластичному синдромі до пункту “б” належать випадки рефрактерної анемії за наявності незначної дисплазії лише одного паростка – еритроїдного, за відсутності показань до трансфузій еритромаси і збереження працездатності.

Згідно з пунктом “в” оглядаються військовослужбовці за контрактом, хворі на лімфогранульоматоз I – III стадій у фазі тривалої стійкої (понад 5 років після останнього курсу специфічного лікування) ремісії. Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом та вступають до ВВНЗ, у таких випадках оглядаються згідно з пунктом “б”.

Подання військовослужбовців на медичний огляд ВЛК можна здійснювати після завершення першого курсу специфічного лікування. Перегляд осіб, які хворіли на пухлини лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, мієлодиспластичні синдроми, можливий не раніше ніж через п'ять років після завершення повного курсу специфічного лікування та після завершення терміну обліку в онколога (гематолога)

Стаття 1	Включено: доброякісні новоутворення всіх локалізацій D10-D49. Виключено: D45; D46 (поліцитемія справжня, мієлодиспластичні синдроми) (включено до статті 9)	
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО

б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

За наявності доброякісних новоутворень оглянутим пропонується лікування.

До пункту “а” належать:

новоутворення шкіри, підшкірних тканин, кровоносних або лімфатичних судин, що унеможливають носіння військової форми одягу, взуття або спорядження; новоутворення центральної або периферичної нервової системи, які прогресують або призводять до стійких паралічів, глибоких парезів кінцівок зі стійкими порушеннями чутливості або трофіки (різко виражені гіпотрофії м’язів при односторонньому процесі: плеча – більше ніж 4 см, передпліччя – більше ніж 3 см, стегна – більше ніж 8 см, гомілки – більше ніж 6 см; контрактури, хронічні трофічні виразки), що супроводжуються розладом функцій кори або підкоркових утворень, порушеннями функцій черепних нервів, ендокринними розладами, а також стійким больовим синдромом (каузалгія, неврома, що викликає різкий біль, тощо); фіброми носоглотки з перебігом, який прогресує, середостіння зі значними клінічними проявами (зміщення, здавлення, руйнування навколишніх органів, а також інших прилеглих до них органів грудної порожнини); новоутворення бронхо-легеневого апарату, що супроводжуються кровохарканням, бронхостенозом або ателектазом; новоутворення органів травлення, що значно утруднюють акт ковтання або проходження їжі та супроводжуються схудненням; новоутворення залоз внутрішньої секреції без ендокринних розладів, що викликають порушення функцій прилеглих органів (зміщення, здавлення); поширені або множинні папіломи сечового міхура з вираженими дизурічними явищами або які супроводжуються кровотечею.

До пункту “б” належать новоутворення:

шкіри, підшкірних тканин, кровоносних або лімфатичних судин, множинні невуси (два і більше), що ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження; центральної або периферичної нервової системи, при яких порушення функцій виражені помірно і перебіг яких характеризується повільним, протягом тривалого часу (1 – 2 роки), наростанням симптомів (незначна гіпотрофія м’язів, легкі розлади чутливості тощо); середостіння з порушеннями функцій органів; бронхо-легеневого апарату з клінічними проявами; органів травлення без схуднення; множинні гемангіоми печінки (2 та більше) або великих розмірів (1 см та більше); поліпи (множинні або великих розмірів) жовчного міхура з клінічними проявами, які потребують повторного стаціонарного лікування; папіломи сечового міхура з помірними та незначними дизурічними явищами; рецидивні дермоїдні куприкові кісти після радикального хірургічного лікування або при відмові від нього.

До цього пункту належать також фонові стани та передпухлинні захворювання молочної залози і жіночих статевих органів:

дисплазія або атипична гіперплазія молочної залози; міома матки при розмірах, що відповідають 12-тижневій і більше вагітності, яка супроводжується кровотечами, що призводять до анемії, а також наявність субмукозних або субсерозних вузлів з порушенням їх кровопостачання, швидким ростом (збільшення пухлини до розмірів, що відповідають більш як 5-тижневій вагітності, за рік); залозно-кістозна гіперплазія, поліпоз, аденоматоз ендометрія; ерозія або дисплазія шийки матки; поліпи цервікального каналу; кісти бартолінової залози, крауроз вульви, кісти та фіброми піхви, що порушують функцію.

До пункту “в” належать новоутворення:

нервової системи, які повільно прогресують, без атрофії м’язів та трофічних розладів, якщо симптоми захворювання не прогресують; органів травлення без клінічних проявів; жіночих статевих органів, що не потребують хірургічного лікування (міома матки при розмірах, що відповідають 11-тижневій та менше вагітності без клінічних проявів, кісти бартолінової залози, кісти та фіброми піхви); а також рецидив після хірургічного лікування поодиноких доброякісних новоутворень кісток, хрящів, ліпом, гемангіом, що дещо ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження.

Доброякісні новоутворення: поодинокі ліпоми, поодинокі гемангіоми шкіри, поодинокі хондроми, що не ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження, а також наслідки радикального хірургічного лікування ерозій та дисплазій шийки матки, поліпів

цервікального каналу, кіст бартолінових залоз, кіст і фібром піхви, що не порушують функції, не дають підстав для застосування цієї статті.

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

Стаття 11	Стани після хірургічного лікування, проведення цитостатичної або променевої терапії з приводу новоутворень	ТН, ПЛ, ПВЗ	КН	
			ТН, ПЛ, ПВЗ	

Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом або вступають до ВВНЗ та перенесли хірургічне лікування або цитостатичну (променеву) терапію з приводу новоутворень, медичний огляд проходять відповідно до пунктів “а”, “б” чи “в” статей 8 – 10 Розкладу хвороб.

Відпустка за станом здоров'я оглянутим згідно з графами I, II та III надається у випадках, коли необхідно проведення повторних курсів лікування або коли для повного відновлення функцій та працездатності необхідним є строк не менше місяця.

Після проведення повного курсу комбінованої терапії військовослужбовці направляються на медичний огляд ВЛК з визначенням ступеня придатності до військової служби

Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (D50-D89), їх наслідки

Стаття 12	Включено: анемії (аліментарні, гемолітичні, апластичні, післягеморагічні) D50-D64; порушення згортання крові, пурпура (ідіопатична, тромбоцитопенічна), геморагічні стани D63-D69; інші хвороби крові та кровотворних органів (агранулоцитоз, хвороби селезінки) D70-D77; деякі порушення із залученням імунного механізму (усі види саркоїдозу, імунодефіцити) D80-D89				
	а) швидко прогресуючі зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій та частими загостреннями	НМОВ	НОВІ		Н
	в) повільно прогресуючі та непрогресуючі з незначними порушеннями функцій та рідкими загостреннями	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) стани після перенесених гострих хвороб крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму або хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	КН, ТН	КПВІ	Н
	ПЛ, ПВЗ		ТН, ПЛ, ПВЗ		

Медичний огляд з визначенням ступеня придатності до військової служби проводиться після стаціонарного обстеження, консультацій гематолога та пульмонолога (при встановленні діагнозу ”саркоїдоз”) спеціалізованого закладу охорони здоров'я МОЗ України.

До пункту “а” належать установлені в стаціонарі апластичні та сідеробластні анемії, спадкові форми тромбоцитопатій, гемофілій, коагулопатій, що супроводжуються кровотечами, крововиливами.

Особи з аліментарними, набутими гемолітичними та іншими анеміями, набутими порушеннями системи гемостазу оглядаються згідно з пунктами “а”, “б”, “в” чи “г” залежно від перебігу захворювання, стійкості змін у складі крові та функцій системи гемостазу, порушення функцій кровотворних органів та ефекту від проведеного лікування. Особи, які перенесли епізод аліментарної або постгеморагічної анемії, набутої гемолітичної анемії, набутого порушення системи гемостазу та інших набутих минулих змін у системі крові більше ніж за рік до проходження медичного огляду ВЛК і на момент їх огляду відсутні будь-які порушення функції системи крові, під дію цієї статті не підпадають.

Громадяни, військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом, вступають до ВВНЗ, при досягненні ремісії захворювання крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму проходять медичний огляд згідно з пунктом “в”, а у разі недостатнього ефекту від лікування – згідно з пунктом “б” або “а”. Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, вступають до ВВНЗ, при досягненні ремісії захворювання крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму проходять медичний огляд згідно з пунктом “б”, а у разі незначного ефекту від лікування – згідно з пунктом “а”.

Військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом та перенесли епізод ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури з позитивним ефектом від глюкокортикоїдної або імунотерапії, спленектомії, оглядаються згідно з пунктом “г”. При хронічному повільно прогресуючому перебігу з помірно вираженою тромбоцитопенією без геморагічних проявів та за відсутності необхідності в підтримувальній гормоно- та імунотерапії (після спленектомії або без неї) огляд проводиться згідно з пунктом “в”, а в разі незначного ефекту від спленектомії або за відсутності ефекту – згідно з пунктом “а”.

Часті загострення хвороби – це 2 та більше разів на рік; рідкі загострення – 1 раз на рік та рідше.

При стійких імунодефіцитних станах (крім хвороби, викликаной вірусом імунодефіциту людини), що супроводжуються частими рецидивами інфекційних ускладнень, огляд проводиться згідно з пунктом “а”.

При інших імунодефіцитних станах, які супроводжуються патологічними змінами кровотворної системи, інших органів, огляд проводиться залежно від ступеня порушень функцій ураженого органа або системи органів за відповідними статтями Розкладу хвороб.

До пункту “в” належать хронічні хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму у фазі тривалої стійкої (понад 5 років після останнього курсу специфічного лікування) ремісії.

Обстеження хворих з підозрою на саркоїдоз проводиться в умовах спеціалізованого відділення. Діагноз ”саркоїдоз” повинен бути підтверджений морфологічно. За неможливості морфологічної верифікації або відмови від неї діагноз встановлюється на підставі комплексу клініко-рентгенологічних ознак. Експертне рішення приймається згідно з пунктами “а”, “б” чи “в” залежно від ступеня порушень функцій уражених органів, поширеності та перебігу захворювання.

Постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я приймається у разі, коли тимчасові розлади функцій крові та кровотворних органів після перенесених захворювань (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, порушення функцій еритроцитів та тромбоцитів) не зумовлені системними захворюваннями крові або після хірургічного лікування, коли для повного відновлення працездатності та нормалізації гематологічних показників потрібен строк не менше одного місяця

Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (E00-E90), їх наслідки

Стаття 13	Включено: усі хвороби щитоподібної залози (за винятком новоутворень) E00-E07; усі типи цукрового діабету та інших порушень регуляції глюкози E10-E16; порушення інших ендокринних залоз E20-E35; недостатнє та надмірне харчування, порушення обміну речовин (усі види ожиріння, функціональна гіпербілірубінемія, ліпоматоз) та інші E40-E90				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КН	КПВІ	КН
			П	П	П
г) стани після перенесених гострих захворювань або хірургічного	ТН, ПЛ, ПВЗ	КН	КПВІ	Н, ІО	

	лікування з приводу хвороб ендокринної системи та прирівняних станів		ТН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ	через 6 місяців
<p>Медичний огляд громадян та військовослужбовців під час визначення ступеня придатності до військової служби, до навчання у ВВНЗ проводиться після стаціонарного обстеження та консультації ендокринолога спеціалізованого закладу охорони здоров'я МОЗ України.</p> <p>У разі виявлення вузлового зоба пропонується пункційна біопсія щитоподібної залози під контролем УЗД та цитологічне дослідження біоптату. Якщо немає даних про новоутворення, огляд проводиться згідно з пунктом "г".</p> <p>До пункту "а" належать:</p> <p>стійкі, значно виражені розлади, зумовлені тяжкими формами цукрового діабету з високою гіперглікемією (більше 13,7 ммоль/л) і глюкозурією, ацетонурією, схильністю до частих гіпоглікемічних станів, кетозом, універсальною ангіопатією (ретинопатія, гломерулосклероз тощо), які потребують для компенсації вуглеводного обміну 60 одиниць інсуліну на добу і більше; тяжкі форми вузлового зоба, дифузного токсичного зоба (різко виражене схуднення, адинамія, виражений екзофтальм, задуха у спокої, частота пульсу 120 ударів на хвилину і більше, порушення серцевого ритму, різноманітні вісцеральні прояви); тяжкі форми гіпотиреозу, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні 100 мг та більше на добу для досягнення медикаментозної компенсації; нецукровий діабет, що потребує постійного проведення замісної терапії.</p> <p>До цього пункту належать також усі хвороби залоз внутрішньої секреції (гіпофізу, наднирників, щитоподібної, білящитоподібної та статевих залоз) з незворотними змінами органів і систем та різкими порушеннями їх функцій.</p> <p>До пункту "б" належать:</p> <p>стійкі помірно виражені розлади, зумовлені хворобами ендокринних залоз середньої тяжкості, коли при відповідному лікуванні зберігається незначне зниження працездатності осіб, що оглядаються; цукровий діабет середньої тяжкості з помірною гіперглікемією (не більше 13,7 ммоль/л) та глюкозурією. Компенсація вуглеводного обміну досягається пероральним уживанням цукрознижувальних препаратів або введенням інсуліну до 60 одиниць на добу на фоні постійної дієтотерапії. Ацетонурія, кетоз, діабетичні коми в анамнезі відсутні; токсичний зоб середнього ступеня тяжкості (зниження ваги тіла на 20 % від початкової, помірна тахікардія до 120 ударів на хвилину, характерні очні симптоми); гіпотиреоз середнього ступеня тяжкості, що потребує призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні 50 – 100 мг на добу для досягнення медикаментозної компенсації; аліментарне ожиріння III ступеня.</p> <p>До цього пункту належать також усі захворювання залоз внутрішньої секреції з помірними порушеннями функцій.</p> <p>До пункту "в" належать:</p> <p>форми цукрового діабету з невисокою гіперглікемією (8 – 9 ммоль/л), яка легко нормалізується дієтою, працездатність хворого збережена; легкі зворотні форми дифузного токсичного зоба (легка неврозоподібна симптоматика, зниження толерантності до фізичного навантаження, тахікардія з частотою пульсу до 100 ударів на хвилину); легкі форми гіпотиреозу, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні до 50 мг на добу для досягнення медикаментозної компенсації; дифузний та вузловий зоб III стадії без порушення функцій щитоподібної залози; гіпоталамічний синдром нейроендокринної форми (ожиріння I, II ступенів, гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів, наявність стрій на тулубі, кінцівках); підгострий тиреоїдит з рецидивним перебігом; аліментарне ожиріння II ступеня.</p> <p>До цього пункту належить також функціональна гіпербілірубінемія з постійним підвищенням білірубіну більше ніж 30 ммоль/л.</p> <p>При вперше виявленій гіпербілірубінемії (у 2 та більше аналізах крові) громадяни визнаються тимчасово непридатними з обов'язковими двома обстеженнями за цей час з метою унеможливлення хронічної патології печінки.</p> <p>З метою ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну та цукрового діабету для проведення тесту обстежуваний приймає</p>					

внутрішньо сухий порошок глюкози, розчинений в 250 мл води, з розрахунку 1 г сухого порошку на 1 кг маси тіла, але не більше 100 г.

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

Таблиця 1

Інтерпретація результатів дослідження на основі критеріїв ВООЗ (1999 рік)

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

У разі дослідження рівня глюкози крові за іншими методиками враховуються відповідні референтні значення для зазначених методик.

До пункту "г" належать:

дифузний та вузловий зоб I, II стадій без порушення функцій щитоподібної залози; аліментарне ожиріння I ступеня; прооперовані з приводу гінекомастії із сприятливим результатом.

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

При ожирінні іншого походження огляд згідно з графами I – III проводиться залежно від тяжкості перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб.

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

Рекомендована вага тіла в кілограмах та її діапазон залежно від зросту (в осіб віком 17 – 25 років)

Зріст, см	Недостатнє харчування, кг	Рекомендована вага тіла, кг	Надмірне харчування, кг	Ожиріння I ст., кг	Ожиріння II ст., кг	Ожиріння III ст., кг
1	2	3	4	5	6	7
150	42-44	44-52	52-62	62-67	68-79	79-90
152	43-45	46-53	53-63	64-69	69-81	81-92
154	44-46	46-54	55-65	65-71	71-83	83-95
156	45-47	47-56	56-67	67-73	73-85	85-97
158	46-48	49-57	57-69	69-75	75-87	87-100
160	48-50	50-59	59-70	70-77	77-90	90-102
162	50-52	52-62	62-74	74-80	80-94	94-107
164	51-54	54-63	63-76	76-82	83-96	96-110

166	52-55	55-65	65-78	78-85	85-99	99-113
168	54-56	56-66	67-79	80-87	87-101	101-116
170	55-57	58-68	68-81	81-88	89-103	103-118
172	56-59	59-69	70-83	83-91	91-106	106-121
174	57-60	60-71	71-85	85-93	93-108	108-124
176	59-62	62-73	73-87	87-95	95-111	111-126
178	60-63	63-74	75-89	89-97	97-113	113-130
180	61-64	65-76	76-91	91-99	99-116	116-132
182	63-66	66-78	78-93	93-101	101-118	118-135
184	64-68	68-79	79-95	95-103	104-121	121-138
186	65-69	69-81	81-97	97-106	106-124	124-141
188	67-70	70-82	83-99	99-108	108-126	126-144
190	68-72	72-85	85-101	101-110	110-129	129-147
192	70-73	73-86	87-103	103-112	113-132	132-150
194	71-75	75-88	88-106	106-115	115-134	134-154
196	73-76	76-90	90-108	108-118	118-137	137-157
198	74-78	78-92	92-110	110-120	120-140	140-160
200	75-79	80-94	94-112	112-122	122-142	142-162

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

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

Відповідно до ІМТ слід користуватися такими показниками: недостатнє харчування – менше 18,5; рекомендована вага тіла – 18,5-24,9; надмірне харчування – 25-29,9; ожиріння I ст. – 30-34,9; ожиріння II ст. – 35-39,9; ожиріння III ст. – більше або дорівнює 40

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

Стаття 14	Включено: органічні, симптоматичні (екзогенні) психічні розлади F00-F09 (усі види деменцій, органічний амнестичний синдром, психічні розлади внаслідок ураження головного мозку або внаслідок соматичної хвороби; розлади особистості та поведінки внаслідок ураження головного мозку)				
	а) різко виражені стійкі психічні розлади	НВВО	НВВО		
	б) помірно виражені стійкі психічні розлади	НМОВ	НМОВ		
	в) легкі короткотривалі хворобливі прояви	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) стійкі компенсації наслідків гострого захворювання головного мозку або закритої черепно-мозкової травми	НМОВ	КН	КН	КН
			П	П	П

Передбачає психози та інші психічні розлади, що виникають унаслідок травм, пухлин головного мозку, епілепсії, енцефаліту, менінгіту,

сифілісу мозку, а також при синільних та пресинільних психозах, судинних, дегенеративних та інших органічних захворюваннях або ураженнях головного мозку.

Наявність вищезгаданих психічних розладів у анамнезі без патології з боку внутрішніх органів та нервово-психічної сфери на період огляду не дає підстав визначати оглянутим ступінь придатності до військової служби. Сприятливе закінчення цих психічних розладів повинно бути підтверджене в спеціалізованому лікувальному закладі, тому експертна оцінка проводиться після стаціонарного обстеження.

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

До пункту “а” належать різко виражені, затяжні психотичні стани, а також психічні розлади, що проявляються вираженими порушеннями або стійкими змінами особистості за психоорганічним типом, а також різко вираженими клінічними проявами або тривалим перебігом.

До пункту “б” належать помірно виражені або повторні психотичні та непсихотичні стани із сприятливим перебігом, психічні розлади, що проявляються стійкими емоційно-вольовими, ендокринними та вегетативними розладами з проявами органічного враження центральної нервової системи, що призводять до патологічних змін особистості за органічним типом або вираженим стійким (до 2 місяців) астеничним станом (церебрастенії), а також неврозоподібним або психопатоподібним синдромом після органічного захворювання (травми) або ураження головного мозку.

До пункту “в” належать минущі, легкі та короткотривалі психотичні і непсихотичні розлади, що виникли внаслідок травм або гострих органічних захворювань головного мозку, які закінчуються дещо вираженою астеною без ознак органічного враження центральної нервової системи.

До пункту “г” належать стани стійкої (не менше 1 року) компенсації хворобливих проявів після гострого захворювання та травми головного мозку без психічних розладів і проявів органічного ураження центральної нервової системи

Стаття 15	Включено: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10 – F19 (алкоголю, опіоїдів, канабіоїдів, седативних, снодійних, кокаїну, галюциногенів, летючих розчинників, наркотичних засобів та інших)		
	а) при синдромі залежності з різкими, стійкими психічними розладами	НВВО	НВВО
	б) при синдромі залежності з помірними або незначними психічними розладами	НМОВ	НМОВ

До пункту “а” належать психічні та поведінкові розлади, зумовлені зловживанням психоактивних речовин з активною залежністю. Характерні різко та помірно виражені зміни особистості з інтелектуально-мнестичними і психотичними порушеннями, з відсутністю позитивного ставлення до лікування та критики до свого стану, безуспішністю спеціального лікування у стаціонарі.

До пункту “б” належать психічні та поведінкові розлади, зумовлені зловживанням психоактивними речовинами, при синдромі залежності з помірними або незначними психічними розладами та збереженням критичного ставлення до свого стану і поведінки.

Поодинокі або епізодичне вживання психоактивних речовин або інших токсичних речовин без психічних та соматичних розладів не може бути підставою для застосування цієї статті.

Щодо військовослужбовців, які перенесли гостре отруєння психоактивними речовинами з виходом в одужання, постанова ВЛК про потребу у відпустці за станом здоров'я не приймається

Стаття 16	Включено: ендогенні психози F20-F39 (шизофренія, шизотиповий розлад, хронічні маячні розлади, гострі та транзиторні психічні розлади, шизоафективні розлади, маніакальний епізод, біполярний афективний розлад, депресивний епізод, стійкі та інші розлади настрою (афективні))		
-----------	---	--	--

	а) шизофренія, шизотипові та маячні розлади, афективні розлади з часто повторюваними фазами	НВВО	НВВО		
	б) розлади настрою (афективні) з рідкими приступами та тривалими проміжками повного клінічного здоров'я	НМОВ	НМОВ		
<p>Входять шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні), установлені тільки в спеціалізованому стаціонарі. До пункту "а" належать усі форми шизофренії, шизотипових та маячних розладів з частою повторюваністю фаз та хронічним перебігом. До пункту "б" належать тільки легкі форми афективних розладів (розладів настрою) та циклотимії з нечастими нападами та довгими (не менше 2 років) проміжками повного психічного здоров'я</p>					
Стаття 17	Включено: невротичні, пов'язані із стресом, і соматоформні розлади F40-F48 (фобійні, тривожні, obsесивно-компульсивні, адаптаційні, соматоформні та інші невротичні розлади, неврастенія, реакції на тяжкий стрес). Виключено: нейроциркуляторна дистонія F45(3) (включено до статті 83); ангіотрофоневроз (включено до статті 84)				
	а) при різко виражених, стійких хворобливих проявах	НВВО	НВВО		
	б) при помірно виражених, тривалих або повторних хворобливих проявах	НМОВ	НОВІ		
	в) при помірно виражених, короткотривалих проявах з астеничним станом	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) при легких і короткотривалих проявах з виходом в одужання	ПЛ, ПВЗ	КН ТН, ПЛ, ПВЗ	КН ТН, ПЛ, ПВЗ	ІО
<p>До пункту "а" належать реактивні психози із затяжним перебігом (психогенний параноїдний психоз, істеричні психози зі зміною свідомості, реактивна депресія тощо), а також різко виражені невротичні розлади, які не піддаються лікуванню. До пункту "б" належать реактивні психози зі сприятливим перебігом, а також помірно виражені, тривалі або повторні невротичні розлади, коли хворобливі явища, незважаючи на патогенетичне лікування, стійко утримуються і заважають особам виконувати обов'язки військової служби. Експертна постановка приймається після безуспішного стаціонарного лікування хворого не менше 20 діб. До пункту "в" належать помірно виражені, короткочасні невротичні розлади та реактивний психоз із сприятливим перебігом, що закінчився легкою астеною. До пункту "г" належать гострі реакції на стрес, порушення адаптації та дещо виражені невротичні розлади, які характеризуються переважно вегетативними порушеннями, добре піддаються лікуванню та закінчуються одужанням</p>					
Стаття 18	Включено: поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій F50-F69; F80-F99 (пов'язані з розладами споживання їжі, зі зловживаннями речовинами, які не зумовлюють залежності); розлади поведінки та емоцій у підлітковому віці (гіперкінетичні, соціальні, емоційні, неуточнені психічні); розлади особистості та поведінки у зрілому віці (параноїдний, шизоїдний, диссоціальний, емоційно нестабільний, істеричний та інші), розлади звичок та спонукань, статевої ідентифікації, сексуальні розлади, специфічні розлади мовлення та мови, здібностей до навчання, розлади рухової функції, розлади, пов'язані з психологічним розвитком, тощо. Виключено: неорганічний енурез F98(0) (включено до статті 86); заїкання F98(5) (включено до статті 85)				
	а) різко виражені, із схильністю до повторних тривалих декомпенсацій або патологічних реакцій	НВВО	НВВО		
	б) помірно виражені з нестійкою компенсацією або компенсовані	НМОВ	НМОВ		

Для діагностики розладів особистості необхідний старанно та об'єктивно зібраний анамнез, а також ретельне обстеження в умовах психіатричного стаціонару. Огляд громадян та військовослужбовців проводиться після вивчення особової справи, службової та медичної характеристик.

До пункту "а" належать різко виражені, що не піддаються компенсації, так звані ядерні форми психопатії та випадки патологічного розвитку особистості (паранояльні, obsесивно-фобічні тощо), які характеризуються найбільш глибокими та стійкими хворобливими проявами, що на тривалий час позбавляють працездатності та перешкоджають виконанню службових обов'язків.

До пункту "б" належать помірно виражені форми розладів особистості, психопатії та патологічного розвитку особистості, що проявляються помірно вираженими стійкими емоційно-вольовими афективними зривами, легкістю розвитку афективно-поведінкових реакцій, виразною неврівноваженістю вегетативної нервової системи, а також психічним інфантилізмом.

Усі кандидати на військову службу та військовослужбовці із суїцидальними спробами, незалежно від вираженості та тривалості психічних розладів, за пунктом "б" визнаються непридатними до військової служби за графами I – III.

Випадки установчої, навмисної поведінки, прояви недисциплінованості, що не впливають з усієї патологічної структури особистості, не можуть оцінюватися як ознаки хворобливого розладу

Стаття 19	Включено: розумова відсталість F70-F79 (легкого, помірного, важкого ступенів, глибока розумова відсталість, інші форми розумової відсталості)		
	а) глибока та тяжка розумова відсталість	НВВО	НВВО
	б) розумова відсталість помірного та легкого ступенів	НМОВ	НМОВ

Огляд громадян та військовослужбовців проводиться після стаціонарного обстеження.
 До пункту "а" належать усі форми тяжкої або помірної розумової відсталості, а також дебільність у різко вираженому ступені.
 При значних та явних дефектах інтелекту питання про непридатність до військової служби може бути вирішене і без госпіталізації у спеціалізований лікувальний заклад.
 До пункту "б" належить дебільність у помірно вираженому та легкому ступенях. У разі встановлення цього діагнозу, особливо у випадках, коли дані лікарського обстеження не відповідають іншим даним, що характеризують поведінку оглянутого в побуті, на виробництві, у підрозділі тощо, стаціонарне обстеження є обов'язковим

Хвороби нервової системи (G00-G99), їх наслідки					
Стаття 20	Включено: запальні хвороби центральної нервової системи, їх наслідки G00-G09 (усі форми бактеріального та неуточненого менінгіту, енцефаліт, мієліт, енцефаломієліт, внутрішньочерепний та внутрішньохребтовий абсцес)				
	а) швидко прогресуючі зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
			КН	КН	КН
г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	НМОВ	П	П	П	

Передбачає також ураження нервової системи в разі сифілісу, інших інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові.
 До пункту "а" належать хвороби нервової системи, що супроводжуються глибокими паралічами або парезами, вираженим паркінсонізмом, атактичними розладами, вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку більше ніж на 20 мм), частими випадками епілептичних нападів (більше 4 разів на рік), оптикохіазмальним арахноїдитом з вираженим розладом зору, а також наслідки перенесеного мієліту з

явищами паралічу або вираженого парезу.

До пункту “б” належать хвороби нервової системи з повільним перебігом, які за ступенем порушень функцій центральної нервової системи обмежують можливість проходження військової служби, у вигляді залишкових явищ вторинного енцефаліту з помірно вираженим геміпарезом (у формі зниження сили м’язів, невеликого збільшення м’язового тонусу, що не супроводжується розладом мови, пам’яті, ходи), помірної гідроцефалії – розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку до 15-20 мм, епілептичних нападів середньої частоти (до 3 разів на рік).

Згідно з пунктом проходять медичний огляд військовослужбовці, які оглядаються згідно з графами I, II, та громадяни, які перенесли гострі запальні хвороби ЦНС важкого перебігу (з ускладненням або без).

До пункту “в” належать залишкові явища ураження нервової системи з незначними порушеннями функцій (гіпомімія, анізорефлексія, недостатність конвергенції тощо) з окремими органічними ознаками, поєднаними з вегетативно-судинною нестійкістю та астено-невротичними проявами.

До пункту “г” належать залишкові явища ураження нервової системи з вегетативно-судинною нестійкістю без порушень функцій.

Разом з цією статтею під час визначення наслідків нейроінфекції слід застосовувати інші статті Розкладу хвороб.

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

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

Громадяни, які перенесли гострі запальні хвороби ЦНС середньоважкого або важкого перебігу, враховуючи високий ступінь імовірності подальших ускладнень з боку нервової системи, визнаються непридатними до навчання у ВВНЗ згідно з пунктом “г” цієї статті.

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

Стаття 21

Включено: хвороби центральної нервової системи, їх наслідки G10-G37, G80-G89, G91-G92 (системні атрофії; екстрапірамідні, дегенеративні хвороби, церебральний параліч, паралітичні синдроми, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, усі види дистоній (крім вегетосудинної), дитячий церебральний параліч, паралітичні стани, гідроцефалія, токсична енцефалопатія та інші).

Виключено: вегетосудинна дистонія G90 (включено до статті 83)

а) швидко або повільно прогресуючі зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО	
б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	Н
в) повільно прогресуючі з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	Н

До пункту “а” належать розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, аміотрофічний бічний склероз, лейкодистрофія, церебральний ліпідоз, хорея Гетінгтона, торсійна дистонія, атаксія Фрідрейха, спинально-м’язова атрофія, сірінгомієлія з різко вираженими порушеннями трофіки, тяжкі форми мієлопатії, дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми.

До пункту “б” належать хвороби, перебіг яких характеризується повільним (протягом 1-2 років) прогресуванням симптомів (повільно прогресуюча сірінгомієлія з вираженою атрофією м’язів та помірним розладом чутливості, краніостеноз із синдромом внутрішньочерепної гіпертензії тощо) при помірному порушенні функції.

До пункту “в” належать хвороби нервової системи, які повільно прогресують протягом тривалого часу (більше 2 років), коли об’єктивні ознаки виражені незначно (сірінгомієлія з незначно вираженим дисоційованим розладом чутливості, без атрофії м’язів та трофічних розладів)

Стаття 22	Включено: епізодичні та пароксизмальні розлади G40-G47 (епілепсія та епілептичні синдроми, епілептичний статус, мігрень, розлади сну). Виключено: транзиторні церебральні ішемічні напади G45 (включено до статті 41)			
	а) епілепсія за наявності частих епілептичних нападів або виражених психічних розладів	НВВО	НВВО	
	б) епілепсія з поодинокими і рідкими (судомними і безсудомними) епілептичними нападами без психічних порушень	НМОВ	НОВІ	Н
	в) інші епізодичні та пароксизмальні розлади з незначними порушеннями функцій органів і систем	НМОВ	ПОВІ	Н

Стаття передбачає епілепсію як хронічне захворювання головного мозку з генералізованими або парціальними нападами, психічними еквівалентами або специфічними змінами особистості. Симптоматична епілепсія до цієї статті не належить. У таких випадках медичний огляд проводиться щодо захворювань, які призвели до розвитку судомного синдрому.

До пункту “а” належать епілепсія з частими нападами (3 і більше на рік) або з вираженими психічними розладами, епілептичний статус, міоклонус-епілепсія, катаплексія та нарколепсія.

До пункту “б” належить епілепсія без психічних розладів з нечастими нападами (менше 3 разів на рік).

До пункту “в” належать розлади сну внаслідок органічної патології ЦНС, пароксизмальні розлади, що суттєво не впливають на функції органів та систем, а також різні форми мігрені з частими (2 та більше на місяць) і довготривалими (доба та більше) нападами.

Наявність нападу повинна бути підтверджена лікарськими спостереженнями. В окремих випадках можуть братися до уваги акти, підписані офіційними особами немедицинського складу, результати опитування очевидців лікуючим лікарем, якщо зазначений напад та післянападний стан можна вважати епілептичним. У сумнівних випадках слід запитувати дані з місця проживання, навчання, роботи, служби. У тих випадках, коли єдиним помітним проявом хвороби є слабо виражені та рідко виникаючі малі напади або специфічні настрої, питання про придатність до військової служби осіб, що оглядаються, вирішується після стаціонарного обстеження. Особи з епілептичною хворобою без психічних розладів, яка розвинулася внаслідок перенесеного органічного захворювання, оглядаються згідно з пунктом “а” або “б” цієї статті залежно від частоти нападів

Стаття 23	Включено: хвороби периферичної нервової системи G50-G75 (ураження черепних нервів, нервових корінців та сплетінь, полі-, мононейропатії, усі форми міастенії, міопатії, хвороби нервово-м’язового з’єднання та м’язів), M45 (дорсалгія, радикулопатія, цервікалгія, ішіас, люмбаго та інші)				
	а) швидко прогресуючі зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	Н	
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	ІО
			КН	КПВІ	КН
г) за наявності об’єктивних даних без порушень функцій	П	П	П	П	

До пункту “а” належать такі форми невральної аміотрофії, міастенії, міопатії, пароксизмальної міоплегії, наслідки поліневритів (поліневропатій), плекситів запального та інтоксикаційного походження, що мають несприятливий перебіг та супроводжуються значно вираженими розладами рухів, чутливості й трофіки (виражені гіпотрофії м’язів при односторонньому процесі: плеча – більше 4 см, передпліччя – більше 3 см, стегна – більше 8 см, гомілки – більше 6 см, контрактури, хронічні трофічні виразки, пролежні, розлади чутливості, каузалгія тощо). До цього

пункту належать також радикулопатії з частими (більше двох разів на рік) рецидивами і тривалим перебігом, що супроводжуються тяжким та стійким больовим синдромом з вираженими руховими та вегетативно-трофічними порушеннями, які вимагають довготривалого лікування, а також плексопатії і тяжкі форми невралгії у разі безуспішного лікування.

До пункту “б” належать: деякі форми невральної аміотрофії зі сприятливим перебігом (синдром Руссі-Леві), хвороби периферичних нервів та сплетінь, при яких помірно порушена основна функція; стійкий параліч м’язів, порушення функцій кінцівок тощо. До цього пункту належать хронічні радикулопатії з рецидивами, плексопатії, невропатії, що супроводжуються у період загострення вимушеним положенням тулуба, болем вздовж нервів тощо та потребують тривалого стаціонарного і амбулаторного лікування протягом 2 місяців.

Поєднання виражених дегенеративно-дистрофічних змін у хребті з незначно вираженими неврологічними розладами.

До пункту “в” належать хвороби периферичних нервів та сплетінь з незначними загостреннями без тенденції до наростання рухових, чутливих і трофічних розладів, а також існуючі слабо виражені залишкові явища, зумовлені перенесеними в минулому загостреннями, які суттєво не обмежують функцію кінцівки та працездатність оглянутого. Згідно з цим пунктом оглядаються також громадяни та військовослужбовці з наслідками неврити лицьового, серединного нервів.

До пункту “г” належать дорсалгія, цервікалгія, торакалгія, люмбагія без радикулопатії.

За наслідками хірургічного та реабілітаційного лікування з приводу грижі міжхребцевого диска громадяни та військовослужбовці строкової служби оглядаються згідно з пунктами “б” або “в” цієї статті, а військовослужбовцям за контрактом надається відпустка за станом здоров’я згідно зі статтею 24 Розкладу хвороб.

Особи з нервово-м’язовими захворюваннями оглядаються згідно з пунктами “а”, “б” або “в” цієї статті залежно від ступеня порушень функцій

Стаття 24	Стани після перенесених гострих хвороб нервової системи або хірургічного лікування	ТН, ПВЗ	КПВІ		
			ТН, ПЛ, ПВЗ		

Згідно з цією статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці, які перенесли гострі захворювання центральної та периферичної нервових систем або оперативні втручання.

При вирішенні питання про необхідність надання військовослужбовцям відпустки за станом здоров’я або звільнення від службових обов’язків великого значення набуває визначений результат хвороби.

Після реалізації відпустки за станом здоров’я придатність до військової служби оглянутих згідно з графами I, II, III визначається відповідно до статті 23 Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій

Хвороби ока та придаткового апарату (H00-H59), їх наслідки

Стаття 25	Включено: хвороби повік, слезового апарату, орбіти та кон’юнктиви, вади їх розвитку H00-H13				
	а) виражені анатомічні зміни або вади положення повік, орбіти, кон’юнктиви зі значними порушеннями зорових або рухових функцій на обох очах	НВВО	НМОВ		Н
	б) те саме на одному оці або помірно виражені на обох очах; різко виражені захворювання повік, слезових шляхів, орбіти, кон’юнктиви на одному або обох очах	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	ІО

	в) незначно виражені анатомічні зміни або вади положення повік, орбіти, кон'юнктиви, помірні або незначно виражені захворювання повік, слъзових шляхів, орбіти, кон'юнктиви на одному або обох очах без порушення зорових або рухових функцій очей	П	П	П	Ю
<p>Передбачає вроджені або набуті вади положення повік (зрощення, виворіт, заворот тощо); захворювання повік, слъзових шляхів та орбіти, кон'юнктиви з урахуванням ступеня порушень зорових та рухових функцій. Якщо можливе поліпшення цих станів після хірургічного лікування, то воно повинно бути проведене до прийняття експертного рішення.</p> <p>До пункту "а" належать: зрощення повік між собою або з очним яблуком; різко виражені виразкові блефарити з рубцевим переродженням та значним облісінням країв повік; хронічні кон'юнктивіти з гіпертрофією та різко вираженою інфільтрацією тканини із загостреннями не менше двох разів на рік при безуспішному стаціонарному лікуванні; хронічне трахоматозне враження кон'юнктиви, а також захворювання слъзових шляхів, які не піддаються хірургічному лікуванню в стаціонарі; птоз вродженого або набутого характеру, у разі якого верхня повіка прикриває більше половини зіниці на одному оці або не менше однієї третини зіниці на обох очах без напруження лобного м'яза; стани після реконструктивних операцій на слъзових шляхах з уведенням лакопротеза.</p> <p>У разі відмови від операції постановою ВЛК про придатність до військової служби, військової служби за контрактом осіб, що оглядаються згідно з графами I – III Розкладу хвороб, приймається відповідно до пункту "б".</p> <p>До пункту "в" належать: простий блефарит з окремими лусочками та незначною гіперемією країв повік; фолікулярний кон'юнктивіт з поодинокими фолікулами; бархатисті кон'юнктиви в кутках повік та в ділянці кон'юнктивних склепінь; окремі дрібні поверхневі рубці кон'юнктиви нетрахоматозного походження, а також гладкі рубці кон'юнктиви трахоматозного походження без інших змін кон'юнктиви та рогівки, без рецидивів трахоматозного процесу протягом року; несправжня та справжня пліва без ознак прогресування.</p> <p>Указані захворювання не є перешкодою для проходження військової служби або навчання у ВВНЗ.</p> <p>Військовослужбовцям після лікування з приводу гострої трахоми постановою про відпустку за станом здоров'я не приймається, за необхідності приймається постановою про потребу в звільненні від службових обов'язків згідно зі статтею 32 Розкладу хвороб, а громадяни під час прийняття на контракт визнаються тимчасово непридатними. Якщо є ускладнення трахоми зі стійкими порушеннями функцій ока, то постановою приймається згідно з відповідними статтями Розкладу хвороб, що передбачають ці порушення.</p> <p>При рецидивах крилоподібної пліви рогівки після безуспішного повторного хірургічного лікування та при прогресуючому порушенні функції ока огляд проводиться згідно з пунктом "б".</p> <p>У разі весняного катару та інших алергічних уражень кон'юнктиви придатність до військової служби оглянутих згідно з графами I – III визначається відповідно до пунктів "а" чи "б" цієї статті залежно від тяжкості перебігу захворювання, частоти загострень та ефективності здійснюваного лікування</p>					
Стаття 26	Включено: хвороби склери, рогівки (рубці та помутніння), райдужної оболонки, циліарного тіла, кришталика (усі види катаракти), судинної і сітчастої оболонки; хвороби скловидного тіла та очного яблука; неврит зорового нерва, хвороби та ураження зорового нерва та зорових шляхів, інші хвороби ока та його додаткового апарату Н15-Н22; Н25-Н28; Н30-Н36; Н43-Н45; Н46-Н48				
	а) різко виражені з прогресуючим зниженням зорових функцій або частими загостреннями на обох очах	НВВО		НВВО	
	б) те саме на одному оці або помірно виражені на обох очах	НМОВ		НОВІ	Н

в) помірно виражені, непрогресуючі з рідкими загостреннями на одному оці	НМОВ	КН	КПВІ	КН
		П	П	П
<p>Передбачає хронічні, важко виліковні або невиліковні захворювання туберкульозного, люетичного, дегенеративного, дистрофічного та іншого походження.</p>				
<p>Паренхіматозний кератит люетичного походження включено до статті 3 Розкладу хвороб. Громадяни та військовослужбовці з цим захворюванням підлягають стаціонарному лікуванню.</p>				
<p>У разі закінченого процесу або захворювань з нечастими загостреннями (не більше двох разів на рік), а також після пересадження тканин придатність до військової служби визначається залежно від функцій ока згідно з відповідними статтями Розкладу хвороб. За наявності новоутворень ока та його придатків медичний огляд проводиться відповідно до статті 8 або 10 Розкладу хвороб.</p>				
<p>До пункту “а” належать захворювання з прогресуючим зниженням зорових функцій та ті, які не піддаються консервативному, хірургічному лікуванню, а також тапеторетинальна абіодистрофія сітківки та стани після кератопротезування обох очей незалежно від функцій ока. Пігментна дегенерація сітківки з пігментом чи без нього, поєднана з порушенням темної адаптації (гемералопією), повинна бути підтверджена виконанням годинної адаптометрії з використанням контрольних методів дослідження сутінкового зору.</p>				
<p>При стійких абсолютних центральних та парацентральных скотомах на одному або обох очах придатність до військової служби оглянутих згідно з графами I – III Розкладу хвороб визначається відповідно до пункту “б” або “в” та ТДВ залежно від функцій органа зору.</p>				
<p>У разі стійкого звуження поля зору знизу та ззовні (за вертикальною та горизонтальною меридіанами) від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах постановка згідно з графами I, II, III Розкладу хвороб приймається відповідно до пункту “а”, те саме на одному оці – відповідно до пункту “б”; від 30 до 45 градусів на обох очах – відповідно до пункту “б”, те саме на одному оці – відповідно до пункту “в”.</p>				
<p>До пункту “б” належать:</p>				
<p>хронічні увеїти, що супроводжуються підвищенням внутрішньоочного тиску, в тому числі глаукомоциклічні кризи (установлені в стаціонарних умовах);</p>				
<p>кератоглобус, кератоконус, афакія, артіфакія на одному або обох очах; короткозорість обох очей в одному з меридіанів більш як 3,0 дптр за наявності дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні (крайова дегенерація сітківки, множинні хоріоретинальні вогнища, задня стафілома тощо) при різкому та прогресуючому зниженні зорових функцій; атрофія зорового нерва, що прогресує; стороннє тіло всередині ока, яке не викликає запальних або дистрофічних змін.</p>				
<p>Громадяни, які перенесли оптикореконструктивні операції на рогівці або склері, визнаються тимчасово непридатними, якщо після операції минуло менше 6 місяців, а військовослужбовцям надається відпустка за станом здоров'я або звільнення від службових обов'язків згідно зі статтею 32 Розкладу хвороб. Придатність осіб до військової служби після операції визначається залежно від стану функцій ока за відповідними статтями Розкладу хвороб.</p>				
<p>Особи, які перенесли оптикореконструктивні операції на рогівці, визнаються придатними до навчання у ВВНЗ не раніше ніж через рік після проведеної операції за умови відсутності післяопераційних ускладнень та дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні.</p>				
<p>При артіфакії на одному або обох очах рішення щодо осіб, що оглядаються згідно з графами II, III, приймається відповідно до вимог статті 31 Розкладу хвороб залежно від гостроти зору з практично переносимою корекцією будь-якого виду, в тому числі інтраокулярними та контактними лінзами.</p>				
<p>Вивих та підвивих кришталика, артіфакія оцінюються як афакія.</p>				
<p>Так звана кольорова переливчастість (райдужність) грудочки, зернятка та вакуолі, виявлені тільки під час дослідження із щільною лампою, а також вроджене відкладення пігменту на передній капсулі кришталика, які не знижують гостроти зору, не є протипоказанням для проходження</p>				

військової служби, для навчання у ВВНЗ.

Особи, які працюють з ДІВ, КРП, джерелами ЕМП, ЛВ, у яких при біомікроскопії виявлені помутніння під задньою капсулою кришталика та наявні переконливі ознаки прогресування помутнінь кришталика (значне збільшення їх кількості та розміру в разі тривалого нагляду), визнаються непридатними до роботи з ними.

При атрофії зорового нерва, що не прогресує, придатність до військової служби осіб, що оглядаються згідно з графами I – IV Розкладу хвороб, визначається залежно від функцій ока (гострота зору, поле зору тощо). Особи, які вступають у ВВНЗ, визнаються непридатними.

У всіх випадках наявності сторонніх тіл усередині ока питання про придатність до військової служби осіб, що оглядаються згідно з графами I – IV Розкладу хвороб, вирішується не раніше ніж через 3 місяці після травми. При збережених функціях ока (гострота зору, поле зору, темнова адаптація тощо), відсутності запальних явищ та ознак металозу вони визнаються придатними до військової служби, але не призначаються до складу екіпажів танків та бойових броньових машин, водіями інших транспортних засобів, а також на роботи, пов'язані з вібрацією тіла

Стаття 27	Включено: відшарування та розрив сітківки Н33			
	а) будь-якої етіології на обох очах	НВВО	НВВО	
	б) будь-якої етіології на одному оці	НМОВ	НМОВ	

До пункту “а” належать випадки безуспішного повторного хірургічного лікування травматичного відшарування сітківки на обох очах з прогресуючим зниженням гостроти зору.

Громадяни та військовослужбовці, оглянуті згідно з графами I – IV Розкладу хвороб, після перенесеного відшарування або розриву сітківки будь-якої етіології на одному оці навіть за умови збережених функцій ока (гострота зору, поле зору тощо) визнаються непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час

Стаття 28	Включено: усі форми глаукоми Н40-Н42			
	а) у розвиненій і подальших стадіях на обох очах	НВВО	НВВО	
	б) те саме на одному оці	НМОВ	НОВІ	Н
	в) у початковій стадії або у стадії преглаукоми одного або обох очей	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ

Діагноз «глаукома» повинен бути підтверджений в умовах стаціонару із застосуванням навантажувальних проб. Питання про придатність до військової служби вирішується після лікування (медикаментозного або хірургічного) з урахуванням ступеня стабілізації процесу та функцій органа зору (гострота зору, поле зору, наявність парацентрального скотом, у тому числі й при навантажувальних пробах, а також екскавації диска зорового нерва тощо).

До цієї статті належить також і вторинна глаукома

Стаття 29	Включено: зорові розлади, пов'язані з хворобами м'язів ока, порушенням співдружних рухів, усі форми косоокості Н49-Н51			
	а) стійкий параліч рухових м'язів очного яблука за наявності диплопії	НВВО	НВВО	

	б) те саме за відсутності диплопії; співдружня косоокість за відсутності бінокулярного зору	НМОВ	НОВІ	Н	
<p>До пункту “а” належать також стійка диплопія після травми орбіти з пошкодженням м’язів ока або вражень головного мозку, які викликають косоокість (порушують функції зору).</p> <p>Якщо ністагм є однією з ознак ураження нервової системи або вестибулярного апарату, то постанова приймається за відповідними статтями Розкладу хвороб. У разі значно зниженої гостроти зору рішення приймається згідно зі статтею 31 Розкладу хвороб. Ністагмоїдні посмикування очей при крайніх відведеннях очних яблук не є перешкодою для проходження військової служби, для навчання у ВВНЗ, для підготовки та служби за спеціальністю оператора радіолокаційної станції або протитанкового реактивного снаряда, роботи з дисплеями та іншими блоками відображення інформації.</p> <p>При співдружній косоокості менше 15 градусів діагноз повинен бути підтверджений шляхом перевірки бінокулярного зору. Наявність бінокулярного зору є основою для виключення співдружньої косоокості.</p> <p>У разі співдружньої косоокості, паралітичної косоокості без диплопії при погляді прямо та інших порушень бінокулярного зору ступінь придатності до військової служби і служби за військовою спеціальністю визначається залежно від порушення функцій органа зору (гострота зору, поле зору, бінокулярний зір) за відповідними статтями Розкладу хвороб.</p> <p>У разі альтернувальної косоокості з добрим зором слід утримуватися від хірургічного лікування через імовірність виникнення диплопії</p>					
Стаття 30	Включено: порушення рефракції та акомодатії Н52 (гіперметропія, міопія, астигматизм, анізетропія, пресбіопія тощо)				
	а) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 12,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 6,0 дптр	НВВО	НВВО		
	б) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 8,0 дптр і до 12,0 дптр	НМОВ	НОВІ	Н	
	в) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 6,0 дптр і до 8,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 3,0 дптр і до 6,0 дптр	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному з меридіанів більше 3,0 дптр і до 6,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 2,0 дптр і до 3,0 дптр	П	П	П	П
	г) стійкий спазм, парез або параліч акомодатії на обох очах після безуспішного стаціонарного лікування	НМОВ	ПОВІ		Н
	д) те саме після успішного стаціонарного лікування	П	П	П	П
Вид та ступінь аномалії рефракції визначається за допомогою скіаскопії або рефрактометрії.					

У статті вказані ті ступені аномалії рефракції очей, установлені за умов циклоплегії, за яких гострота зору з корекцією не дає підстав для застосування статті 31 Розкладу хвороб, але характер та ступінь аномалії рефракції такі, що одержану гостроту зору слід визнавати нестійкою.

У разі коли при вказаних у цій статті аномаліях рефракції згідно з графами II, III Розкладу хвороб передбачена індивідуальна оцінка придатності до військової служби, вирішальне значення надається гостроті зору.

У разі стійкого спазму, парезу або паралічу акомодатції потрібно проводити обстеження за участю невропатолога, терапевта та лікарів інших спеціальностей. Якщо спазм, парез або параліч акомодатції зумовлені захворюваннями нервової системи, внутрішніх або інших органів, то постанова про ступінь придатності до військової служби приймається згідно з вимогами відповідних статей Розкладу хвороб.

При спазмі, парезі акомодатції на одному або обох очах після безуспішного стаціонарного лікування придатність оглянутих до військової служби визначається залежно від гостроти зору з корекцією. При цьому постанова про непридатність до військової служби приймається тільки в тих випадках, коли гострота зору з корекцією відповідної виявленої аметропії менша за ту, яка передбачена статтею 31 Розкладу хвороб.

У разі стійкого паралічу акомодатції на обох очах рішення про придатність до військової служби визначається залежно від функцій ока (гострота зору з корекцією поля зору)

Стаття 31	Включено: розлади зору та сліпота H53-H54 (амбліопія, диплопія, сліпота та знижений зір одного, обох очей, порушення кольоровідчуття тощо)				
	а) гострота зору одного ока нижче 0,1 або його сліпота; відсутність очного яблука при гостроті зору другого ока 0,3 і нижче або гострота зору обох очей 0,2 і нижче	НВВО	НВВО		
	б) гострота зору одного ока нижче 0,1 або його сліпота; відсутність очного яблука при гостроті зору другого ока 0,4 і вище або гострота зору одного ока 0,3 при гостроті зору другого ока від 0,3 до 0,1	НМОВ	НОВІ		Н
	в) гострота зору одного ока 0,4 при гостроті зору другого ока від 0,3 до 0,1	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) аномальна трихромасія „С”	П	КПВІ	КПВІ	КПВІ
		П	П	П	

Для придатності до військової служби осіб, яких оглядають згідно з графами I – III Розкладу хвороб, гострота зору для далі з корекцією повинна бути не нижче 0,5 на одне око і 0,1 на друге око або не нижче 0,4 на обох очах. У сумнівних випадках гострота зору визначається за допомогою контрольних методів досліджень.

Особи, які користуються контактними лінзами, повинні мати окуляри, гострота зору в яких дає змогу забезпечити виконання службових обов'язків.

Під час корекції звичайними сферичними лінзами, а також у разі некоригованої анізометропії в оглянутих згідно з графами I – III Розкладу хвороб ураховується гострота зору з практично стерпною корекцією, тобто з різницею в силі лінз для обох очей не більше 2,0 дптр. Корекція астигматизму будь-якого виду повинна бути повністю проведена циліндричними або комбінованими лінзами.

В осіб, які вступають у ВВНЗ, гострота зору з корекцією, що не перевищує вказаної у ТДВ межі рефракції, визначається тільки за наявності в них короткозорості, простого або складного короткозорого астигматизму, а за інших причин зниження зору (у тому числі при далекозорості, далекозорому або змішаному астигматизмі) – без корекції.

Під час діагностики видів і ступенів зниження кольорового зору слід керуватися методичними вказівками до поліхроматичних таблиць або

аномалоскопів. У разі виявлення у кандидатів на військову службу за контрактом, навчання у ВВНЗ порушень кольорового зору (монохромазія, діхромазія, аномальна тріхромазія „А”, „В”) приймається постанова про непридатність до військової служби, до навчання у ВВНЗ

Стаття 32	Стани після перенесених гострих хвороб ока та придаткового апарату або хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	КПВІ			
			ТН, ПЛ, ПВЗ			

Відстрочка від прийняття на військову службу за контрактом надається тільки в тому разі, якщо для стаціонарного лікування хворого потрібен строк не менше 1 місяця. Питання про придатність кандидатів до навчання у ВВНЗ та придатність до роботи за військовою спеціальністю вирішується не раніше ніж через 6 місяців після завершення курсу лікування

Хвороби вуха та соскоподібного відростка (Н60-Н99), їх наслідки

Стаття 33	Включено: хвороби зовнішнього вуха Н60-Н64 (зовнішній отит, перихондрит, сірчана пробка, набутий стеноз та інші)	П	П	П	П
-----------	--	---	---	---	---

Військовослужбовці, які страждають на хронічну рецидивну екзему зовнішнього слухового проходу, вушної раковини, привушної ділянки, за відсутності ефекту від лікування у стаціонарних умовах оглядаються згідно зі статтею 57 Розкладу хвороб.

Стаття 34	Включено: хвороби середнього вуха і соскоподібного відростка Н65-Н75 (негнійний, гнійний середній отит; запалення, закупорка слухової труби, мастоїдит і споріднені стани, холестеатома, перфорація (нетравматична) барабанної перетинки, гострий та хронічний мірингіт, тимпаносклероз, поліп середнього вуха тощо)				
	а) односторонній або двосторонній середній отит з поліпами, грануляціями в барабанній порожнині, з виділенням гною, карієсом кістки, супроводжуваний хронічними захворюваннями носа або біляносових пазух зі стійким порушенням носового дихання	НМОВ	НОВІ		Н
	б) односторонній або двосторонній середній отит, не супроводжуваний захворюваннями, зазначеними у пункті “а”	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	в) інші залишкові явища хвороб середнього вуха та соскоподібного відростка	П	КН П	КПВІ П	КН П

При хронічних захворюваннях середнього вуха громадянам та військовослужбовцям пропонується лікування.

Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі з добрими найближчими результатами медичний огляд за графами І – ІІІ проводиться на підставі статті 37 Розкладу хвороб.

До пункту “а” належать стани після хірургічного лікування хронічних захворювань середнього вуха з неповною епідермізацією постопераційної порожнини за наявності в ній гною, грануляцій або холестеатомоподібних мас.

Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі при повній епідермізації постопераційної порожнини огляд проводиться згідно з пунктом “в”.

Особи, у яких є рубець барабанної перетинки без порушення її рухомості та барофункції, визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ

Стаття 35	Включено: хвороби внутрішнього вуха, порушення вестибулярної функції Н81-Н85 (хвороба Мен'єра, вестибулярний нейроніт, лабіринтит та інше)				
	а) стійкі значно виражені вестибулярно-вегетативні розлади, супроводжувані симптомами мен'єрівського захворювання	НМОВ	НМОВ		Н
	б) нестійкі, рідко рецидивуючі, помірно виражені вестибулярно-вегетативні розлади	НМОВ	ПОВІ		Н
	в) стійка чутливість до вестибулярних подразників	П	П	П	Ю

До пункту "а" належать різко виражені мен'єроподібні захворювання, а також інші тяжкі форми вестибулярних розладів органічного або функціонального характеру, напади яких спостерігалися під час стаціонарного обстеження або підтверджені спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом.

До пункту "б" належать випадки мен'єроподібних захворювань, напади яких мають короточасний перебіг з помірно вираженими вестибулярно-вегетативними розладами, що не мають значного впливу на виконання службових обов'язків.

До пункту "в" належать випадки стійкої підвищеної чутливості до закачування за відсутності симптомів вестибулярних розладів та захворювань інших органів.

Вирішуючи питання про придатність до служби у плавскладі, потрібно пам'ятати, що до закачування можливе звикання.

У разі коли у військовослужбовців закачування систематично призводить до втрати працездатності в морських походах та відсутності позитивних результатів тренувань (не менше одного року), на підставі даних характеристик командування, лікаря частини та результатів обстеження вестибулярно-вегетативної чутливості приймається постанова про непридатність до служби у плавскладі. У разі підвищеної чутливості до закачування не можна обмежуватись обстеженням лише вестибулярної функції без глибокого всебічного обстеження всього організму, оскільки вегетативні розлади можуть виходити не тільки з вушного лабіринту, а й з інших органів.

Результати вестибулометрії в ряді випадків оцінюються разом з невропатологом.

Якщо є підозра на тимчасовий характер вестибулярних розладів, то потрібно всебічне, часто стаціонарне обстеження та лікування.

Під час відбору поповнення у плавсклад критерієм стійкості до закачування є результати дослідження отолітової реакції або проби безперервної кумуляції прискорень Каріюліса. Особи, які дають при цьому дослідженні різку вестибулярну реакцію III ступеня, є непридатними для служби у плавскладі.

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

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

Стаття 36	Включено: кондуктивна і нейросенсорна втрата слуху Н80, Н90-Н95 (отосклероз, вроджена глухота, ототоксична втрата слуху, оталгія, оторея, кровотеча із вуха, дегенеративні та судинні хвороби вуха, хвороби слухового нерва)			
	а) стійка повна глухота на обидва вуха або глухонімота	НВВО	НВВО	

	б) стійка повна глухота або стійке зниження слуху при сприйнятті шепітної мови на відстані до 1 м на одне вухо, до 2 м на друге вухо	НМОВ	НОВІ		Н
	в) стійка повна глухота на одне вухо при сприйнятті шепітної мови на відстані від 2 м до 4 м на друге вухо або стійке зниження слуху при сприйнятті шепітної мови на відстані до 2 м на одне вухо і до 3 м на друге вухо	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
<p>Для придатності до військової служби осіб, яких оглядають згідно з графами I – IV Розкладу хвороб, сприйняття шепітної мови повинно бути на відстані не менше 1 м на одне вухо та 4 м на друге вухо або по 3 м на кожне вухо. Стійка повна глухота на обидва вуха або глухонімота повинні бути підтверджені лікувально-профілактичними закладами, установами або навчальними закладами для глухонімих.</p> <p>Для визначення пониження слуху потрібні, крім звичайного дослідження шепітною мовою, повторні спеціальні дослідження розмовною та шепітною мовою, камертонами і тональною, пороговою аудіометрією з обов'язковим визначенням барофункції вуха.</p> <p>При зниженні слуху, що визначає зміну ступеня придатності до військової служби, зазначені дослідження проводяться багаторазово (не менше 3 разів) за період обстеження. Якщо є підозра на повну глухоту на одне чи на обидва вуха, то слід використовувати методи об'єктивного визначення глухоти.</p> <p>Військовослужбовці зі зниженим слухом призначаються на посади і роботу з урахуванням цього недоліку.</p> <p>Під час індивідуальної оцінки придатності до військової служби, служби за контрактом ураховуються конкретні умови служби військовослужбовця, характеристика командування та дані функціонального дослідження слуху шляхом перевірки чутливості через навушники з використанням електроакустичних засобів зв'язку (телефони, радіозв'язок).</p> <p>Після операцій, що поліпшують слух, щодо оглянутих згідно з графами II, III Розкладу хвороб в окремих випадках згідно зі статтею 37 приймається постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я. Після відпустки придатність осіб до військової служби визначається залежно від результатів лікування згідно з пунктами "а", "б" або "в" статті 36</p>					
Стаття 37	Стани після перенесених гострих хвороб вуха та соскоподібного відростка або хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	КПВІ		
			ТН, ПЛ, ПВЗ		
<p>Постанова про потребу військовослужбовця у відпустці за станом здоров'я після перенесених захворювань, оперативного лікування може бути прийнята після завершення курсу стаціонарного лікування залежно від загального стану здоров'я і за умови, що для повного відновлення працездатності потрібен строк не менше одного місяця</p>					
Хвороби системи кровообігу (I00-I99), їх наслідки					
Стаття 38	Включено: некоронарогенні хвороби серця (перикарда, міокарда, ендокарда, клапанного апарату), легенева серце і порушення легеневого кровообігу (легенева емболія, усі форми легенево-серцевої недостатності, хвороби легеневих судин), усі форми кардіоміопатії, порушення серцевого ритму та провідності, дегенерація (дистрофія) міокарда, пролапс мітрального клапана та інші ураження клапанів серця, наслідки хірургічних втручань з приводу вроджених або набутих вад серця I00-I09, I26-I52, що супроводжуються серцевою недостатністю				
	а) із серцевою недостатністю II-Б – III стадії	НВВО	НВВО		
	б) із серцевою недостатністю II-А стадії	НМОВ	НОВІ		Н

в) із серцевою недостатністю I стадії	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без серцевої недостатності	НМОВ	КПВІ	КПВІ	КПВІ
		П	П	П

Визначення стадії СН та/або стійкості порушення ритму та провідності проводиться після проведеного лікування та стабілізації клінічного стану.

Оцінку стадії СН слід проводити з урахуванням наявності об'єктивних симптомів СН або об'єктивних доказів наявності дисфункції серця (систоличної та/або діастолічної) у стані спокою та результатів тестів з фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл-тест у Ватах), а за неможливості їх виконання – дані 6-хвилинного тесту з ходьбою. Остаточний експертний діагноз СН може бути встановлений лише за результатами даних інструментального (насамперед ЕХО-КГ) дослідження.

Порушення серцевого ритму та провідності повинні бути зафіксовані на ЕКГ, холтерівському моніторингу ЕКГ, при функціональних пробах або електрофізіологічних дослідженнях. До стійких порушень ритму серця належать аритмії тривалістю більше 7 діб, які потребують антиаритмічної терапії та відновлюються після припинення лікування. До стійких порушень провідності належать постійні АВ-блокади I та II ступенів, повні внутрішньощлуночкові блокади.

До пункту "а" належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН II-Б або III стадій чи важкими, резистентними до лікування порушеннями ритму та провідності. Крім того, до пункту "а" належать незалежно від стадії СН комбіновані та поєднані набуті вади серця; недостатність будь-якого клапана серця III-V стадій, яка супроводжується регургітацією 3 – 4 ступенів; стеноз будь-якого клапана серця незалежно від стадії; інфекційний ендокардит або стан після перенесеного інфекційного ендокардиту; кардіоміопатії: дилатаційна, обструктивна, гіпертрофічна, рестриктивна; хронічний констриктивний перикардит, у тому числі кальциноз перикарда, прогресуючий перикардальний випіт; наслідки оперативного втручання з приводу вроджених або набутих вад серця, імплантації штучного водія ритму (у тому числі дефібрилятора-кардіовертера) або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція АВ-з'єднання тощо) за наявності рецидивуючих порушень ритму та провідності або СН II – III стадій; раптова серцева смерть з відновленням серцевої діяльності; шлуночкові тахікардії; стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, які супроводжувалися синкопальним станом; сино-аурикулярна або АВ-блокада III ступеня; стійка, резистентна до лікування сино-аурикулярна або АВ-блокада II ступеня, яка супроводжується клінічною симптоматикою; будь-яка АВ-блокада, яка супроводжує нейром'язові захворювання, такі як міотонічна м'язова дистрофія, синдром Кіраса-Сейра, дистрофія Ерба, малогомілкова м'язова дистрофія навіть за відсутності клінічних проявів; трипучкова блокада серця; спадкові синдроми: подовженого інтервалу Q-T, Бругада, аритмогенна дисплазія правого шлуночка; синдром Фредеріка; набутий синдром подовженого інтервалу Q-T із синкопальними станами; будь-які порушення ритму або провідності серця, які супроводжувалися тромбоемболічними ускладненнями, аритмогенним шоком або синдромом Моргані-Адамса-Стокса; стан після тромбоемболії легеневої артерії або легенева гіпертензія внаслідок хронічних тромботичних або емболічних захворювань; легенева гіпертензія, асоційована з ураженням лівих відділів серця, з ознаками правошлуночкової декомпенсації; легенева гіпертензія, асоційована з патологією дихальної системи та/або гіпоксемією, з ознаками правошлуночкової декомпенсації; легенева артеріальна гіпертензія (уключаючи ідіопатичну) із ступенями важкості III – IV ФК.

При легеневій артеріальній гіпертензії експертне рішення приймається відповідно до основного захворювання.

При ідіопатичній легеневій гіпертензії щодо осіб, які оглядаються згідно з графою I, рішення приймається відповідно до пункту "а"; щодо інших осіб – при ступені важкості ідіопатичної легеневої гіпертензії II ФК – відповідно до пункту "б", при ступені важкості I ФК – відповідно до пункту "в".

До пункту "б" належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН II-А стадії.

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

ізолювані набуті вади аортального або трикуспідального клапанів; набуті вади (недостатність) мітрального клапана або клапана легеневої артерії, які супроводжуються регургітацією II ступеня або II стадії, або за наявності легеневої гіпертензії; хронічний (рецидивний 2 рази або більше протягом року) або прогресуючий перебіг запальних уражень міокарда, перикарда, перикардіального випоту; надшлуночкові тахікардії; фібриляція або тріпотіння передсердь постійні, пароксизмальні або персистуючі; стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, який не супроводжувався синкопальним станом (крім зупинки синусового вузла, який належить до пункту “а”); синдром передчасного збудження шлуночків (пreeксітації) – Вольфа-Паркінсона-Уайта (синдром WPW), синдром укороченого інтервалу P-R(Q) – Клерка-Леві-Критеско (CLC) або Лауна-Ганонга-Левіна (LGL) за наявності клінічних проявів або пароксизмальних порушень ритму; набутий синдром подовженого інтервалу Q-T; парасистолія; стійка надшлуночкова, шлуночкова екстрасистолія: часта (30 і більше ектопічних комплексів за одну годину), алоритмія, поліморфна, парна або рання; двопучкові блокади серця, стійкі за наявності $QRS \geq 0,12$ сек; безсимптомна AV-блокада II ступеня I типу; блокада ніжок пучка Гіса, яка супроводжується порушенням AV-провідності або клінічною симптоматикою; легенева гіпертензія, асоційована з ураженням лівих відділів серця та/або з патологією дихальної системи та/або гіпоксемією без ознак правошлуночкової декомпенсації та ступенем важкості II ФК та вище; наслідки оперативного втручання з приводу імплантації штучного водія ритму або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) без рецидивуючих порушень ритму та провідності або за наявності СН I стадії.

До пункту “в” належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН I стадії.

Крім того, до пункту “в” належать:

гостра ревматична лихоманка та хронічна ревматична хвороба серця; стійка міграція надшлуночкового водія ритму; синдром передчасного збудження шлуночків – Вольфа-Паркінсона-Уайта (синдром WPW), синдром вкороченого інтервалу P-R(Q) – Клерка-Леві-Критеско (CLC) або Лауна-Ганонга-Левіна (LGL) за відсутності клінічних проявів та пароксизмальних порушень серцевого ритму; двопучкові блокади серця неповні або минуці; повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень AV-провідності або клінічної симптоматики; стійка синусова тахікардія або брадикардія (за винятком синдрому слабкості синусового вузла); вислизаючі (висковзуючі) комплекси та ритми; екстрасистолія: передсердна, атривентрикулярна, поодинокі шлуночкова (до 30 ектопічних комплексів за одну годину); безсимптомна синоаурикулярна або AV-блокада I ступеня; пролапс мітрального або інших клапанів серця, міокардіофіброз, що супроводжуються поодинокими стійкими порушеннями ритму та провідності або СН I стадії, або без таких з регургітацією 2 ступеня. Пролапс клапанів серця з регургітацією повинен підтверджуватися даними доплероехокардіографії. Критерії ступенів регургітації: I – до 2 см, II – 2 – 4 см, III – більше 4 см.

До пункту “г” належать усі некоронарогенні хвороби серця, які не супроводжуються СН та порушеннями серцевого ритму і провідності.

Крім того, до пункту “г” належать:

стійко компенсовані наслідки захворювань м'яза серця, перикарда, міокардіофіброз без СН; пролапс мітрального, трикуспідального клапанів з регургітацією I ступеня; пролапс клапана легеневої артерії за відсутності легеневої гіпертензії.

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

Критерії клінічних стадій СН

Стадія СН	Клінічні прояви	6-хвилинний тест-ходьба (дистанція в метрах, яку необхідно пройти за 6 хвилин)	Порогова потужність фізичного навантаження за даними тестів з фізичним навантаженням (велоергометрія або тредміл) (у Ватах)
СН I	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються тільки під час підвищеного фізичного навантаження та минають у стані спокою. Першу стадію СН може бути діагностовано за відсутності клінічних симптомів захворювання за умови виявлення при ЕХО-КГ-дослідженні зниження фракції викиду не нижче ніж 45 % або у разі виявлення порушення діастолічної функції ЛШ	426-550	Чоловіки – 101 – 150 Жінки – 86 – 125
СН II-A	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються при помірному фізичному навантаженні та супроводжуються порушенням гемодинаміки у великому або малому колах кровообігу	300-425	Чоловіки – 51 – 100 Жінки – 51 – 85
СН II-B	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, напади стенокардії, що з'являються при незначному фізичному навантаженні і супроводжуються порушеннями гемодинаміки у великому та малому колах кровообігу	150-300	Чоловіки та жінки – нижче 51
СН III	Скарги на задишку або задуху, серцебиття, втому, напади стенокардії у стані спокою. Мають місце тяжке порушення гемодинаміки в обох колах кровообігу, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів	Менше ніж 150	Не проводиться

Стаття 39

Включено: хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, I10-I15 (гіпертонічна хвороба, вторинна гіпертензія)

а) гіпертонічна хвороба III стадії

НВВО

НВВО

б) гіпертонічна хвороба II стадії

НМОВ

НОВІ

НОВІ

Н

в) гіпертонічна хвороба I стадії

НМОВ

ПОВІ

ПОВІ

Н

Особи з підвищеним артеріальним тиском підлягають стаціонарному обстеженню у спеціалізованому лікувальному закладі. Стадія гіпертонічної хвороби встановлюється з урахуванням рівня АТ та наявності об'єктивних ознак ураження органів-мішеней. Експертний діагноз

гіпертонічної хвороби формулюється з визначенням її стадії та характеру ураження органів-мішеней.

Класифікація ступеня артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

Категорії	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
1	2	3
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130 – 139	85 – 89
Гіпертензія		
1 ступінь (м'яка АГ)	140 – 159	90 – 99
2 ступінь (помірна АГ)	160 – 170	100 – 109
3 ступінь (тяжка АГ)	> 180	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≤ 140	≤ 90

До пункту “а” належать:

гіпертонічна хвороба III стадії; злоякісна (швидкопрогресуюча) форма гіпертонічної хвороби; симптоматичні артеріальні гіпертензії з підвищенням АТ до 3 ступеня; поєднання симптоматичної артеріальної гіпертензії будь-якого ступеня з асоційованими клінічними станами.

Асоційовані клінічні стани:

- а) інфаркт міокарда, коронарна реваскуляризація;
- б) СН II-A – III ст.;
- в) інсульт, транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія, хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії, судинна деменція;
- г) крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього;
- г) ниркова недостатність з концентрацією креатинину у плазмі в чоловіків вище за 133 мкмоль/л (або > 1,5 мг/дл), у жінок – вище 124 мкмоль/л (або > 1,4 мг/дл);
- д) протеїнурія більше 300 мг за добу;
- е) аневризма аорти, що розширюється;
- є) симптоматичне ураження периферичних судин.

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

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

До пункту “б” належать:

гіпертонічна хвороба II стадії; симптоматичні артеріальні гіпертензії з підвищенням АТ до 2 ступеня.

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

шлуночка (за даними ЕКГ (ознака Соколова-Лайона – більше ніж 38 мм, Корнельський добуток (сума амплітуд зубця S (V3) та R (aVL) × тривалість (мс) комплексу QRS (aVL) у мм × мс) – більше ніж 2440), ЕХО-КГ (індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) для чоловіків – більше ніж 125 г/м², для жінок – більше ніж 110 г/м²), рентгенографії) або генералізоване звуження артерій сітківки, або УЗД-ознаки потовщення інтими-медії сонної артерії > 0,9 мм, або наявність атеросклеротичної бляшки, або наявність мікроальбумінурії (30-300 мг/добу), або відношення альбумін – креатинін у сечі для чоловіків рівне або більше за 22 мг/г (2,5 мг/ммоль), для жінок – рівне або більше за 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (для чоловіків – 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл), для жінок – 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл), або зниження швидкості клубочкової фільтрації (< 60 мл/хв/1,73 м²) чи кліренс креатиніну (< 60 мл/хв), або швидкість каротидно-стегнової пульсової хвилі більше ніж 12 м/с, або ступнево-плечовий індекс кров'яного тиску менше ніж 0,9.

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

До пункту “в” належить гіпертонічна хвороба I стадії з підвищеними показниками артеріального тиску (у спокої: систолічного – 140 мм рт. ст. та вище, діастолічного – 90 мм рт. ст. та вище). При I стадії об'єктивних ознак органічних ушкоджень органів-мішеней та асоційованих клінічних станів немає.

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

Діагноз гіпертонічної хвороби під час огляду повинен бути підтверджений стаціонарним обстеженням.

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

Стаття 40	Включено: ішемічна хвороба серця I20-I25 (усі форми стенокардії, гострий та повторний інфаркт міокарда, їх ускладнення); хронічна ішемічна хвороба серця (атеросклеротична хвороба серця, аневризма серця, коронарної артерії, наслідки хірургічних втручань на судинах серця, імплантації штучного водія ритму та інші, що супроводжуються серцевою недостатністю)			
	а) із серцевою недостатністю II-Б – III стадій	НВВО	НВВО	
	б) із серцевою недостатністю II-А стадії	НМОВ	НОВІ	Н
	в) із серцевою недостатністю I стадії	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ

Наявність ІХС повинна бути підтверджена інструментальними та лабораторними методами дослідження (обов'язкові: ЕКГ у спокої та з навантажувальними пробами, ЕХО-КГ, визначення ліпідного спектра; додаткові: холтерівське моніторування ЕКГ, навантажувальні тести з ЕХО-КГ контролем, коронароангіографія тощо).

Визначення стадії СН та важкості, стійкості порушень серцевого ритму та провідності викладено в статті 38.

До пункту “а” належать захворювання серця і судин:

стенокардія напруги III, IV функціональних класів; аневризма серця, великовогнищевий кардіосклероз після трансмурального або повторного інфаркту міокарда незалежно від стадії СН або порушень ритму та провідності; поєднання стенокардії напруги ФК II із СН II-А стадії та вище; стани після аорто-коронарного шунтування черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності

важких чи середньої важкості порушень ритму та провідності або СН II-A стадії та вище; стани після імплантації штучного водія ритму (у тому числі дефібрилятора-кардіовертера) або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) за наявності рецидивуючих порушень ритму та провідності або СН вище за II-A стадію; раптова серцева смерть з відновленням серцевої діяльності;

шлуночкові тахікардії; стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, які супроводжувалися синкопальним станом; сино-аурикулярна або AV-блокада III ступеня; стійка, резистентна до лікування сино-аурикулярна або AV-блокада II ступеня, яка супроводжується клінічною симптоматикою; трипучкова блокада серця; синдром Фредеріка; набутий синдром подовженого інтервалу Q-T із синкопальними станами; будь-які порушення ритму або провідності серця, які супроводжувались аритмогенним шоком або синдромом Морганьї-Адамса-Стокса, безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні до 75 Вт.

До пункту "б" належать:

стенокардія напруги II функціонального класу; вазоспастична стенокардія; надшлуночкові тахікардії; фібриляція або тріпотіння передсердь постійні, пароксизмальні або персистуючі; стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, який не супроводжувався синкопальним станом (крім зупинки синусового вузла); набутий синдром подовженого інтервалу Q-T без синкопальних станів; стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності легких порушень ритму та провідності або СН I стадії; безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні 75-100 Вт; дифузний кардіосклероз після дрібновогнищевого інфаркту міокарда, що супроводжується порушеннями серцевого ритму та провідності, серцевою недостатністю або стенокардією; стійка шлуночкова екстрасистолія: (часта – 30 і більше ектопічних комплексів за одну годину), алоритмія, поліморфна, парна або рання; парасистолія; двопучкові блокади серця, стійкі, за наявності $QRS \geq 0,12$ сек.; безсимптомна AV-блокада II ступеня I типу; блокада ніжок пучка Гіса, яка супроводжується порушенням AV-провідності або клінічною симптоматикою.

До пункту "в" належать:

стенокардія напруги I функціонального класу, безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні від 125 Вт і більше; дифузний кардіосклероз після дрібновогнищевого інфаркту міокарда, що не супроводжується порушеннями серцевого ритму та провідності, серцевою недостатністю або стенокардією; стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій без порушень серцевого ритму, провідності, серцевої недостатності; дифузний кардіосклероз; відсутність визначеної хвороби серця за наявності порушень серцевого ритму та провідності або СН I стадії; безсимптомна сино-аурикулярна або AV-блокада I ступеня; повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень AV-провідності або в поєднанні з AV-блокадою I ступеня за відсутності клінічної симптоматики; стійка міграція надшлуночкового водія ритму; двопучкові блокади серця неповні або минучі; вислизаючі комплекси та ритми; екстрасистолія: передсердна, атріовентрикулярна, поодинокі шлуночкова (до 30 ектопічних комплексів за одну годину).

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

Характеристика функціональних класів:

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

II функціональний клас – незначне обмеження звичної діяльності. Стенокардія виникає під час ходьби або швидкого підйому сходами, під час ходьби вгору або навантаження після їжі, у прохолодну погоду, під час емоційного перевантаження або тільки протягом перших кількох годин після пробудження. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність – 75–100 Вт;

III функціональний клас – значне обмеження звичайної фізичної активності. Стенокардія виникає під час проходження 1–2 кварталів (100-200 метрів) по рівній поверхні або під час підйому на один поверх сходами з нормальною швидкістю за нормальних умов. Толерантність до

фізичного навантаження або порогова потужність – 50–75 Вт;

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

Характеристика функціональних класів

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

Стаття 41

Включено: цереброваскулярні хвороби I60-I69 (субарахноїдальний, внутрішньошлуночковий, внутрішньочерепний (нетравматичний) крововилив, G45 транзиторні церебральні ішемічні напади і споріднені з ними синдроми, інфаркт головного мозку, інсульт (геморагічний, ішемічний), його наслідки, закупорка, стеноз, емболія, тромбоз, аневризма прецеребральних, базилярної, сонної, хребтової артерій; церебральний атеросклероз, гіпертензивна енцефалопатія, наслідки хірургічних втручань).

Виключено: вегетосудинна дистонія G90 (включено до статті 83)

а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

До пункту “а” належать:

повторні інсульти незалежно від ступеня порушення функцій; стійкі випадіння функцій нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спинального кровообігу; виражені неврологічні порушення при дисциркуляторній енцефалопатії III стадії (дискоординаторні, пірамідні, аміостатичні, псевдобульбарні, паркінсонічні, пароксизмальні (знепритомнення, епілептичні напади) порушення, геміплегії, глибокі парези, розлади мови, зниження критики, інтелекту, порушення функцій тазових органів тощо).

До пункту “б” належать:

множинні артеріальні аневризми після їх виключення з кровообігу; артеріовенозні аневризми після емболізації, штучного тромбування або інтракраніального вилучення; судинні ураження головного та спинного мозку зі сприятливим перебігом та помірною вираженістю осередкових випадів; часті (2 рази на рік і більше) транзиторні ішемічні напади, що підтверджуються медичними документами, у тому числі й стаціонарним лікуванням; явища дисциркуляторної енцефалопатії II стадії при церебральному атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, дисметаболических порушеннях (емоційно-вольові порушення, виснажливості, апатія, депресія, емоційна лабільність, порушення сну, головний біль, запаморочення, зниження працездатності); наявність окремих стійких органічних ознак з боку центральної нервової системи (пірамідні ознаки, чітка анізорефлексія, координаторна дисфункція, симптоми орального автоматизму); легкі порушення функцій тазових органів у вигляді частого сечопускання.

До пункту “в” належать:

поодинокі артеріальні аневризми після внутрішньочерепного клепування або виключення з кровообігу за допомогою балонізації або штучного тромбування; нечасті (не більше одного разу на рік) транзиторні ішемічні напади, що супроводжуються нестійкими осередковими симптомами з боку центральної нервової системи (парез, парастезії, розлади мови, мозочкові явища), які утримуються не більше доби та проходять без порушень функцій нервової системи; наслідки порушень спинального кровообігу у вигляді нерізких розладів чутливості або легкого парезу

кінцівок.

Цей пункт включає прояви дисциркуляторної енцефалопатії I стадії (головний біль, запаморочення, шум у голові, дратівливість, підвищена втомлюваність, порушення сну, зниження пам'яті та працездатності). Ураження нервової системи легкі органічні, але стійкі: похвалення сухожильних рефлексів, анізорефлексія, асиметрія обличчя, недостатність конвергенції, симптоми орального автоматизму, неврозоподібні порушення астенічного типу.

Оглянуті згідно з графою I Розкладу хвороб після перенесеного первинного (нетравматичного) підпаутинного крововиливу за умови точно встановленого діагнозу в стаціонарі оглядаються відповідно до пункту "а", оглянуті згідно з графами II, III, IV Розкладу хвороб – відповідно до пункту "б".

Оглянуті згідно з графами II, III після вперше перенесеного транзиторного ішемічного нападу при повному відновленні функцій ЦНС оглядаються відповідно до статті 44 Розкладу хвороб.

У разі аневризми судин головного мозку, які є причиною порушення мозкового кровообігу, і за неможливості оперативного лікування або відмови від нього огляд проводиться згідно з пунктом "а" незалежно від ступеня вираження залишкових явищ порушень мозкового кровообігу та функцій нервової системи.

Під час оцінювання придатності до військової служби осіб, оперованих з приводу аневризми судин головного мозку, інших судинних уражень головного та спинного мозку, ураховуються радикальність операції, її ефективність, динаміка відновлення порушених функцій. За наслідками оперативного втручання особи, оглянуті згідно з графами I, II, III, IV, оглядаються відповідно до пунктів "а", "б" чи "в" цієї статті

Стаття 42

Включено: хвороби артерій, артеріол та капілярів I70-I79 (атеросклероз аорти, ниркової артерії, артерій кінцівок, генералізований атеросклероз; стеноз або аневризма, розширення або розшарування аорти та інших артерій; емболія і тромбоз аорти та інших артерій; хвороби периферичних судин (синдром Рейно, облітеруючий тромбангіт)); набутий артеріовенозний свищ, спадкова гемолітична телеангіектазія, непухлинний некус; хвороби вен, лімфатичних судин та вузлів I80 – I89 (флебіт, тромбофлебіт, тромбоз воротної вени, емболія та тромбоз інших вен; варикозне розширення вен нижніх кінцівок; варикозне розширення вен стравоходу, мошонки, яєчка, таза, післяфлебітичний синдром; неспецифічний лімфаденіт, наслідки хірургічних втручань)

а) зі значними порушеннями кровообігу та функцій	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями кровообігу та функцій	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями кровообігу та функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без порушень кровообігу та функцій	НМОВ	КН	КПВІ	КН
		П	П	П

За наявності показань громадянам та військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього придатність до військової служби визначається залежно від вираженості патологічного процесу.

До пункту "а" належать:

артеріальні та артеріовенозні аневризми магістральних судин; облітеруючий атеросклероз, ендартеріїт, тромбангіїт та аортоартеріїт при декомпенсованих ішеміях кінцівок (гангренозно-некротична стадія); атеросклероз черевного відділу аорти з частковою або повною облітерацією просвіту її вісцеральних гілок, здухвинних артерій з різкими порушеннями функцій органів та дистального кровообігу; тромбоз воротної або порожнистої вени; часто рецидивний тромбофлебіт, флеботромбоз; посттромботична і варикозна хвороба нижніх кінцівок, індуративно-виразкова форма з хронічною венозною недостатністю III ступеня (недостатність клапанів глибоких, підшкірних та комунікантних вен з наявністю постійного набряку, гіперпігментації та витончення шкіри, індурації, дерматиту, виразок та післявиразкових рубців); наявність імплантованого қава-фільтра; слоновість IV ступеня; наслідки реконструктивних операцій на великих магістральних (аорта, здухвинна, стегнова, брахіоцефальна артерії, воротна або порожниста вена) та периферичних судинах за наявності вираженого порушення кровообігу і при прогресуючому перебігу захворювання.

До пункту “б” належать:

облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, аортоартеріїт і атеросклероз судин нижніх кінцівок II стадії; посттромбофлебітична або варикозна хвороба, набряково-індуративна форма з хронічною венозною недостатністю III ступеня (набряклість стоп та гомілок, яка не зникає повністю за час нічного відпочинку, свербіння, гіперпигментація, витончення шкіри, відсутність виразок); слоновість III ступеня; наслідки реконструктивних операцій на магістральних та периферичних артеріях з незначним порушенням кровообігу; варикозне розширення вен сім'яного канатика III стадії (канатик опускається нижче нижнього полюса атрофованого яєчка, наявність постійного больового синдрому, порушення сперматогенезу). Особи, що оглядаються згідно з графами II, III Розкладу хвороб, за наявності варикозного розширення вен сім'яного канатика III ступеня оглядаються відповідно до пункту “в”.

До пункту “в” належать:

облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, атеросклероз судин нижніх кінцівок I стадії; посттромботична або варикозна хвороба нижніх кінцівок з явищами хронічної венозної недостатності II ступеня (періодична набряклість стоп, гомілок після довготривалого ходіння або стояння, яка зникає після денного або нічного відпочинку); слоновість II ступеня; варикозне розширення вен сім'яного канатика II стадії.

До пункту “г” належать:

варикозна хвороба нижніх кінцівок без ознак венозної недостатності (I ступеня); слоновість I ступеня (незначний набряк тилу ступні, що зменшується або зникає в період нічного або денного відпочинку).

Розширення вен нижніх кінцівок на окремих ділянках у вигляді циліндричних або звивистих еластичних вип'ячувань без ознак венозної недостатності, варикоцеле I ступеня не є підставою для застосування цієї статті, не перешкоджають проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ.

Після травм, поранень та інших пошкоджень великих магістральних артерій з повним відновленням кровообігу та функцій для осіб, які оглядаються згідно з графою I Розкладу хвороб, застосовується пункт “в”, а якщо згідно з графами II, III Розкладу хвороб, – пункт “г” цієї статті.

Діагноз захворювань та наслідків пошкоджень судин повинен відображати стадію процесу та ступінь функціональних порушень. Постанова приймається після клінічного обстеження із застосуванням методів, що дають об'єктивні показники (реовазографія з нітрогліцериновою пробою, ангіо-, флебо-, лімфографією тощо)

Стаття 43	Включено: усі форми геморою I84				
	а) з частими загостреннями та вторинною анемією	НМОВ	НОВІ		Н
	б) з випадінням вузлів II, III стадій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	в) з рідкими загостреннями при успішному лікуванні	НМОВ	КН П	КПВІ П	Н

За наявності показань військовослужбовцям пропонується хірургічне або консервативне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього огляд проводиться згідно з пунктами “а”, “б” або “в” залежно від вираженості вторинної анемії, частоти загострень та стадії випадіння гемороїдальних вузлів. До частих загострень геморою належать випадки, коли оглянутий перебуває 2-3 рази на рік на стаціонарному лікуванні з довгими (1 місяць і більше) строками госпіталізації з приводу кровотечі, тромбозу, запалення або випадіння гемороїдальних вузлів II, III стадії, а також коли захворювання ускладнюється повторними кровотечами, що потребують стаціонарного лікування

Стаття 44	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб	КН, ПЛ, ПВЗ	КН
-----------	---	-------------	----

	системи кровообігу або хірургічного лікування		ТН, ПЛ, ПВЗ
--	---	--	-------------

Передбачає стани після перенесених гострих запальних уражень серця (перикардит, міокардит, ендокардит, ревматизм), метаболічної кардіоміопатії, гострих форм ІХС (інфаркт, нестабільна стенокардія), гіпертонічних криз, тромбоемболії легеневої артерії, травм серця, операцій ревазуляризації, операцій на клапанному апараті серця, імплантації стимуляторів, кардіовертерів, хірургічного лікування аритмій, захворювань магістральних артерій або вен, стану після гострого порушення мозкового кровообігу за умови порушень функцій тимчасового характеру.

Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, вступають до ВВНЗ, визнаються тимчасово непридатними.

Військовослужбовці, які оглядаються згідно з графами II, III з приводу вищезазначених станів, направляються на реабілітаційне лікування, після завершення якого за необхідності приймається постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я.

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

Хвороби органів дихання (J00 – J99), їх наслідки

Стаття 45	Включено: гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, грип та пневмонія, інші хвороби верхніх дихальних шляхів J00 – J39 (викривлення носової перетинки, поліпи порожнин носа, хронічний фарингіт, назофарингіт, ларингіт, ларинготрахеїт, хронічний синусит, озена, аденоїди, хронічні хвороби мигдаликів)			
	а) озена	НМОВ		
	б) поліпозні або гнійні синусити	НМОВ	ПОВІ	Н
	в) негнійні синусити	КН, ПЛ	КПВІ	
			П	
	г) хронічний декомпенсований тонзиліт	КН, ПЛ	КПВІ	
П				
г) стійкий розлад барофункції вуха або біляносових пазух, а також викривлення носової перетинки з порушенням носового дихання	ПЛ	КПВІ	Н	
		П		

До пункту «б» належать хронічні гнійні та поліпозні синусити з порушенням носового дихання без ускладнень, які протікають з частими (не менше 2 разів на рік) загостреннями та втратою працездатності, а також гнійні синусити з хронічним декомпенсованим тонзилітом.

Під час огляду громадян та військовослужбовців, які страждають на хронічний гнійний синусит, ураховуються перебіг захворювання, частота загострення та безуспішність лікування за стаціонарних умов.

Діагноз хронічного гнійного захворювання біляносових пазух повинен бути підтверджений риноскопичними даними (гнійні виділення), рентгенографією пазух у двох проекціях, а для верхньощелепної пазухи, крім того, – діагностичною пункцією.

До пункту «в» належать хронічні негнійні захворювання біляносових пазух (катаральні, серозні, вазомоторні та інші негнійні форми синуситів) без ознак дистрофії тканин верхніх дихальних шляхів, без частих загострень, пов'язаних з утратою працездатності.

Викривлення носової перетинки за умови вільного носового дихання не є перешкодою для навчання у ВВНЗ, як і пристінне потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух, якщо під час діагностичної пункції не одержано гною або трансудату та збережена прохідність верхньощелепної пазухи.

Залишкові явища після операції на біляносових пазухах (лінійний рубець перехідної складки переддвер'я рота, сполучення оперованої пазухи з носовою порожниною або вуаль на рентгенограмі) не є перешкодою для військової служби, для навчання у ВВНЗ.

Під хронічним декомпенсованим тонзилітом слід розуміти одну із форм хронічного тонзиліту, яка характеризується частими загостреннями (2-3 рази на рік), втягненням у запальний процес білямигдаликової тканини, регіонарних лімфовузлів та наявністю гнійно-казеозних пробок у лакунах мигдаликів.

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

Стійкий характер порушення барофункції вуха визначається за даними повторних досліджень та вушної манометрії. Найбільш достовірні дані одержуються після додаткового функціонального дослідження у барокамері (рекомпресійній камері). Порушення барофункції біляносових пазух встановлюється на підставі скарг особи, що оглядається, стану носової порожнини, отоскопії, випробування у барокамері на витривалість перепадів тиску з рентгенологічним дослідженням біляносових пазух до та після випробування, даних медичної та службової характеристик.

Особам, які перенесли гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, грип та пневмонію тяжкого ускладненого перебігу, при визначеному результаті захворювання медичний огляд проводиться згідно з пунктом "б" цієї статті, у всіх інших випадках – на підставі статті 48

Стаття 46

Включено: хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів J40-J44, J47 (хронічний бронхіт, емфізема, хронічна обструктивна хвороба легень, бронхоектатична хвороба); хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами, інтерстиціальні хвороби легень J60-J84 (пневмоконіози, хронічні пневмоніти, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосідероз та інші дисеміновані захворювання легень); хронічні гнійні та некротичні хвороби, хвороби плеври, інші хвороби органів дихання J85-J99 (абсцес легені та середостіння, піоторакс тощо)

а) зі значними порушеннями функції зовнішнього дихання	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями функції зовнішнього дихання	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями функції зовнішнього дихання	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без порушень функції зовнішнього дихання	П	КПВІ	КПВІ	Ю
		П	П	

Діагнози хвороб, що входять до цієї статті, встановлюються після комплексного стаціонарного обстеження.

До пункту "а" належать хронічні неспецифічні захворювання легень (ХОЗЛ – хронічний бронхіт або емфізема легень) та нагноювальні захворювання (бронхоектатична хвороба, абсцес легені та середостіння, піоторакс) зі значним порушенням ФЗД та значною втратою працездатності. За цим самим пунктом оглядаються громадяни та військовослужбовці при інтерстиціальних (дисемінованих) хворобах легень (ідіопатичний фіброзний альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосідероз, гістіоцитоз-Х та інші дисеміновані захворювання легень) незалежно від порушення ФЗД.

Згідно з графами I, II, III при хворобах легень, спричинених зовнішніми агентами (пневмококози, хронічні пневмоніти), нагноювальних захворюваннях (абсцес легені та середостіння, піоторакс) придатність до військової служби визначається відповідно до пунктів “а”, “б” чи “в” залежно від ступеня порушення ФЗД.

Показники оцінки функції зовнішнього дихання

Показники	Норма	Ступені порушення функції зовнішнього дихання		
		незначний	помірний	значний
1	2	3	4	5
Клінічні		Задишка при раніше звичних фізичних навантаженнях та під час загострень	Задишка при виконанні незначних фізичних навантажень, повторні загострення, що погіршують якість життя хворого	Задишка в стані спокою, ознаки хронічної правошлункової недостатності
Інструментальні				
Насичення гемоглобіну киснем				
Pa O ₂ , мм рт. ст. 329 т.				< 60
Sa O ₂ , %				< 90
ФЗД				
Життєва ємкість легень (ЖЄЛ) у відсотках належної величини	> 85	84-70	69-50	< 50
Максимальна вентиляція легень (МВЛ) у відсотках належної величини	> 75	74-55	54-35	< 35
Обсяг форсованого видиху за першу секунду (ОФВ ₁) у відсотках належної величини	> 80	79-50	49-30	< 30

Оцінка функціонального стану апарату зовнішнього дихання проводиться поза загостренням захворювань за допомогою методики “петля потік-обсяг”.

Під час оцінювання ФЗД у разі ХОЗЛ слід орієнтуватися передусім на показник ОФВ₁. Також для цих захворювань характерне співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ менше ніж 70 %. Діагноз ХОЗЛ (хронічного бронхіту чи емфіземи легень) для молодих людей віком до 30 років є винятком. У таких хворих насамперед під час обстеження необхідно виключити інші найчастіші причини хронічного кашлю: бронхіальну астму, гастро-езофагальний рефлюкс або захворювання верхніх дихальних шляхів тощо. Якщо все-таки в молодих людей буде наявний симптомокомплекс ХОЗЛ (клініко-функціональна картина незворотної бронхообструкції), то обов’язковим є виключення вроджених його причин, таких як дефіцит α1-антитрипсину, муковісцидоз чи вроджені вади розвитку легень.

Під час оцінювання ФЗД при бронхоектатичній хворобі, хворобах легень, спричинених зовнішніми агентами (пневмококози, хронічні пневмоніти), інтерстиціальних (дисемінованих) хворобах легень (ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосідероз, гістіоцитоз-Х та інші дисеміновані захворювання легень), хронічних гнійних та некротичних хворобах (абсцес легені та середостіння, піоторакс), наслідках гострих неспецифічних хвороб органів дихання або хірургічного лікування у вигляді обмеженого пневмосклерозу,

плевродіафрагмальних чи плеврокостальних шварт (спайок) слід орієнтуватися насамперед на показники ЖЄЛ та МВЛ

Стаття 47	Включено: бронхіальна астма J45-J46				
	а) тяжка персистуюча бронхіальна астма	НВВО	НВВО		
	б) персистуюча бронхіальна астма середньої тяжкості	НМОВ	НОВІ		
	в) легка персистуюча бронхіальна астма	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) інтермітуюча бронхіальна астма	НМОВ	КН	КПВІ	Н
		П	П		

Діагноз бронхіальної астми встановлюється після комплексного стаціонарного обстеження. Для бронхіальної астми характерна гіперреактивність бронхів, що проявляється рецидивними симптомами свистячого дихання, задухи, скутості в грудній клітці, кашлю, особливо вночі та вранці. При бронхіальній астмі бронхообструкція варіабельна зменшується спонтанно або під впливом лікування. Діагноз бронхіальної астми, крім анамнезу та клінічної картини, повинен бути підтверджений дослідженням ФЗД з медикаментозними пробами (проба з бронхолітиком або провокаційна проба з бета-блокатором, фізичним навантаженням). Вірогідним інструментальним підтвердженням діагнозу вважається приріст (або зменшення у разі провокаційної проби) показників ФЖЄЛ, ОФV₁ або пікової обсягової швидкості видиху (ПОШвид) більше ніж на 15 % початкового значення.

Розподіл за ступенями тяжкості бронхіальної астми (інтермітуюча; персистуюча легка, середньої тяжкості, тяжка), заснований на вираженості симптомів, обмеженні прохідності повітропровідних шляхів, варіабельності функції легень, застосовується лише при первинному контакті з хворим, коли він ще не отримує протиастматичної терапії. Після досягнення контролю бронхіальної астми для визначення тяжкості застосовується класифікація за найнижчим рівнем лікування, необхідного для утримання контролю відповідно до вимог чинного законодавства.

До пункту "а" належить тяжка персистуюча бронхіальна астма, у процесі лікування якої характерне застосування максимально можливого арсеналу засобів (ІКС у максимальних дозах +(бета)-агоністи тривалої дії в максимальних дозах + модифікатори лейкотрієнів або теофіліни пролонгованої дії), яке не призводить до контролю за перебігом захворювання. До цього самого пункту належить бронхіальна астма, для контролю якої потрібне постійне вживання системних глюкокортикостероїдів (крок 5).

До пункту "б" належить персистуюча бронхіальна астма середньої тяжкості, для контролю за перебігом якої хворий повинен щодня приймати комбіновану терапію (низькі дози ІКС+(бета)-агоністи тривалої дії, низькі дози ІКС+модифікатори лейкотрієнів, низькі дози ІКС + теофіліни уповільненого вивільнення) або ІКС в середніх або високих дозах (кроки 3, 4).

До пункту "в" належить легка персистуюча бронхіальна астма, для контролю за перебігом якої хворий повинен щодня приймати базисну монотерапію (низькі дози ІКС або модифікатори лейкотрієнів) (крок 2).

До пункту "г" належить легка інтермітуюча бронхіальна астма, для якої характерні непостійні епізодичні короткотривалі денні симптоми. Хворий не потребує призначення контролюючої терапії (крок 1).

Якщо бронхоспастичний синдром є ускладненням інших захворювань, то ступінь придатності до військової служби визначається залежно від перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб.

Якщо бронхоспастичний синдром є ускладненням інших захворювань, то ступінь придатності до військової служби визначається залежно від перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб

Стаття 48	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб	ТН, ПЛ,	КПВІ через 6 місяців
-----------	---	---------	----------------------

	органів дихання або хірургічного лікування	ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ		
<p>Рішення про потребу військовослужбовця у відпустці за станом здоров'я приймається лише за умови ускладненого перебігу гострих респіраторних інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів, грипу, пневмонії тощо (деструкція, пара- та метапневмонічний ексудативний плеврит, емпієма плеври, ателектаз, інфекційно-токсичний шок, інфекційний міокардит, тривала нефропатія (понад тиждень), токсичний гепатит, виражена астенизація тощо). Щодо реконвалесцентів після неускладненого перебігу пневмонії, загострення хронічних захворювань, важкого загострення бронхіальної астми (астматичного статусу), загострення ХОЗЛ, що потребувало тривалої оксигенації, приймається постанова про потребу в звільненні від виконання службових обов'язків.</p> <p>Згідно з цією самою статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці після хірургічного втручання на органах грудної клітки з приводу захворювань за умови неповного функціонального відновлення організму після закінчення стаціонарного лікування</p>					
Хвороби органів травлення (K00-K93), їх наслідки					
Стаття 49	<p>Включено: хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп K00 – K14 (порушення розвитку та прорізування зубів, ратиновані та імпактні зуби, карієс зубів, інші хвороби твердих тканин зубів, хвороби пульпи та периапікальних тканин, інші ушкодження зубів та їх опорного апарату; кісти ділянки рота; інші хвороби щелеп; хвороби слинних залоз, стоматит та пов'язані з ним ураження, хвороби губи, слизової оболонки рота та язика).</p> <p>Виключено: гінгівіт та хвороби пародонта K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06 (включено до статті 50), щелепно-лицьові аномалії, включаючи аномалії прикусу K07 (включено до статті 51)</p>				
	а) відсутність 10 і більше зубів на одній щелепі або заміна їх знімним протезом, відсутність 8 кутніх зубів на одній щелепі, відсутність 4 кутніх зубів на верхній щелепі з одного боку та 4 кутніх зубів на нижній щелепі з другого боку або заміна їх знімними протезами	НМОВ	ПОВІ		Н
	б) відсутність 4 і більше фронтальних зубів на одній щелепі або відсутність другого різця, ікла та першого малого кутнього зуба підряд, за неможливості заміни їх незнімними протезами	ПЛ	КН П	КПВІ П	Н
	в) множинний ускладнений карієс зубів	ТН, ПЛ П			
<p>Пункт “в” застосовується у випадках, коли сума карієзних, пломбованих та видалених зубів більше 9 і при цьому – не менше 4 зубів з клінічними або рентгенологічними ознаками хронічного запалення з ураженням пульпи і періодонта, уключаючи зуби з пломбованими кореневими каналами.</p> <p>Множинний неускладнений карієс є протипоказанням до виходу в море</p>					
Стаття 50	Включено: гінгівіт та хвороби пародонта K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06				
	а) пародонтит, пародонтоз генералізований та захворювання слизової оболонки порожнини рота, що не піддаються лікуванню	НМОВ	ПОВІ		Н

	б) пародонтит, пародонтоз, стоматити, гінгівіти, хейліти та інші захворювання слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз і язика, що піддаються лікуванню	КН, ПЛ	ТН, ПЛ	
<p>Підставою для застосування пункту “а” цієї статті є наявність генералізованої форми пародонтиту, пародонтозу з частими загостреннями та абсцедуванням.</p> <p>Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного дослідження всієї зубощелепної системи з рентгенографією та виявленням супутніх захворювань.</p> <p>До пункту “а” належить пародонтит з глибиною пародонтальної кишені 5 мм і більше, резорбцією кісткової тканини альвеолярного відростка на 2/3 довжини кореня, рухомістю зуба 2-3 ступенів.</p> <p>До пункту “б” належать пародонтити та пародонтози, захворювання слизової оболонки порожнини рота, лейкоплакії та інші захворювання, уключаючи преанцерози. Військовослужбовці направляються на лікування</p>				
Стаття 51	Включено: щелепно-лицьові аномалії, включаючи аномалії прикусу K07			
	а) щелепно-лицьові аномалії (крім вроджених), включаючи аномалії прикусу зі значними порушеннями дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функцій	НВВО	НВВО	
	б) ті самі аномалії з помірними та незначними порушеннями дихальної, нюхової, ковтальної та мовної функцій	НМОВ	НОВІ	Н
	в) за наявності об’єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ	
			П	
<p>До пункту “а” належать:</p> <p>дефекти нижньої щелепи після хірургічного лікування, не заміщені трансплантатами; дефекти, деформації щелепно-лищевої ділянки, а також хронічні, що часто загострюються (більше 2 разів на рік), захворювання щелеп, слинних залоз, скронево-нижньощелепових суглобів; анкілози скронево-нижньощелепових суглобів; контрактури та несправжні суглоби нижніх щелеп за відсутності ефекту від лікування або за відмови від нього; актиномікоз щелепно-лищевої ділянки, який не піддається лікуванню.</p> <p>До пункту “б” належать:</p> <p>аномалії прикусу 2-3 ступенів з роз’єднанням прикусу більше 5 мм або з жувальною ефективністю менше 60 % за М.Г. Агаповим; хронічні сіалоаденіти з частими загостреннями; актиномікоз щелепно-лищевої ділянки із задовільними результатами лікування; хронічний остеомієліт щелеп з наявністю секвестральних порожнин та секвестрів.</p> <p>В окремих випадках залежно від фактичної працездатності, умов служби, думки командування частини військовослужбовці за контрактом з набутими вадами та деформаціями щелепно-лищевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті згідно з пунктом “в”.</p> <p>До пункту “в” належать аномалії прикусу, що супроводжуються роз’єднанням прикусу на 5 мм і менше, з жувальною ефективністю більше 60 % за М.Г. Агаповим. Кандидатам, які вступають до ВВНЗ з такою патологією, пропонується лікування. Огляд після лікування проводиться через 6 – 9 місяців залежно від його результатів, а також ступеня порушення дихальної, жувальної, мовної та слиновидільної функцій. У разі відмови від</p>				

лікування за цим самим пунктом приймається постанова про непридатність до навчання у ВВНЗ.

Щодо військовослужбовців після лікування постанова приймається згідно зі статтею 56 Розкладу хвороб. Якщо хірургічне лікування не застосовувалось, то огляд проводиться згідно з відповідними пунктами цієї статті

Стаття 52	Включено: хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (крім виразкової хвороби) K20-K31 (езофагіт, гастрит, гастродуоденіт, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба та інші); хвороби апендикса K35-K38; неінфекційний ентерит та коліт K50-K52 (хвороба Крона, виразковий коліт); інші хвороби кишечника та очеревини K55-K67 (непрохідність, паралітичний ілеус, інвагінація, дивертикулярна хвороба, синдром подразненого кишечника, запор, мегаколон, хвороби заднього проходу та прямої кишки, перитоніт, спайкова хвороба та інші)				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НММО	НОВІ		
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КН	КПВІ	КПВІ
		П	П	П	

До пункту «а» належать:

набуті стравохідно-трахеальні або стравохідно-бронхіальні свищі, які не оперовані або з незадовільним результатом лікування; рубцеві звуження або нервово-м'язові захворювання стравоходу зі значними клінічними проявами, що потребують систематичного бужування, балонної дилатації або хірургічного лікування; ГЕРХ IV стадії – стравохід Баррета; тяжкі форми хронічних неспецифічних виразкових колітів, ентеритів (у тому числі і хвороба Крона) із значними порушеннями функцій; наслідки резекції тонкої або товстої кишки у вигляді стійкого, значного занепаду живлення або порушення функцій; випадіння усіх шарів прямої кишки під час ходьби або переміщення тіла у вертикальне положення (III стадія); протиприродний задній прохід, кишковий або каловий свищ як завершений етап хірургічного лікування; недостатність сфінктера заднього проходу III ступеня; хронічний парапроктит зі стійкими або такими, що часто відкриваються та важко піддаються лікуванню, свищами.

До пункту «б» належать:

ГЕРХ з виразковим езофагітом, з позастравохідними проявами, що потребує повторного тривалого стаціонарного лікування (два та більше разів на рік), з помірним порушенням функції травлення. ГЕРХ повинна бути підтверджена ендоскопічним і (або) рентгенологічним дослідженнями (обов'язково у горизонтальному положенні). За змогою проведення рН-моніторингу стравоходу; хронічні рецидивуючі неспецифічні виразкові

коліти, хвороба Крона (крім тих, що зазначені в пункті “а”); наслідки резекції тонкої або товстої кишки з незначними проявами демпінг-синдрому; спайковий процес у черевній порожнині з явищами кишкової непрохідності, який потребує стаціонарного лікування (спайковий процес повинен бути підтверджений даними рентгенологічного дослідження або хірургічного лікування); випадіння прямої кишки при фізичному навантаженні (II стадія); недостатність сфінктера заднього проходу I, II ступенів; хронічний парапроктит з частими (два рази і більше на рік) загостреннями.

До пункту «в» належать:

дивертикули стравоходу з клінічними проявами, що не потребують хірургічного лікування; рубцеві звуження та нервово-м'язові захворювання стравоходу при задовільних результатах консервативного лікування; хвороби стравоходу, кишечника, спайкова хвороба з незначним порушенням функцій; ГЕРХ з виразковим езофагітом та нечастими загостреннями; гастродуоденіти з порушенням секреторної та кислотоутворювальної функцій, із занепадом живлення, частими (два рази і більше на рік) загостреннями, які потребують повторної і тривалої госпіталізації; випадіння прямої кишки при дефекації (I стадія); хронічний парапроктит, що протікає з нечастими загостреннями без утворення зовнішнього свища.

У разі випадіння прямої кишки, наявності кишкових або калових свищів, звуження заднього проходу або недостатності його сфінктера, наявності хронічного парапроктиту військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування. Після оперативного лікування медичний огляд проводиться на підставі статті 56 Розкладу хвороб. Придатність до військової служби, до навчання у ВВНЗ визначається залежно від результатів лікування. У разі рецидиву захворювання або відмови від хірургічного лікування постановою приймається за пунктами «а», «б» чи «в».

До пункту «г» належать:

ГЕРХ з ерозивним або катаральним езофагітом та нечастими загостреннями; синдром подразнення товстої кишки; хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту без порушення функції

Стаття 53	Включено: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки K25-K26			
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО	
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ

Наявність виразкової хвороби обов'язково повинна бути підтверджена ендоскопічним і (або) рентгенологічним дослідженнями в умовах штучної гіпотонії. При виразковій хворобі та наявності рентгенологічного підтвердження за останні 3-5 років за графами II, III експертні висновки можуть бути зроблені на підставі ендоскопічних досліджень. Для осіб, які приймаються на військову службу за контрактом (за наявності в анамнезі виразкової хвороби), наявність рентгеноскопії в умовах штучної гіпотонії обов'язкова.

До пункту «а» належать:

екстирпація шлунка або його субтотальна резекція; наслідки резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу незалежно від ступеня порушення функції; наслідки стовбурової або селективної ваготомії, ушивання (висічення) перфоративної виразки з наявністю ускладнень у вигляді демпінг-синдрому, порушення живлення II – III ступенів, рецидивуючих анастомозитів, виразки анастомозу; виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнена пенетрацією, стенозом пілоробульбарної зони (затримкою контрастної речовини в шлунку більше 24 годин), що супроводжується занепадом живлення за наявності протипоказань до оперативного лікування або відмови від нього.

До пункту «б» належать:

виразкова хвороба з виразками, що довго не рубцюються (з локалізацією в шлунку протягом трьох місяців і більше, з локалізацією в дванадцятипалій кишці протягом двох місяців і більше); виразкова хвороба з частими (два рази і більше на рік) рецидивами виразки, що потребують тривалого стаціонарного лікування (більше двох тижнів); виразкова хвороба з гігантськими (3 см і більше в шлунку або 2 см і більше у

дванадцятипалій кишці) виразками; виразкова хвороба дванадцятипалої кишки із позацибулинною локалізацією виразки; виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки з множинними (дві та більше) виразками за останні 5 років; виразкова хвороба, ускладнена кровотечею з розвитком післягеморагічної анемії (лікована консервативно) або перфорацією (протягом 5 років після зазначених ускладнень); виразкова хвороба, ускладнена грубою рубцевою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки при помірних порушеннях евакуаторно-моторної функції. Грубою деформацією дванадцятипалої кишки вважається деформація, яка виявляється при повноцінній виконаній дуоденографії в умовах штучної гіпотонії, що супроводжується сповільненою евакуацією (затримка контрастної речовини в шлунку більше 2 годин); наслідки стовбурової або селективної ваготомії, резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу без ускладнень.

За графами I – III з виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки за наявності незначної деформації цибулини дванадцятипалої кишки з нечастими (раз на рік і рідше) загостреннями, без порушення функції травлення особи оглядаються за пунктом «в».

За цим самим пунктом оглядаються особи за графами I – III: з виразковою хворобою, яка була ускладнена кровотечею (що лікувалася консервативно), перфорацією, а також множинними виразками за умови стійкої ремісії більше п'яти років; з виразковою хворобою, яка була ускладнена кровотечею без розвитку постгеморагічної анемії. У фазі ремісії захворювання достовірною ознакою перенесеної виразки цибулини дванадцятипалої кишки є післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні та (або) рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки при рентгенографії в умовах штучної гіпотонії, а перенесеної виразки шлунка – післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні. При неускладнених симптоматичних виразках шлунка і дванадцятипалої кишки висновок виноситься за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від тяжкості перебігу основного захворювання. При ускладнених симптоматичних виразках, крім статей основного захворювання, враховуються пункти «а», «б» чи «в» цієї статті залежно від порушень функцій

Стаття 54	Включено: хвороби печінки K70-K77 (алкогольна хвороба печінки, токсичне ураження печінки, печінкова недостатність; хронічні гепатити, фіброз та цироз); хвороби жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози K80-K87 (холецистит, холангіт, панкреатит тощо)				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій і частими загостреннями	НМОВ	НОВІ		
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	КН
					Ю
г) за наявності об'єктивних даних без порушення функції	П	П			

Наявність цирозу печінки та хронічного гепатиту повинна бути підтверджена обстеженням в умовах спеціалізованого відділення за результатами пункційної біопсії, а за неможливості її проведення або відмови від неї – клінічними, лабораторними, інструментальними даними, що свідчать про стабільність ураження печінки.

До пункту «а» належать:

цироз печінки; хронічні токсичні, аутоімунні, криптогенні гепатити зі значною активністю, що мають тяжкий перебіг, важко лікуються або не піддаються лікуванню зі збереженням стійких та значно виражених порушень функцій печінки; хронічні рецидивні панкреатити з важким перебігом та порушенням зовнішньосекреторної і (або) інкреторної функцій; стани після резекції підшлункової залози, накладання білідигістивних анастомозів; ускладнення після хірургічного лікування (жовчні, панкреатичні свищі тощо).

До пункту «б» належать:

хронічні гепатити з помірною активністю та помірним порушенням функцій (помірна активність – підвищення показників трансаміназ у 5 – 10 разів порівняно з нормою); наслідки хірургічного лікування панкреатитів з виходом у псевдокісту (марсупілізація). За наявності жовчнокам'яної

хвороби, холестерозу жовчного міхура, що супроводжується частими загостреннями хронічного холециститу, показане оперативне лікування. У разі відмови від операції огляд проводиться за пунктом «б».

До цього пункту належать: стани після вилучення жовчного міхура або хірургічного лікування жовчних ходів (протягом 12 місяців); післяхолецистектомічний синдром.

До пункту «в» належать: хронічні гепатити з незначним порушенням функцій і (або) мінімальною активністю (мінімальна активність – підвищення показників трансаміназ до 5 разів); відсутність жовчного міхура без післяхолецистектомічного синдрому через 12 місяців після оперативного лікування; хронічні холецистити, холангіти з частими (два рази та більше на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування; хронічні панкреатити з частими (два рази та більше на рік) загостреннями з порушенням секреторної та інкреторної функцій. За цим самим пунктом оглядаються особи за наявності у жовчному міхурі конкрементів, холестеринових поліпів при безсимптомному перебігу.

До пункту «г» належать: дискінезія жовчних шляхів, хронічні холецистити, панкреатити з рідкими загостреннями при хороших результатах лікування. В усіх випадках діагностика хронічного гепатиту проводиться стаціонарно; призовники та військовослужбовці строкової служби, громадяни оглядаються за пунктом ”в”

Стаття 55	Включено: грижа К40-К46 (пахова, стегова, пупкова, черевної стінки, діафрагмальна, інші та неуточнені грижі черевної порожнини)				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НОВІ		Н
	б) з помірними та незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

За наявності грижі обстежуваним згідно з графами I – III пропонується хірургічне лікування. Після успішного лікування вони придатні до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

Підставою для застосування цієї статті є незадовільні результати хірургічного лікування (рецидив захворювання), відмова від хірургічного лікування та протипоказання для його проведення.

До пункту “а” належать:

повторно рецидивні, великих розмірів зовнішні грижі, які потребують ручного вправлення, горизонтального положення тіла або порушують функції внутрішніх органів; діафрагмальні грижі (у тому числі набута релаксація діафрагми), які порушують функції внутрішніх органів; множинні грижі, вентральні грижі, що не вправляються.

До пункту “б” належать:

грижа стравохідного отвору діафрагми, що не супроводжується порушеннями, указаними в пункті “а”; одноразовий рецидив грижі після хірургічного лікування та відмови від повторного лікування; рецидивні зовнішні грижі помірних розмірів, які з’являються у вертикальному положенні тіла при фізичному навантаженні, кашлі; наслідки та стани після оперативного лікування грижі з резекцією кишечника; вентральні грижі, які потребують носіння бандажа.

Невелика (у межах фізіологічного кільця) пупкова грижа, передочеревинний жировик білої лінії живота, а також розширення пахових кілець без грижового випинання не дають підстав для застосування цієї статті та не перешкоджають проходженню військової служби та навчанню у ВВНЗ

Стаття 56	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб органів травлення, хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ		
-----------	---	-------------	-------------	--	--

Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань органів травлення та їх хірургічного лікування.

Кандидати на військову службу, навчання, визнаються тимчасово непридатними до військової служби протягом року з подальшим оглядом залежно від результатів лікування.

Військовослужбовцям виносяться рішення про звільнення від виконання обов'язків військової служби або потребу у відпустці за станом здоров'я. Відпустка надається у випадках, коли для відновлення працездатності необхідний строк не менше одного місяця

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00-L99), їх наслідки

Стаття 57	Включено: інфекційні хвороби шкіри та підшкірної клітковини L00-L08 (імпетиго, абсцес, фурункул та карбункул, флегмона всіх локалізацій, гострий лімфаденіт, пілонідальна (куприкова) кіста; бульозні порушення L10-L14 (усі види пухирчатки, пемфігоїд, інші бульозні порушення); дерматит та екзема L20-L30 (дерматит себорейний, атопічний, пелюшковий, алергічний, контактний, ексфолюативний, простий хронічний лишай та свербець, свербіж); папулосквамозні порушення L40-L45 (псоріаз, парапсоріаз, пітиріаз рожевий, плоский червоний лишай)				
	а) дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з поширеною ліхеніфікацією шкірного покриву, пухирчатка звичайна, герпетиформний дерматит	НВВО	НВВО		
	б) поширений псоріаз, часто рецидивуючі форми обмеженої та поширеної екземи, дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з обмеженою ліхеніфікацією шкірного покриву, дискоїдний червоний вовчак, фотодерматити, вульгарний іхтіоз, рецидивуюча багатоформна еритема	НМОВ	НОВІ		Н
	в) обмежені, рідко рецидивуючі форми екземи, обмежені форми псоріазу, нейродерміту; червоний плоский лишай	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

Поширені форми хвороб шкіри та підшкірної клітковини характеризуються висипаннями на значній поверхні шкірного покриву з ураженням двох та більше анатомічних ділянок.

Під обмеженими формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини розуміють поодинокі осередки враження будь-якої локалізації, що займають невелику площу однієї з анатомічних областей (стопа, гомілка, кисть, голова тощо).

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

До пункту "б" належать також обмежені, але великі бляшки псоріазу на голові, відкритих ділянках шкіри, а на обличчі – будь-якої величини. Великою слід вважати бляшку псоріазу розміром з долоню хворого та більше

Стаття 58	Включено: кропивниця та еритема L50-L54 (кропивниця, багатоформна та вузлувата еритема); хвороби шкіри і підшкірної клітковини, пов'язані з дією випромінювання (ультрафіолетове та неіонізуюче, сонячний опік), хвороби придатків шкіри L60-L75 (хвороби нігтів, алопеція, аномалія кольору волосся, гіпертрихоз, вугрі, розацеа, фолікулярні кісти шкіри, хвороби мерокринних, апокринних потових залоз); інші хвороби шкіри та підшкірної клітковини L80-L99 (вітиліго, себорейний кератоз, чорний акантоз, мозолі та оmozолістості, піодермія гангренозна, декубітальна виразка, атрофічні, гіпертрофічні та гранулематозні зміни шкіри, дискоїдний червоний вовчак, васкуліт, обмежений шкірою)				
	а) поширені форми гніздового облісіння та вітиліго	НМОВ	НОВІ		Н
	б) обмежена склеродермія; себорея, ускладнена абсцедувальними вуграми, хронічна кропивниця, рецидивний набряк Квінке	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

Під поширеною формою гніздового облісіння розуміють наявність трьох та більше вогнищ облісіння, де площа кожного з вогнищ не менше 2 см².

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

До пункту “а” належать вогнища вітиліго на відкритих ділянках тіла, які спричиняють значний косметичний дефект.

Різновидність обмеженої склеродермії – “хвороба білих плям” та неускладнена себорея – не є перешкодою для проходження військової служби, для навчання у ВВНЗ

Стаття 59	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб шкіри та підшкірної клітковини, хірургічного лікування (фурункул, фурункулез, карбункул, флегмона, абсцес, імпетиго, ектима, гостра екзема, дерматити, псоріаз рожевий, багатоформна еритема, параспоріаз)	ТН, ПЛ, ПВЗ	КН до вилікування		
			ТН, ПЛ, ПВЗ		

Передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб шкіри, підшкірної клітковини та стани після хірургічних втручань з приводу гнійних хвороб шкіри, коли після завершення стаціонарного лікування придатність до військової служби не обмежується і для повного відновлення функцій та працездатності необхідний строк не менше одного місяця.

Після проведеної відпустки за станом здоров'я медичний огляд проводиться залежно від результатів лікування з обов'язковим урахуванням можливості носіння військового одягу, взуття або спорядження за відповідними статтями Розкладу хвороб

Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (M00 – M99), їх наслідки

Стаття 60	Включено: інфекційні артропатії M00-M15 (піогенні артрити, реактивні артропатії, хвороба Рейтера); запальні поліартропатії M05-M15 (серопозитивний та серонегативний ревматоїдний артрит, синдром Фелті, ревматоїдний васкуліт, хвороба Стілла, ревматоїдний бурсит, псоріатичні та ентеропатичні артропатії, ювенільний артрит, подагра, кристалічні артропатії); системні хвороби сполучної тканини M30-M36 (поліартеріт вузликовий та споріднені стани, некротизуючі васкулопатії, гранулематоз Вегенера, синдром Такаюсу, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, системний склероз, сухий синдром Шегрена, хвороба Бехчета, дифузний еозинофільний фасцит тощо); анкілозуючий спондилоартрит M45				
	а) зі значними порушеннями функцій, стійкими і значними змінами	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій та частими загостреннями	НМОВ	НОВІ		Н
	в) з незначними порушеннями функцій та рідкими загостреннями	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н

До пункту “а” належать захворювання сполучної тканини, що характеризуються поліморфною картиною ураження (системний червоний вовчак, системний склероз, дерматомиозит, еозинофільний фасцит, вузликовий периартеріт, гранулематоз Вегенера, змішані захворювання сполучної тканини) незалежно від вираження змін з боку органів та систем, частоти загострень та ступеня функціональних порушень.

До цього пункту також належать ревматоїдний (у тому числі ювенільний) артрит, анкілозуювальний спондилоартрит (хвороба Бехтерева) з вираженими змінами в суглобах та хребті, ураженням інших органів та систем (системні форми) зі значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності.

До пункту “б” належать повільно прогресуючі форми запальних захворювань суглобів та хребта з помірно вираженими ексудативно-проліферативними змінами та функціональною недостатністю суглобів і хребта за відсутності системних проявів та із збереженою працездатністю.

До цього пункту належать початкові форми достовірних випадків ревматоїдного артрити та хвороби Бехтерева за наявності клініко-

лабораторних ознак активності процесу, усі форми системних васкулітів з рецидивним характером перебігу.

До пункту “в” належать хронічні захворювання суглобів і хребта з нечастими (один раз на рік та рідше) загостреннями та незначними порушеннями функцій.

При хронічних та рецидивних формах хвороби Рейтера, псоріатичного артриту та інших артритів, пов’язаних з інфекцією (реактивні артрити), ступінь придатності до військової служби визначається згідно з пунктами “а”, “б” чи “в” залежно від стану функції суглобів, ускладнень з боку інших органів та систем.

Хронічні форми реактивних артритів за відсутності загострення захворювання більше 3 років та без порушення функцій суглобів не є підставою для застосування цієї статті, не перешкоджають проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ. Після гострих запальних захворювань суглобів огляд проводиться на підставі статті 65 Розкладу хвороб

Стаття 61

Включено: артрози та інші ураження суглобів М15-М19, М22-М25 (поліартроз, коксартроз, гонартроз, інші артрози, ураження надколінка, внутрішньосуглобові ураження коліна та інших суглобів); хвороби м’яких тканин М60-М79 (хвороби та ураження м’язів, синовіальної оболонки та сухожилків, бурсопатії, ентезопатії, ураження плеча); остеопатії і хондропатії М80-М94 (остеопороз кісток з патологічним або без патологічного перелому, остеомаліяція у дорослих, уповільнене зрощення перелому, стресові переломи, фіброзна дисплазія кісток, остеомієліт, остеонекроз, хвороба Педжета, юнацькі остеохондрози кісток (крім хребта), інші остеохондропатії та ураження хряща).

Виключено: фібробластичні порушення М72 (включено до статті 62)

а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об’єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ		
		П		

Постанова про придатність до військової служби в разі захворювань кісток та суглобів приймається після стаціонарного обстеження та лікування. При цьому слід ураховувати схильність захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії та особливості військової служби. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього постанова про придатність до військової служби приймається згідно з пунктами “а”, “б” чи “в” залежно від ступеня порушень функцій на період медичного огляду.

До пункту “а” належать:

кістковий або фіброзний анкілоз великого суглоба у хибному положенні; патологічна рухливість або стійка контрактура суглоба зі значним обмеженням обсягу рухів; асептичний некроз головки стегнової кістки; стани після ендопротезування великих суглобів (особи, що оглядаються згідно з графою III Розкладу хвороб, при задовільних результатах протезування оглядаються відповідно до пункту “б”); деформуючий артроз в одному з великих суглобів III, IV стадій (наявність грубих кісткових розростань суглобових країв не менше ніж 2 мм, руйнування суглобового хряща – ширина суглобової щілини менше ніж 2 мм) з частими (2 та більше разів на рік) рецидивами загострень, з больовим синдромом та деформацією вісі кінцівки; дефект кісток більше ніж 1 см з нестабільністю кінцівки; остеомієліт за наявності секвестрів, секвестральних порожнин, свищів, які довго не загоюються або часто (2 та більше разів на рік) відкриваються.

При анкілозах великих суглобів у функціонально вигідному положенні або за належної компенсації придатність до військової служби осіб, що оглядаються згідно з графами II, III Розкладу хвороб, визначається відповідно до пункту “б”.

До пункту “б” належать:

деформуючий артроз в одному з великих суглобів III ступеня з рідкими (не більше 1 разу на рік) рецидивами загострень, з больовим синдромом, деформуючий артроз в одному з великих суглобів II стадії (ширина суглобової щілини на рентгенограмі – 2-4 мм) з больовим синдромом; остеомієліт (у тому числі й первинно хронічний) із щорічними загостреннями; стійкі контрактури одного з великих суглобів з помірним обмеженням обсягу рухів; звичні (3 та більше разів на рік) вивихи великих суглобів, які виникають при незначних фізичних навантаженнях, з вираженою нестійкістю (розхитаністю) або рецидивним синовіітом суглоба та супроводжуються помірною гіпотрофією м'язів кінцівки.

До пункту “в” належать:

деформуючий артроз в одному з великих суглобів I стадії; остеомієліт з нечастими (раз на 2–3 роки) загостреннями за відсутності секвестрів та секвестральних порожнин; стійкі контрактури в одному з великих суглобів з незначним обмеженням обсягу рухів; стресові переломи кісток, їх патологічна перебудова після завершення стаціонарного лікування (у тому числі з наявністю металоконструкцій після оперативного лікування) або гіперостози, які перешкоджають руху кінцівки або носінню стандартного взуття, військової форми одягу, спорядження, з больовим синдромом; звичні (менше 3 разів на рік) вивихи великих суглобів; нестійкість і рецидивний синовііт великих суглобів при помірних фізичних навантаженнях; остеохондропатії з незакінченим процесом.

Остеомієлітичний процес вважається закінченим у разі відсутності загострення, секвестральних порожнин та секвестрів протягом 3 та більше років.

Повторність вивиху великого суглоба повинна бути засвідчена медичним документом лікувального закладу, рентгенограмами суглоба до та після усунення вивиху.

Нестабільність суглоба, яка виникла внаслідок пошкодження зв'язок і капсули, повинна підтверджуватися клінічно та рентгенологічно.

З приводу нестабільності великих суглобів пропонується хірургічне лікування. Після успішного хірургічного лікування стосовно військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я згідно зі статтею 65 з подальшим оглядом ВЛК. Огляд осіб згідно з графою I після хірургічного лікування на великих суглобах або при відмові від нього проводиться відповідно до пунктів “а”, “б” чи “в” цієї статті.

За наявності хибних суглобів військовослужбовці підлягають лікуванню із застосуванням сучасних методів остеосинтезу. При кістозному переродженні, стресових переломах, патологічній перебудові кісток, відсікаючому остеохондрозі у великому суглобі пропонується оперативне лікування. При відмові від оперативного лікування або його незадовільних результатах постанова про придатність або непридатність до військової служби приймається залежно від ступеня порушення функцій кінцівки або суглоба. Оглянути згідно з графами II, III Розкладу хвороб із хворобою Осгуд-Шляттера без порушень функцій суглобів визнаються придатними до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

Оцінка обсягу рухів у суглобах (у градусах)

Суглоб	Рух	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Плечовий з плечовим поясом	Згинання	180	115	100	80
	Розгинання	40	30	20	15
	Відведення	180	115	100	80

	Ліктьовий	Згинання Розгинання Пронація Супінація	40 180 180 180	80 150 135 135	90 140 90 90	100 120 60 60
	Променево-зап'ястний	Згинання Розгинання	75 65	35 30	20-25 20-25	15 15
		Відведення: радіальне ульнарне	20 40	10 25	5 15	2-3 10
	Кульшовий	Згинання Розгинання Відведення	75 180 50	100 170 25	110 160 20	120 150 15
	Колінний	Згинання Розгинання	40 180	60 175	90 170	110 160
Гомілково-стопний	Підошовне згинання Тильне згинання (розгинання)	130 70	120 75	110 80	100 85	

Стаття 62	Включено: набуті деформації та дефекти пальців кисті та стопи S60-69, S90-99, набуті деформації кінцівок T11, T13, T92, T93, набута плоскостопість M20-M21; фібробластичні порушення M72				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КН	КПВІ	КН
		П		П	

Передбачає набуті вкорочення кінцівок, у тому числі внаслідок кутових деформацій кісток після неправильно зрощених переломів, а також набуті фіксовані деформації і дефекти стоп та кистей.

Оцінюючи придатність до військової служби військовослужбовців з порожнистою стопою, слід мати на увазі, що стопи з підвищеними поздовжніми склепіннями часто є варіантом норми.

Порожнистою стопою вважається така деформація, яка супроводжується супінацією заднього та пронацією переднього відділу за наявності високого внутрішнього та зовнішнього склепіння (так звана різко скручена стопа), передній відділ стопи розпластаний, широкий та дещо приведений, з натоптишами під головками середніх плеснових кісток.

Плоска стопа без клінічних проявів є варіантом норми. При плоскостопості сплющення склепіння часто не викликає ніяких суб'єктивних розладів, тому не може бути підставою для застосування цієї статті. Ця стаття передбачає фіксовану плоскостопість, яка виникає в результаті

декомпенсації вальгусної стопи або внаслідок дитячої та юнацької плоскостопості, яка з чисто м'язової форми перейшла у зв'язково-суглобову фіксовану деформацію.

До пункту "а" належать:

відсутність обох кистей на рівні кистевих суглобів (кистевий суглоб – це комплекс суглобів, який з'єднує кисть із передпліччям та містить променево-зап'ястний, зап'ястний, міжзап'ястний, зап'ястно-п'ястний та міжп'ястний суглоби, а також дистальний променеліктьовий суглоб) або на рівні усіх п'ястних кісток або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній з кистей; відсутність у правшій або лівшій кисті на рівні кистевого суглоба або на рівні усіх п'ястних кісток або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на одній кисті; трьох пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній з кистей; першого пальця на рівні п'ястно-фалангового суглоба та другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на кожній з кистей; другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців основних фаланг на кожній із кистей; перших та других пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей (огляд військовослужбовців згідно з графами II, III у цих випадках проводиться згідно з пунктом "б"); кінська, п'ятова, варусна, порожниста стопа та інші необоротні різко виражені викривлення стоп, що роблять неможливим користування стандартним взуттям; вкорочення (у тому числі відносне) верхньої кінцівки більше ніж на 8 см або нижньої кінцівки – більше ніж на 5 см (огляд військовослужбовців згідно з графами II, III у цих випадках проводиться відповідно до пункту "б").

До пункту "б" належать:

дефекти та деформації однієї кисті або пальців однієї кисті: відсутність кисті на рівні кистевого суглоба або на рівні усіх п'ястних кісток або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів; застарілі вивихи трьох та більше п'ястних кісток; дефекти трьох та більше п'ястних кісток; руйнування та дефекти трьох і більше п'ястно-фалангових суглобів; застарілі пошкодження або дефекти сухожилків згиначів трьох або більше пальців проксимальніше рівня п'ястних кісток; сукупність застарілих пошкоджень трьох та більше пальців, які призводять до значних трофічних, неврологічних порушень та стійкої контрактури;

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

плоскостопість III ступеня; відсутність частини стопи на будь-якому її рівні; відсутність, зведення або нерухливість усіх пальців на рівні основних фаланг на обох стопах з їх кігтистою або молоточкоподібною деформацією; укорочення (у тому числі відносне) верхньої кінцівки від 5 см до 8 см включно або нижньої кінцівки – від 2 см до 5 см включно (огляд військовослужбовців згідно з графами II, III у цих випадках проводиться відповідно до пункту "в");

посттравматична деформація кісток стопи (у тому числі п'яткової кістки зі зменшенням кута Беллера більше 10^0) з артрозом у суглобах передплесни II ступеня.

До пункту "в" належать:

дефекти та деформації кисті внаслідок застарілих вивихів двох п'ястних кісток, дефекти або псевдоартрози двох п'ястних кісток або хронічний остеомієліт трьох та більше п'ястних кісток на одній кисті; остеомієліт кісток кистевого суглоба; руйнування або дефекти двох п'ястно-фалангових суглобів на одній кисті; застарілі переломи-вивихи, остеохондропатії кісток кистевого суглоба, синдром карпального або латерального каналу (при відмові від оперативного лікування); застарілі пошкодження сухожилків згиначів двох пальців на рівні п'ястних кісток та сухожилка довгого згинача першого пальця на одній кисті; сукупність пошкоджень структур кисті, кистевого суглоба та пальців, що супроводжуються трофічними, неврологічними розладами та незначними порушеннями функцій кисті; відсутність трьох пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів

на одній кисті; першого пальця та другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; другого пальця на рівні п'ястно-фалангового суглоба та третього – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; другого – п'ятого пальців на рівні дистальних кінців середніх фаланг на одній кисті; першого або другого пальця у правшій або лівшій; помірно виражені деформації стопи з незначним больовим синдромом та порушенням статики, при яких неможливе носіння стандартного взуття; плоскостопість II ступеня за наявності остеоартрозу в таранно-човноподібному суглобі; відсутність, зведення або нерухливість першого або двох пальців на одній стопі; відсутність: усіх пальців на рівні основних фаланг на одній стопі; усіх пальців на рівні середніх фаланг на обох стопах; посттравматична деформація кісток стопи (у тому числі п'яtkової кістки зі зменшенням кута Беллера до 10⁰) з артрозом у суглобах передплесни I ступеня; укорочення (у тому числі відносно) верхньої кінцівки від 2 см до 5 см включно або нижньої кінцівки до 2 см.

До пункту "г" належать:

пошкодження структур кисті та пальців, не вказані в пунктах "а", "б" чи "в"; укорочення верхньої кінцівки до 2 см; плоскостопість I та II ступенів без явищ артрозу в таранно-човноподібному суглобі.

У разі наявності поздовжньої плоскостопості на кожній із стоп різних ступенів постановою приймається за плоскостопістю більшого ступеня. Плоскостопість I ступеня не є перешкодою для вступу на навчання до ВВНЗ та військової служби за контрактом при призові.

За відсутність першого пальця кисті слід уважати відсутність дистальної фаланги. За відсутність другого – п'ятого пальців кисті слід уважати відсутність дистальної та середньої фаланг. За відсутність фаланги кисті слід уважати відсутність 2/3 фаланги. Пошкодження або захворювання кісток, сухожилів або нервів пальців кисті, що призвели до розвитку стійких контрактур у функціонально не вигідному положенні, прирівнюються до відсутності пальців.

За відсутність пальця на стопі вважається відсутність його на рівні плесно-фалангового суглоба, а також повне зведення або нерухливість.

У разі деформацій першого пальця стопи, що супроводжуються поперечною плоскостопістю та іншими деформаціями стопи, які утруднюють носіння стандартного взуття, огляд проводиться згідно з пунктами "б", "в" чи "г" залежно від ступеня порушень функцій.

За наявності фібробластичних порушень (долонний або підошовний фасціальний фіброматоз) особам, що оглядаються, пропонується оперативне лікування; у разі відмови або при незадовільних результатах оперативного лікування огляд проводиться згідно з пунктами "б", "в" чи "г" залежно від ступеня порушень функцій кисті.

Ступінь плоскостопості оцінюється за рентгенограмами стоп, виконаними у стоячому положенні в 2 проекціях.

Оцінка ступеня поздовжньої плоскостопості

Ступінь плоскостопості	Кут поздовжнього склепіння (у градусах)	Висота склепіння (у мм)
Норма	125 – 134	36 - 39
I ступінь	135 – 140	35 – 25
II ступінь	141 – 155	24 – 17
III ступінь	> 155	< 17

Стаття 63	Включено: відсутність кінцівки внаслідок її ампутації S47, S48, S57, S58, S77, S78, S87, S88, T04, T05, T92.6, T93.6, Z89		
	а) двосторонні ампутаційні кукси верхніх або нижніх кінцівок на будь-якому рівні; одностороння ампутаційна кукса нижньої кінцівки вище рівня верхньої третини гомілки	НВВО	НВВО

	б) одностороння ампутаційна кукса верхньої кінцівки на будь-якому рівні; одностороння ампутаційна кукса нижньої кінцівки нижче рівня верхньої третини гомілки	НМОВ	НМОВ		
<p>За наявності ампутаційних кукс кінцівок на будь-якому рівні після злоякісних новоутворень або захворювань судин (ендартеріїт, атеросклероз тощо) постановва приймається, у тому числі й згідно зі статтями Розкладу хвороб, які передбачають основне захворювання.</p> <p>У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього при хибній куксі після ампутації або реампутації за наявності трофічних розладів та постійного фантомного або ампутаційно-больового синдрому, що перешкоджає протезуванню, огляд проводиться згідно з пунктом “а”</p>					
Стаття 64	Включено: хвороби хребта (дорсопатії) та їх наслідки М40-М54 (кіфоз і лордоз, сколіоз, остеохондроз хребта, спондиліоз, спондилістез, ураження міжхребцевих дисків, інші дорсопатії). Виключено: анкілозуючий спондилоартрит М45 (включено до статті 60)				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об’єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ		
			П		
<p>До пункту “а” належать:</p> <p>інфекційний спондиліт з частими (два та більше разів на рік) загостреннями, значними порушеннями функцій та стійкою втратою працездатності; травматична спондилопатія (хвороба Кюммеля); спондиліозний спондилістез III, IV ступенів (зміщення більше ніж наполовину поперечного діаметра тіла хребця) з постійно вираженим больовим синдромом; деформуючий спондиліоз та міжхребцевий остеохондроз шийного відділу хребта, що супроводжуються функціональною нестабільністю II, III стадій (зміщення тіл хребців більше ніж на 3 мм під час функціональних проб) та вертебробазиллярною недостатністю;</p> <p>деформуючий спондиліоз і міжхребцевий остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, що супроводжуються глибокими пара- та тетрапарезами з порушеннями функцій сфінктерів, із синдромом бокового аміотрофічного склерозу, а також поліомієлітичним, каудальним, судинним, компресійним, вираженим больовим синдромом та статокординаторними порушеннями після тривалого (не менше 3 місяців) стаціонарного лікування без стійкого клінічного ефекту;</p> <p>фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози IV ступеня) з різкою деформацією грудної клітки (реберний горб та інше) та значним порушенням функції зовнішнього дихання III ступеня за рестриктивним типом.</p> <p>До пункту “б” належать:</p> <p>остеохондропатії хребта (кіфози, структурні та неструктурні сколіози III ступеня) з помірною деформацією грудної клітки та порушенням функції зовнішнього дихання II ступеня за рестриктивним типом; інфекційний спондиліт з нечастими загостреннями (1 раз на рік та рідше); поширений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців у кожному з відділів хребта) деформуючий спондиліоз II ступеня та міжхребцевий остеохондроз з множинними масивними клювоподібними розростаннями в ділянці міжхребцевих сполучень та полірадикулярним синдромом без стійкого клінічного ефекту після повторних (два та більше разів на рік) стаціонарних лікувань;</p> <p>спондиліозний спондилістез II ступеня (зміщення на половину поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом;</p> <p>стан після вилучення міжхребцевого диска (для обстежуваних згідно з графою I Розкладу хвороб).</p> <p>До пункту “в” належать:</p>					

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

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

спондиліозний спондилістез I ступеня (зміщення на 1/4 поперечного діаметра тіла хребця) з больовим синдромом.

Ознаками клінічного прояву остеохондрозу є порушення статичної функції ураженого відділу хребта – випрямлення шийного (поперекового) лордозу або утворення кіфозу, поєднання локальних лордозу та кіфозу замість рівномірного лордозу. Больовий синдром повинен бути підтверджений неодноразовими зверненнями за медичною допомогою та лікуванням. Тільки сукупність клінічних та рентгенологічних ознак обмеженого деформуючого спондиліозу або міжхребцевого остеохондрозу в поєднанні з неврологічними розладами дають підставу для застосування пункту “в” цієї статті щодо військовослужбовців за контрактом, які оглядаються згідно з графами II, III Розкладу хвороб.

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

До пункту “г” належать:

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

ізолювані явища (ураження не більше двох міжхребцевих дисків або тіл хребців в одному чи двох відділах хребта) деформуючого спондиліозу або міжхребцевого остеохондрозу (у тому числі поодинокі грижі Шморля та протрузії міжхребцевих дисків) без порушень функцій.

Сколіоз хребта до 5° не є перешкодою для вступу на навчання у ВВНЗ.

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

Оцінка обсягу рухів хребта

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

Стаття 65	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини, хірургічного лікування	ТН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ
-----------	---	-------------	-------------	-------------

У разі відсутності ознак запалення протягом 6 місяців (на воєнний час через 3 місяці) після перенесеної гострої хвороби громадяни визнаються придатними до військової служби та навчання у ВВНЗ.

Постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я приймається у випадках, коли після завершення лікування після гострих та загострення хронічних захворювань кістково-м'язової системи зберігається функціональна недостатність суглобів, а для відновлення функції потрібний строк не менше одного місяця. За цією статтею приймається постанова про потребу військовослужбовців у звільненні від виконання службових обов'язків або відпустці за станом здоров'я при тимчасових обмеженнях рухів опорно-рухового апарату після операцій на кістках, суглобах, м'язах, сухожилках з приводу їх захворювань, ендопротезувань великих суглобів (за винятком оперативного лікування пухлин і травм)

Хвороби сечостатевої системи (N00-N99), їх наслідки

Стаття 66	Включено: гломерулярні та тубулоінтерстиціальні хвороби нирок N00-N19 (нефротичний синдром, хронічний інтерстиціальний нефрит, гострий пієліт, пієлонефрит, тубулоінтерстиціальний нефрит, хронічний первинний пієлонефрит, нефропатії, ниркова недостатність)			
	а) зі значними порушеннями функцій та нирковою недостатністю (ХХН IV, V стадій)	НВВО	НВВО	
	б) з помірними порушеннями функцій без ниркової недостатності (ХХН III стадії)	НМОВ	НОВІ	Н
	в) з незначними порушеннями функцій (ХХН I, II стадій)	НМОВ	ПОВІ	Н

Громадяни, які призиваються на військову службу (приймаються на військову службу за контрактом), вступають у ВВНЗ, та військовослужбовці, у яких виявлені захворювання нирок, підлягають стаціонарному обстеженню.

З метою своєчасного встановлення діагнозу, надання медичної допомоги, початку проведення замісної ниркової терапії та проведення військово-лікарської експертизи доцільно застосовувати поняття "хронічна хвороба нирок" (ХХН).

ХХН – наявність ознак ураження нирок та (або) зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) < 60 мл/хв протягом 1,5 – 2 місяців від початку захворювання.

Діагностичні рекомендації стадій ХХН

Стадія ХХН	Характеристика стадії	ШКФ (мл/хв/1,73м ²)
I	Ураження нирок з нормальною або підвищеною ШКФ	≥ 90
II	Ураження нирок з помірним зниженням ШКФ	60 – 89
III	Початкова ниркова недостатність	30 – 59
IV	Виражена ниркова недостатність	15 – 29
V	Термінальна ниркова недостатність	< 15

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

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

До пункту “а” належать хронічні захворювання нирок (хронічний гломерулонефрит, хронічний первинний пієлонефрит, амілоїдоз нирок тощо), ускладнені ХНН незалежно від ступеня тяжкості або ХХН IV, V стадій.

До пункту “б” належать хронічні захворювання нирок з помірними порушеннями їх парціальних функцій без ХНН або ХХН III стадії. Помірним порушенням функції нирок вважається наявність сечового синдрому (стійка незначна еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія), зниження відносної густоти сечі за пробою Зимницького менше 1020, зниження секреторного або екскреторного сегментів на радіоізотопній ренографії більше ніж на 30 % від норми, на видільних урограмах поява контрасту пізніше 20 хвилин.

Згідно з цим пунктом оглядаються громадяни та військовослужбовці за наявності стійкої артеріальної гіпертензії, пов’язаної з хронічними захворюваннями нирок, яка потребує медикаментозної корекції.

Згідно з пунктом “в” оглядаються громадяни та військовослужбовці з хронічними захворюваннями нирок і незначним порушенням їх функції або ХХН I, II стадій.

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

Військовослужбовці строкової служби, курсанти початкових курсів ВВНЗ після перенесеного гострого гломерулонефриту з тимчасовими функціональними розладами функції нирок визнаються непридатними до військової служби на підставі пункту “в”. Громадяни, які призиваються на військову службу (приймаються на військову службу за контрактом), визнаються тимчасово непридатними з подальшим стаціонарним обстеженням для виключення хронічного захворювання нирок.

За цим пунктом оглядаються особи згідно з графою I після перенесеного гострого запального захворювання нирок за наявності патологічних змін у сечі (еритроцитурія, лейкоцитурія, протеїнурія) протягом 1,5 – 2 місяців. Згідно з графами II, III виноситься постанова про потребу у відпустці за станом здоров’я з подальшим оглядом ВЛК.

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

Стаття 67	Включено: обструктивна уропатія та рефлюкс-уропатія (гідронефроз, пієонефроз), вторинний пієлонефрит, сечокам’яна хвороба, інші хвороби нирки і сечоводу, зморщена, мала нирка, набута кіста нирки, цистит, хвороби сечового міхура, невенеричний уретрит, стриктура уретри, інші хвороби уретри та сечовивідної системи N20-N39			
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО	
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об’єктивних даних, без порушень функцій	П	КПВІ	П
		П	П	П

До пункту “а” належать:

захворювання, що супроводжуються значно вираженими порушеннями видільної функції нирок, або ХНН (незалежно від ступеня); сечокам’яна хвороба з ураженням нирок при незадовільних результатах лікування (камінці, гідронефроз, піонефроз, вторинний пієлонефрит тощо, які не піддаються лікуванню); двобічний нефроптоз III стадії; тазова дистопія нирок зі значними порушеннями функцій; відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, за наявності будь-якого ступеня порушень функцій другої нирки; стан після резекції або пластики сечового міхура; склероз шийки сечового міхура, що супроводжується міхурово-сечовідним рефлюксом і вторинним двостороннім хронічним пієлонефритом або гідронефрозом; стриктура уретри, що потребує систематичного бужування.

До пункту “б” належать:

сечокам’яна хвороба з частими (2 та більше разів на рік) нападами ниркової коліки, відходженням камінців, помірним порушенням функцій нирок; нефункціонуюча нирка або відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, без порушень функцій другої нирки; двобічний нефроптоз II стадії з постійним больовим синдромом, вторинним пієлонефритом або вазоренальною гіпертензією; одnobічний нефроптоз III стадії; тазова дистопія нирок з помірними порушеннями функцій; склероз шийки сечового міхура при вторинних одnobічних змінах сечовидільної системи (односторонній гідроуретер, гідронефроз, вторинний пієлонефрит тощо); стриктура уретри, яка вимагає бужування не більше 2 разів на рік при задовільних результатах лікування.

До пункту “в” належать:

поодинокі камінці (до 0,5 см у діаметрі) нирок, сечоводів з рідкими (менше 2 разів на рік) нападами ниркової коліки, які підтверджуються даними ультразвукового дослідження, за наявності патологічних змін у сечі; поодинокі камінці (0,5 см у діаметрі та більше) нирок, сечоводів без порушення видільної функції нирок; двобічний нефроптоз II стадії з незначними клінічними проявами та незначними порушеннями функцій нирок; одnobічний нефроптоз II стадії з вторинним пієлонефритом; хронічні захворювання сечовидільної системи (цистит, уретрит) з частими (2 та більше разів на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування; тазова дистопія нирок з незначними порушеннями функцій.

До пункту “г” належать:

наслідки (не менше ніж протягом 1 року) після інструментального видалення або самостійного відходження поодинокого камінця із сечовивідних шляхів (лоханка, сечовід, сечовий міхур) без повторного утворення камінців; дрібні (до 0,5 см) поодинокі камінці нирок, сечоводів, підтверджені тільки ультразвуковим дослідженням, без патологічних змін у сечі; одnobічний або двосторонній нефроптоз I стадії; одnobічний нефроптоз II стадії без порушення видільної функції нирки і за відсутності патологічних змін у сечі.

Стадія нефроптозу визначається за рентгенограмами, виконаними у вертикальному положенні обстежуваного: I стадія – опущення нижнього полюса нирки на 2 хребці, II стадія – на 3 хребці, III стадія – більше ніж на 3 хребці

Стаття 68

Включено: хвороби чоловічих статевих органів N40-N51 (гіперплазія простати, аденома, фіброаденома та міома простати, запальні та інші хвороби простати, гідроцеле та сперматоцеле, перекручування яєчка, орхіт та епідидиміт, чоловіча безплідність, надмірна крайня плоть, фімоз і парафімоз, лейкоплакія статевого члена, баланопостит тощо)

а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об’єктивних даних, без порушень функцій	П	КПВІ	П	КПВІ

		П	П	П
<p>При захворюваннях чоловічих статевих органів за показаннями пропонується хірургічне лікування.</p> <p>До пункту “а” належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози III, IV стадій зі значним порушенням сечовиділення при незадовільних результатах лікування або відмові від нього; відсутність статевого члена.</p> <p>До пункту “б” належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози II стадії з помірним порушенням сечовиділення (наявність залишкової сечі до 50 мл); хронічний простатит, що потребує стаціонарного лікування хворого 3 та більше разів на рік; рецидивна (після повторного хірургічного лікування) одностороння або двостороння водянка яєчка або сім’яного канатика з об’ємом рідини 100 мл і більше.</p> <p>Одноразовий рецидив водянки оболонки яєчка або сім’яного канатика не є підставою для застосування пункту “б”.</p> <p>До пункту “в” належать: доброякісна гіперплазія передміхурової залози I стадії; хронічний простатит з камінням передміхурової залози.</p> <p>До пункту “г” належать: водянка яєчка або сім’яного канатика з об’ємом рідини менше 100 мл; фімоз, інші хвороби чоловічих статевих органів без клінічних проявів.</p> <p>Відсутність одного яєчка після видалення з приводу неспецифічного захворювання, поранення або інших пошкоджень не є підставою для застосування цієї статті, не перешкоджає проходженню військової служби, навчання у ВВНЗ</p>				
Стаття 69	Включено: хвороби молочної залози N60-N64 (доброякісна дисплазія, фіброкістозна мастопатія, солітарна кіста, аденоматоз, фібросклероз, ектазія проток, гіпертрофія молочної залози, мастодинія, атрофія молочної залози тощо)			
	а) з помірними порушеннями функцій	КН	НОВІ	Н
	б) з незначними порушеннями функцій	КН	ПОВІ	Н
<p>Під час медичного огляду жінки з хворобами молочної залози обов’язково проходять огляд мамолога, за показаннями проводиться мамографія.</p> <p>Під час визначення ступеня порушення функцій слід ураховувати: ступінь змін у молочних залозах; поширеність патологічного (одно- або двостороннього) процесу; наявність локалізованих ділянок ущільнення, кістозних змін; вираженість больового синдрому при пальпації, нагрубання молочної залози; частота і тривалість загострення захворювання та ефективність проведеного лікування.</p> <p>Наявність гіпертрофії та нагрубання молочних залоз з больовим синдромом при доброякісних дисплазіях молочної залози дає підстави вважати їх такими, що заважають носінню стандартного одягу та спорядження.</p> <p>До пункту “а” належать: захворювання молочної залози з поширеним двостороннім процесом та частими загостреннями; доброякісна дисплазія молочної залози з проліферацією епітелію.</p> <p>До пункту “б” належить двосторонній або односторонній процес у молочній залозі з нечастими загостреннями.</p> <p>При злоякісних та доброякісних новоутвореннях медичний огляд проводиться згідно з відповідними статтями Розкладу хвороб</p>				
Стаття 70	Включено: запальні хвороби органів малого таза в жінок N70-N77 (сальпінгіт і офорит, запальна хвороба матки, запальна хвороба			

	шийки матки, інші запальні хвороби жіночих тазових органів, хвороби бартолінової залози, інші запальні хвороби піхви і вульви)			
	а) зі значними порушеннями функцій	КН	НВВО	
	б) з помірними порушеннями функцій	КН	НОВІ	Н
	в) з незначними порушеннями функцій	КН	ПОВІ	ПОВІ

Передбачає хронічні запальні хвороби яєчників, маткових труб, тазової клітковини, очеревини, матки, шийки матки, піхви і вульви. Діагноз має бути встановлений у стаціонарних умовах.

До пункту “а” належать вказані захворювання, які потребують лікування хворої 3 та більше разів на рік і супроводжуються стійким больовим синдромом, порушенням менструальної функції.

До пункту “б” належать хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів з помірними клінічними проявами, частими (2 рази на рік) загостреннями.

Пункт “в” передбачає хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів з незначними проявами та нечастими загостреннями

Стаття 71	Включено: незапальні хвороби жіночих статевих органів N80-N98 (ендометріоз, випадіння статевих органів у жінок, уретероцеле, грижа сечового міхура, свищі із залученням жіночих статевих органів, незапальні хвороби яєчників, фаллопієвих труб та широкої зв'язки матки, фолікулярна кіста яєчника, кіста жовтого тіла, перекручення яєчника та фаллопієвої труби, гематосальпінгс, поліпи жіночих статевих органів, дистопія матки, ерозія та екстропіон шийки матки, дисплазія шийки матки, порушення оваріо-менструальної функції, звичний викидень, жіноча безплідність тощо)			
	а) зі значними порушеннями функцій	КН	НВВО	
	б) з помірними порушеннями функцій	КН	НОВІ	Н
	в) з незначними порушеннями функцій	КН	ПОВІ	ПОВІ

До пункту “а” належать:

ендометріоз зі значними клінічними проявами, що потребують стаціонарного лікування (слід урахувати ступінь поширеності процесу, вираженості больового синдрому та порушення менструальної функції, відсутність стійкого ефекту від консервативного лікування); повне випадіння матки або піхви. Випадінням матки вважається такий стан, коли у положенні стоячи (або лежачи – при потугах) уся матка виходить за межі статевої щілини назовні, вивертаючи за собою стінки піхви; свищі із залученням статевих органів (сечостатеві, кишково-статеві) при незадовільних результатах лікування або відмові від нього; органічно не зумовлені кровотечі, які призводять до стійкої анемії; стійкі розлади оваріально-менструальної функції зі значними клінічними проявами при незадовільних результатах лікування (у тому числі пов'язані з менопаузою).

До пункту “б” належать:

ендометріоз з помірними клінічними проявами та тимчасовим ефектом від консервативного лікування; опущення жіночих статевих органів. Опущенням матки та піхви вважається такий стан, коли при потугах статева щілина розкривається і з'являється шийка матки або передня чи задня стінка піхви, але не виходить за її межі. При опущенні статевих органів, ускладненому нетриманням сечі, медичний огляд проводиться згідно з пунктом “а” чи “б” залежно від результатів лікування. Дистопія матки без порушення функції не є підставою для застосування цієї статті та не перешкоджає проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ;

порушення оваріально-менструальної функції з помірними клінічними проявами, що проявляється олігоменореєю, аменореєю (не постопераційною), у тому числі при синдромі Штейна-Левенталя.

<p>До пункту “в” належать: ендометріоз із незначними клінічними проявами; дистопія матки, що супроводжується менорагіями, запорами, болями в ділянці куприка, низу живота; незначне опущення стінок піхви; рубцеві та спайкові процеси малого таза без больового синдрому; статевий інфантилізм при задовільному загальному розвитку; безпліддя та інші незапальні хвороби жіночих статевих органів з незначними порушеннями функцій</p>			
Стаття 72	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб сечостатевої системи, хірургічного лікування	КН, ПЛ, ПВЗ	ТН, ПЛ, ПВЗ
<p>Громадяни під час прийому на військову службу за контрактом, які перенесли гострі запальні захворювання нирок, визнаються тимчасово непридатними, та їм надається відстрочка на 12 місяців, після чого проводиться стаціонарне обстеження та в разі відсутності патологічних змін у сечі (виключено хронічний процес) вони визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ.</p> <p>Військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом та перенесли гострі запальні захворювання зі строком лікування не більше 2 місяців або хірургічні втручання з приводу: видалення каміння нирок, сечоводів; станів після літотрипсії; нефропексії; видалення нирки з приводу гідронефрозу, у разі нормальної функції нирки, яка залишилась; станів позаматкової вагітності; апоплексії яєчника; запальних гнійних процесів молочної залози, матки та її придатків; спайкової хвороби малого таза, потребують відпустки за станом здоров'я.</p> <p>Військовослужбовцям строкової служби, які перенесли гострий гломерулонефрит, навіть з хорошим результатом лікування огляд проводиться за п. ”в” ст. 66 Розкладу хвороб, а військовослужбовці, оглянуті за графами II, III, потребують відпустки за станом здоров'я</p>			
Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99), їх наслідки			
Стаття 73	Включено: вагітність, пологи та післяпологовий період O00-O99		
	а) з ускладненим перебігом	КН	ТН, ПЛ, ПВЗ
	б) без ускладнень	КН	ТН, ПВ
<p>Вагітні незалежно від строку вагітності на військову службу за контрактом не приймаються, до навчання у ВВНЗ не допускаються.</p> <p>Обсяг обстеження вагітних жінок-військовослужбовців, періодичність оглядів та переривання вагітності проводяться в установленому порядку.</p> <p>При ускладненнях перебігу вагітності лікування проводиться у стаціонарі.</p> <p>При досягненні строку вагітності 30 тижнів надається відпустка згідно з чинним законодавством України</p>			
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення (Q00-Q99), їх наслідки			
Стаття 74	Включено: вроджені вади розвитку нервової системи Q00-Q07; вроджені вади розвитку ока, вуха, обличчя та шиї Q10 – Q18; вроджені вади розвитку системи кровообігу Q20-Q28; вроджені вади розвитку органів дихання Q30-Q34; щілина губи та піднебіння Q35-Q37; інші вроджені вади розвитку органів травлення Q38 – Q45; вроджені вади розвитку статевих органів Q50-Q56; вроджені вади розвитку сечової системи Q60-Q64; вроджені вади розвитку та деформації кістково-м'язової системи Q65-Q79; інші вроджені вади розвитку Q80-Q89; хромосомні аномалії Q90-Q99		
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ
<p>http://www.zakon-i-normativ.info</p>			

в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ	П	КПВІ
		П	П	П

Стаття застосовується у разі неможливості лікування вроджених вад розвитку, відмови від лікування або незадовільних його результатів, а також при хромосомних аномаліях, підтверджених результатами обстеження у медико-генетичних консультаціях.

До пункту “а” належать:

мікроцефалія, вади з редукцією частини головного мозку, уроджена гідроцефалія, інші аномалії головного та спинного мозку зі значними порушеннями функцій нервової системи; уроджені вади серця із СН II-A стадії та вище; вади розвитку бронхолегеневого апарату та плеври зі значним порушенням функції зовнішнього дихання; вади щелепно-лищевої ділянки (у тому числі розщілини піднебіння та губи); вади органів травлення з вираженими клінічними проявами; уроджені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з різкою деформацією грудної клітки (реберний горб тощо) та значним порушенням функції зовнішнього дихання III ступеня за рестриктивним типом; уроджений отосклероз; відсутність однієї нирки (або припинення її функцій) з порушенням функцій нирки, яка залишилася, незалежно від ступеня їх вираження; полікістоз нирок зі значними порушеннями функцій або хронічною нирковою недостатністю незалежно від ступеня; уроджені вади ниркових судин (підтвержені даними ангіографії) з явищами вазоренальної гіпертензії та нирковими кровотечами; вади статевих органів (відсутність статевого члена, атрезія піхви та інші); деформація таза, що супроводжується кіфосколіозами II, III ступенів або значним обмеженням рухів у кульшових суглобах; варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги більше ніж на 5 см; варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток більше ніж 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок більше ніж 15 см; іхтіоз уроджений, іхтіозоподібна еритродермія.

До пункту “б” належать:

уроджені вади серця із СН I стадії; незарощення баталової протоки; відсутність однієї або двох вушних раковин або їх виражені деформації; деформації таза з помірним обмеженням рухів у кульшових суглобах; природжені фіксовані викривлення хребта (кіфози, сколіози тощо) з незначною деформацією грудної клітки та помірним порушенням функції зовнішнього дихання II ступеня за рестриктивним типом; відсутність однієї нирки (або її функцій) з нормальною функцією нирки, яка залишилася; полікістоз, дисплазії, подвоєння нирок та їх елементів, підковоподібна нирка, аномалії сечоводів або сечового міхура з помірними порушеннями функцій нирок;

мошонкова або промежинна гіпоспадія; варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги від 2 до 5 см; варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток від 12 см до 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок від 12 см до 15 см; іхтіоз рецесивний.

До пункту “в” належать:

атрезія слухового проходу при сприйманні шепітної мови на друге вухо на відстані від 2 м до 4 м; поодинокі солітарні кісти нирок більше ніж 2 см у діаметрі з незначним порушенням функції; свищ сечовипускного каналу від кореня до середини статевого члена; затримка одного або обох яєчок у черевній порожнині, пахвинних каналах або біля зовнішніх їх отворів; варусна деформація шийки стегна з укороченням ноги менше ніж на 2 см; доміантний іхтіоз; уроджені вади серця (крім двостулкового клапана аорти) без ознак СН.

До пункту “г” належать:

сакралізація п'ятого поперекового або люмбалізація першого крижового хребців; незрощення дужок п'ятого поперекового або першого крижового хребців; двостулковий клапан аорти без ознак серцевої недостатності або аортальної регургітації.

Гіпоспадія білявінцевої борозни не обмежує придатності до військової служби та навчання у ВВНЗ. Особи з вродженими вадами кисті або стопи оглядаються згідно зі статтею 62 Розкладу хвороб

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

Стаття 75

Включено: травми голови та шиї, їх наслідки S00 – S19 (переломи кісток черепа та обличчя, перелом склепіння черепа, кісток обличчя, верхньої та нижньої щелепи); травми носа, вуха, губи та ротової порожнини; травми ока та орбіти; травми горла, трахеї, гортані; внутрішньочерепна травма (струс, здавлення, контузія, наявність чужорідного тіла, крововиливи внаслідок травми); травма зорового нерва та його провідних шляхів, інших черепних нервів; наслідки ураження центральної нервової системи від дії зовнішніх чинників

а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ		
		П		

Передбачає наслідки травм, поранень (більше року з моменту отримання травми, поранення) ділянки голови та шиї, а також наслідки травм від дії повітряної вибухової хвилі (контузія) та інших зовнішніх чинників.

До пункту “а” належать:

дефекти та деформації кісток черепа, щелепно-лицевої ділянки, не заміщені трансплантатами, або незадовільні результати ортопедичних методів лікування; анкілози контрактури скронево-нижньощелепних суглобів, хибні суглоби нижньої щелепи за відсутності ефекту від лікування (у тому числі хірургічного) або відмови від нього; наявність чужорідного тіла в порожнині черепа; дефект кісток склепіння черепа більше ніж 20 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою; дефект кісток склепіння черепа від 8 до 20 см², не заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою; наслідки травматичних пошкоджень з важкими розладами функцій головного мозку (забій, здавлення, субдуральна гематома), які призводять до стійких паралічів або глибоких парезів, порушень функцій тазових органів тощо; наслідки травматичного пошкодження мозкової речовини з розладами коркових функцій (афазія, агнозія, апраксія, геміанопсія, пірамідні, екстрапірамідні, координаторні порушення тощо); наслідки травм у вигляді церебрально-злипливого або злипливо-кістозного арахноїдиту з різким підвищенням внутрішньочерепного тиску (більше 400 мм вод. ст.), з вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків більше ніж на 20 мм), вираженими вестибулярними та ліквородинамічними розладами (5 та більше криз на місяць); посттравматичний оптикохіазмальний арахноїдит з розладами зору; часті випадки епілептичних нападів (4 та більше разів на рік) посттравматичного характеру; наслідки травматичних ушкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкої відсутності голосоутворення, дихання через природні дихальні шляхи зі значним порушенням функції зовнішнього дихання.

До пункту “б” належать:

дефект кісток склепіння черепа від 8 до 20 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою; дефект кісток склепіння черепа до 8 см², не заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою; дефекти та деформації кісток щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами; наслідки травм головного мозку, за яких осередкові симптоми та розлади функцій не досягають ступеня вираженості, передбаченого пунктом “а”;

травматичний арахноїдит з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (300 – 400 мм вод. ст.), помірною гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків до 15 – 20 мм), помірними ліквородинамічними розладами (3–4 кризи на місяць), епілептичними нападами середньої частоти (до 3 разів на рік); паралічі м'язів унаслідок ушкодження основного стовбура або великих гілок черепних нервів; наслідки перелому основи черепа; наслідки травматичних пошкоджень горла, трахеї, гортані у вигляді стійкого утруднення голосоутворення (захриплість, зниження гучності голосу) або стійке утруднення дихання з помірним порушенням функції зовнішнього дихання.

До пункту “в” належать:

наслідки травм головного мозку, дефект кісток черепа після кістково-пластичної трепанації, накладання діагностичних фрезових отворів, заміщених сполучнотканинним рубцем, та наслідки травм черепних нервів, коли у неврологічному статусі виявляються розсіяні органічні ознаки (незначна асиметрія носогубних складок, анізорефлексія тощо), поєднані зі стійкою незначно вираженою вегетосудинною нестійкістю, без ознак підвищення внутрішньочерепного тиску; старі (консолідовані) вдавнені переломи кісток черепа без органічного ураження центральної нервової системи та порушення функцій; наслідки травматичного пошкодження горла, трахеї, гортані у вигляді незначного порушення функції зовнішнього дихання;

наслідки травм (поранень) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів.

При наслідках інших травм (поранень), включених до рубрики S00-S19, слід застосовувати й інші статті Розкладу хвороб з урахуванням гостроти зору, слуху, жувальної ефективності за М.Г. Агаповим тощо.

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

До пункту "г" належить факт травми головного мозку (понад рік після перенесеної травми, поранення) за відсутності порушень функцій нервової системи.

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

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

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

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

Стаття 76	Включено: травми хребта, спинного мозку, кровоносних судин, нервових сплетінь та периферичних нервів S22, S24, S25, S32 (переломи хребта на будь-якому рівні, перелом хребця, дуги хребця, остистого, поперечного відростка, вивих, підвивих хребця, розрив міжхребцевого диска; розрив, здавлення, струс, набряк та крововилив спинного мозку)				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ		Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КН	КПВІ	КПВІ
		П	П	П	

До пункту "а" належать:

стани після свіжих (до 1 року після травми) множинних проникних нестабільних переломів тіл двох та більше хребців II, III ступенів компресії незалежно від результатів лікування (до осіб, які звільняються з військової служби, застосовувати термін "залишкові явища"); наслідки переломів (від 1 до 3 років після травми), вивихів та переломовивихів тіл хребців після хірургічного лікування із застосуванням спондило- або корпорозезу (ступінь придатності до військової служби військовослужбовців за контрактом визначається згідно з пунктом "а" чи "б" залежно від ступеня порушення функції хребта); віддалені наслідки (більше ніж 3 роки після травми) множинних переломів (2 та більше) тіл хребців із

сколіотичною (II, III ступенів) або кіфотичною деформацією чи функціональною нестабільністю (II, III ступенів) хребта; наслідки травматичних пошкоджень спинного мозку (струс, забій, здавлення тощо) з важкими розладами функцій, що призводять до стійкого паралічу або глибоких парезів, порушення функцій тазових органів; наслідки травм або поранень нервів, нервових корінців та сплетінь за наявності виражених та стійких рухових, чутливих розладів або розладів трофіки (виражені гіпотрофії м'язів при односторонньому процесі: плеча – більше ніж 4 см, передпліччя – більше ніж 3 см, стегна – більше ніж 8 см, гомілки – більше ніж 6 см); хронічні трофічні виразки, пролежні, а також наслідки пошкоджень, які супроводжуються стійким больовим синдромом.

До пункту “б” належать:

свіжий компресійний проникний перелом або вивих тіла хребця; наслідки переломів тіл двох хребців з клиноподібною деформацією II, III ступенів; наслідки травм спинного мозку, при яких вогнищеві симптоми і розлади функцій не досягли ступеня вираженості, указанного у пункті “а”; наслідки травм і поранень нервів та сплетінь, при яких через парез групи м'язів або окремих м'язів помірно порушується основна функція кінцівок.

До пункту “в” належать:

стан після свіжого неускладненого перелому тіла хребця I ступеня (військовослужбовцям за контрактом надається відпустка за станом здоров'я на підставі статті 81 Розкладу хвороб); наслідки неускладненого перелому дужок, відростків хребців за наявності незначного порушення функції хребта і больового синдрому після лікування та відпустки за станом здоров'я; наслідки травматичного пошкодження спинного мозку, за яких у неврологічному статусі виявляються незначні розлади рухових або чутливих функцій у поєднанні з вегетосудинною нестійкістю; наслідки пошкоджень нервових сплетінь, нервів, за яких функція кінцівки незначно порушується (пошкодження одного променевого або ліктьового нерва, якщо знижена сила розгиначів кисті або обмежена її флексія тощо).

До пункту “г” належать:

віддалені наслідки травм спинного мозку без порушень рухових, чутливих та інших функцій нервової системи; віддалені наслідки пошкоджень нервів, коли їхні функції повністю відновлені, а незначно виражені чутливі порушення в зоні іннервації пошкодженого нерва практично не обмежують функцію кінцівки

Стаття 77	Включено: травми внутрішніх органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, органів тазу, політравма S20, S21, S30, S37, T00-T07		
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ КПВІ П П

До пункту “а” належать пошкодження внутрішніх органів унаслідок травм (поранень):

bronхолегенового апарату із значним порушенням функції зовнішнього дихання; розповсюджена облітерація перикарда, аневризми серця або аорти; стани після резекції стравоходу, шлунка, тонкої або товстої кишки, накладання шлунково-кишкових анастомозів при вираженому занепаді живлення або значному порушенні функції травлення (демпінг-синдром, що не піддається лікуванню, стійкі проноси); стан після накладання біліодигістивних анастомозів; жовчні або панкреатичні нориці при незадовільних результатах лікування; стан після резекції частини печінки або частки підшлункової залози; відсутність нирки при порушенні функції нирки, яка залишилась, незалежно від ступеня її вираженості; повний розрив промежини (розрив, за якого цілісність м'язів промежини порушена повністю і вони заміщені рубцевими тканинами, які переходять на стінку прямої кишки, недостатність сфінктера заднього проходу з його деформацією); відсутність статевих членів; стан після видалення легені,

чужорідного тіла, яке розташоване біля кореня легені, серця або біля великих судин, незалежно від ускладнень або порушень функцій органів і систем; стан після політравми органів двох або більше порожнин з помірними порушеннями їх функцій.

За віддаленими наслідками травм, поранень серця, перикарда, оперативного вилучення чужорідних тіл із середостіння, біля великих судин медичний огляд згідно з графами I - III проводиться з урахуванням порушення функцій гемодинаміки, зовнішнього дихання тощо відповідно до пунктів "а", "б" чи "в" відповідних статей Розкладу хвороб.

До пункту "б" належать:

наслідки поранень та травм бронхолегеневого апарату з помірним порушенням функції зовнішнього дихання; наслідки поранень та травм органів травлення зі стійкими помірними порушеннями функцій; відсутність нирки при нормальній функції нирки, яка залишилась.

До пункту "в" належать:

наслідки поранень і травм органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, органів таза з незначними порушеннями функцій органів та систем; стани після видалення селезінки, частини легені, резекції частки нирки.

До пункту "г" належать:

віддалені наслідки (3 і більше років після травми, поранення) травм і поранень органів грудної, черевної порожнин, органів, розташованих позаочеревинно, та органів таза після стаціонарного обстеження з виходом на видужання

Стаття 78	Включено: травми верхніх та нижніх кінцівок S40-S99 (переломи кісток, травматичне пошкодження кровоносних судин, невилучені металеві конструкції), переломи ребер, грудини, лопатки, ключиці, переломи кісток таза				
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО		
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	Н	
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	ПОВІ	Н
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ		
		П			

До пункту "а" належать:

неправильно зрощені вертикальні переломи кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця; наслідки переломів кісток таза з пошкодженням тазових органів при незадовільних результатах лікування; наслідки центрального вивиху стегнової кістки (анкілоз або деформуєчий артроз кульшового суглоба III, IV ступенів та деформація вісі кінцівки); наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток зі значними порушеннями функцій кінцівки.

До пункту "б" належать:

наслідки односторонніх переломів кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця при незадовільних результатах лікування; наслідки центрального вивиху стегнової кістки з помірними порушеннями функцій кінцівки; наслідки перелому шийки стегна при незадовільних результатах лікування; наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з помірними порушеннями функцій кінцівки.

До пункту "в" належать:

наслідки перелому шийки стегна, що лікувався з використанням остеосинтезу при незначних порушеннях функцій кульшового суглоба; невилучені металеві конструкції (за наслідками переломів) при відмові від їх вилучення; наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з незначними порушеннями функцій кінцівки.

До пункту "г" належать:

віддалені наслідки (більше 3 років) травм і поранень верхніх та нижніх кінцівок, ізольовані переломи кісток (у тому числі й таза без деформації тазового кільця), суглобів та їх капсульно-зв'язкового апарату, м'язів, сухожилків та кровоносних судин за відсутності порушень

функцій.

За наявності хибних суглобів пропонується оперативне лікування і залежно від його результатів визначається ступінь придатності до військової служби.

За наслідками (віддаленими наслідками) травм і поранень суглобів, їх капсульно-зв'язкового апарату, інших кісток, м'язів, сухожилків, кровоносних судин та нервів медичний огляд проводиться залежно від результатів лікування, порушень функцій кінцівки згідно з пунктами "а", "б", "в" чи "г" відповідних статей Розкладу хвороб

Стаття 79

Включено: термічні та хімічні опіки Т20-Т32; відмороження Т33-Т35; інші дії зовнішніх чинників Т66-Т78 (тепловий і сонячний удар, баротравма вуха, легені, кесонна хвороба, асфіксія, ураження блискавкою, електричним струмом, впливи вібрації, джерел іонізуючого випромінювання, компонентів ракетного палива, джерел електромагнітного поля, лазерного випромінювання та токсичні дії мікроорганізмів I – II груп патогенності)			
а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО	
б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ	Н
в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ	Н
г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ	
		П	

До пункту "а" належать:

наслідки термічних та хімічних опіків у вигляді масивних келоїдних, гіпертрофічних рубців на ділянці голови, шиї, тулуба, кінцівок, спаяні з підшкірними тканинами або легко вразливі та які часто вкриваються виразками при незадовільних результатах лікування або відмові від нього, що значно обмежують рухи в суглобах, перешкоджають носінню військової форми одягу, взуття і спорядження; стан (протягом року) після перенесених глибоких опіків більше ніж 20 % площі шкіри тіла та ускладнених амілоїдозом нирок; незначні стійкі зміни в периферичній крові, наявність неврологічних синдромів як наслідок перенесеної гострої променевої хвороби після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування.

До пункту "б" належать:

наслідки термічних та хімічних опіків, які помірно обмежують рухи в суглобах або значно утруднюють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження, у вигляді келоїдних, гіпертрофічних рубців, що не вкриваються виразками, а також рубців, які спотворюють обличчя, при незадовільних результатах лікування або відмові від нього; стан після перенесених глибоких опіків від 10 до 20 % площі шкіри тіла; стан після перенесеної гострої променевої хвороби після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування без порушення показників крові та функцій органів і систем; незначні стійкі зміни у функціях органів і систем як наслідок перенесених гострих отруєнь бойовими отруйними речовинами (БОР), компонентами ракетного палива (КРП) після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування.

До пункту "в" належать:

наслідки термічних і хімічних опіків, які незначно обмежують рухи в суглобах або незначно утруднюють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження, у вигляді еластичних рубців, що вкриваються виразками під час довготривалої ходьби та фізичних навантажень; стан після перенесених глибоких опіків до 10 % площі шкіри тіла; стан після перенесених гострих отруєнь БОР, КРП після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування без порушень функцій органів і систем протягом року після одужання.

До пункту "г" належать:

наслідки перенесених термічних та хімічних опіків у вигляді рубців шкіри, що не супроводжуються ускладненнями, указаними у пунктах

“б”, “в” цієї статті, та не утруднюють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження; стани після перенесених наслідків дії на організм інших зовнішніх чинників, указаних у Розкладі хвороб, без порушень функцій органів і систем після одужання (більше року).

Під час оцінки обсягу рухів у суглобах слід керуватися таблицею “Оцінка обсягу рухів у суглобах”, викладеною в статті 61.

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

За ступенем патогенності мікроорганізми I-II груп патогенності згідно з Державними санітарними правилами (ДСП 9.9.5.035.99) “Безпека роботи з мікроорганізмами I-II груп патогенності” від 1999 року поділяються на дві групи:

перша група:

збудник особливо небезпечної бактеріальної інфекції – чуми; вірусні збудники геморагічних лихоманок (Марбурга, Ебола, Ласса, Хуанін, Мачупо та Конго-Кримської), натуральної віспи та мавпячого вірусу В;

друга група:

збудники небезпечних бактеріальних інфекцій – холери, сибірської виразки, сапу, меліоїдозу, туляремії, бруцельозу, лептоспірозу, легіонельозу; вірусні небезпечні збудники інфекцій сказу, вірусних гепатитів “В”, “С”, “Д” (дельта), ВІЛ-інфекції, Т-клітинного лейкозу; збудники повільних нейроінфекцій (пріонних інфекцій) та енцефалітів, енцефаломієлітів і менінгоенцефалітів, пташиного грипу, жовтої лихоманки, москітних лихоманок, ящуру, лихоманок з менінгіальним синдромом та артритами; рикетсії КУ-лихоманки, епідемічного висипного тифу та хвороби Бриля, висипного тифу щурів, лихоманки цуцугамуши, плямистої лихоманки Скеляних гір, везикульозного рикетсіозу; грибокві інфекції бластомікозу, кокцидоїдозу та гістоплазмозу; хламідії орнітозу (пситакозу); отрути біологічного походження – ботулінічні токсини всіх видів, правцевий токсин та отрута павука каракурта

Стаття 80	Включено: отруєння лікарськими засобами, медикаментами та хімічними речовинами Т36-Т50; токсична дія речовин немедичного призначення Т51-Т65 (токсична дія алкоголю, органічних розчинників, вуглеводнів, роз’їдаючих, дезінфікуючих засобів, газів, димів та випарів, пестицидів, продуктів харчування, токсична дія від укусу тварин, плазунів, комах)		
	а) зі значними порушеннями функцій	НВВО	НВВО
	б) з помірними порушеннями функцій	НМОВ	НОВІ Н
	в) з незначними порушеннями функцій	НМОВ	ПОВІ Н
	г) за наявності об’єктивних даних без порушень функцій	П	КПВІ П

Найбільш розповсюдженими гострими отруєннями, які зустрічаються у практиці військових лікарів, є:

1. Отруєння спиртами та їх ефірами. Найбільш токсичні одноатомні спирти (метанол, етанол тощо) та окремі двоатомні спирти (етиленгліколь тощо). Алкогольна інтоксикація етанолом пригнічує функцію ЦНС, призводить до депресії дихального та судинного центрів, травматизму, синдрому позиційного здавлення м’яких тканин.

Метилловий спирт використовується як компонент моторного та ракетного палива.

Етиленгліколь і його ефіри широко використовуються як пластифікатори проти утворення льоду та входять до складу антифризів, авіаційного палива.

Наслідки отруєнь вказаними спиртами та їх ефірами залежать від своєчасного надання невідкладної допомоги з проведенням всього

комплексу реанімаційних та лікувальних заходів й наявності ранніх стійких незворотних ускладнень з боку органів і систем (зору, ЦНС, серцево-судинної системи, нирок тощо).

2. Отруєння газами, пороховими (вибуховими) газами – це отруєння газоподібними продуктами розкладу вибухової речовини (окис вуглецю, окиси азоту, вуглекислий газ, сірчаний газ). Комплекс патологічних явищ, які спостерігаються після вдихання газів та димів, що утворюються під час вибухів, називається пороховою хворобою, при якій переважають клінічні прояви отруєння окисом вуглецю. При інгаляційному отруєнні виникає спектр порушень, пов'язаних з гемічною та тканинною гіпоксією. Одужання після отруєння середнього ступеня тяжкості відбувається повільно, тривалий час зберігається астеничний синдром. При тяжкому ступені отруєння одужання тривале і практично ніколи не буває повним.

3. Отруєння лікарськими засобами зустрічається переважно в побутових умовах, у тому числі й у військових колективах. Насамперед це наркотичні анальгетики (опіати та їх похідні сурогати), психотропні препарати, транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, холінолітики, кардіотонічні речовини, антибіотики тощо.

4. Наслідки токсичної дії, спричиненої контактом з отруйними тваринами, укусами плазунів, членистоногих, також є актуальними в теперішній час, особливо в період участі військовослужбовців у ММО.

За наслідками гострих отруєнь, токсикоалергічних станів (анафілактичний шок, синдром Лайєла, Стівена-Джонсона) та дії на організм інших зовнішніх чинників питання щодо ступеня придатності до військової служби та служби за військовою спеціальністю вирішується відповідно до статті 80 та інших статей Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій відповідних органів та систем.

Потребу у звільненні від виконання обов'язків військової служби або у відпустці за станом здоров'я після проведеного лікування ВЛК вирішують у кожному окремому випадку індивідуально згідно зі статтею 81 Розкладу хвороб.

Для вирішення соціальних питань цих військовослужбовців матиме велике значення правильність установлення причинного зв'язку при таких отруєннях

Стаття 81	Стани після проведеного лікування з приводу травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників	ТН, ПЛ, ПВЗ	КПВІ
			ТН, ПЛ, ПВЗ

Передбачає стани після перенесених гострих травм, поранень, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин громадянами та військовослужбовцями, які лікувалися консервативними або хірургічними методами.

Після переломів дрібних кісток, кісточок, поперечного або остистого відростка хребця, видалення металевих та інших конструкцій щодо військовослужбовців виноситься постанова про потребу у відпустці за станом здоров'я або у звільненні від виконання обов'язків військової служби, а щодо громадян, які приймаються на військову службу за контрактом, виноситься постанова “тимчасово непридатні”.

Постанова “тимчасово непридатні” приймається на строк до 12 місяців, коли для повного відновлення функціональних розладів органів, систем потрібен строк більше одного місяця.

У разі неускладнених закритих переломів довгих або інших кісток, що потребують тільки іммобілізації гіпсовою пов'язкою або з приводу яких виконано металоостеосинтез, військовослужбовці можуть бути виписані з лікувального закладу на амбулаторне лікування з оглядом ВЛК для визначення потреби у відпустці або звільненні від виконання обов'язків військової служби за станом здоров'я.

Курсантів, слухачів ВВНЗ та військовослужбовців строкової служби для продовження лікування доцільно розміщувати в лазаретах медичних пунктів військових частин (закладів) з обов'язковим їх оглядом хірургом (травматологом) госпіталю не рідше одного разу на 30 діб.

Огляд цих осіб для встановлення потреби у відпустці за станом здоров'я проводиться після завершення лікування у лазареті.
 Після перенесених гострих отруень, токсичної дії речовин та інших зовнішніх чинників військовослужбовцям виноситься постанова про потребу у відпустці або у звільненні, а громадянам – про тимчасову непридатність (надається відстрочка).
 Після реалізованої відстрочки на лікування щодо громадян під час прийому на військову службу за контрактом, вступу до ВВНЗ проводиться обстеження (за необхідності стаціонарне) з подальшим визначенням ступеня придатності до військової служби. У разі виявлення змін та порушень функцій органів і систем медичний огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб

Інші хворобливі прояви

Стаття 82	Включено: недостатній фізичний розвиток (слабкий розвиток м'язової системи та підшкірно-жирової клітковини), вага тіла менше ніж 45 кг або зріст нижче 150 см; конституціональна високорослість; незбалансоване харчування E34, E63		
	а) виявлений під час прийняття на військову службу за контрактом після надання відстрочки протягом одного року	КН	
	б) виявлений під час прийняття на військову службу за контрактом, за відсутності патологічних змін з боку органів і систем		

Передбачає недостатній фізичний розвиток, конституціональну високорослість, незбалансоване харчування.
 Висновок про рівень фізичного розвитку особи з конституціональною високорослістю, з незбалансованим харчуванням дається на підставі індивідуальної оцінки ступеня розвитку м'язової системи, зросту та ваги тіла, окружності грудної клітки, ступеня вираженості підшкірно-жирової клітковини після стаціонарного обстеження з метою виключення патології (ендокринної системи, органів травлення).
 Громадяни та військовослужбовці з хорошим фізичним розвитком та збалансованим харчуванням, пропорційною будовою тіла, на зріст не менше ніж 150 см і вагою тіла 45 кг та більше визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ та призначаються за видами (родами) військ, військової спеціальності відповідно до ТДВ

Стаття 83	Включено: вегетосудинна та нейроциркуляторна дистонія, встановлені в умовах стаціонару, що проявляються характерними синдромами вегетосудинних розладів G90, F45			
	а) стійкі значно виражені вегетосудинні розлади, які проявляються у вигляді симпато-адреналових кризів, або синкопальних станів, або поодинокими мінущими порушеннями ритму серця (провідності)	НМОВ	ПОВІ	Н
	б) стійкі помірно виражені вегетосудинні розлади без вказаних у пункті “а” проявів	П	КПВІ	
			П	

Передбачає наявність вегетосудинної та нейроциркуляторної дистоній.
 Для вегетосудинної та нейроциркуляторної дистоній характерний синдромокомплекс вегетосудинних розладів, які проявляються поліморфізмом скарг, пароксизмальними порушеннями, неадекватною реакцією артеріального тиску на будь-які подразники, наявністю стійких кардіалгій, порушеннями серцевого ритму та провідності функціонального характеру.
 Діагноз вегетосудинної та нейроциркуляторної дистоній у громадян та військовослужбовців повинен бути встановлений в стаціонарних умовах за участю невропатолога, психіатра, окуліста, ендокринолога, а в разі потреби – інших спеціалістів з метою виключення органічних змін (запального, дисфункціонального, травматологічного або іншого характеру), які супроводжують порушення функцій вегетативної та судинної

систем.

До пункту “а” належать значно виражені вегетосудинні розлади з пароксизмальними порушеннями у вигляді симпато-адреналових кризів (3–4 на тиждень) або синкопальних станів (прості та судомні знепритомнення – більше 1 разу на місяць), які підтверджуються військовими або медичними документами.

До цього пункту також належить нейроциркуляторна дистонія (будь-якого типу) за наявності постійних скарг на стан здоров'я, різко виражених вегетосудинних розладів, лабільності артеріального тиску та минулих або стійких порушень серцевого ритму та провідності (неорганічного походження), які не піддаються лікуванню і значно знижують працездатність.

До пункту “б” належать стійкі помірно виражені вегетосудинні розлади з пароксизмальними порушеннями у вигляді симпато-адреналових кризів (1–2 на тиждень) та панічних атак, а також нейроциркуляторна дистонія будь-якого типу з помірно вираженими проявами, у тому числі минулими поодинокими порушеннями ритму серця та провідності, що не потребують повторної госпіталізації і не знижують працездатності.

Особи зі схильністю до станів з утратою свідомості (незалежно від їх частоти) не придатні до керування транспортними засобами, до роботи на висоті, біля рухомих механізмів, вогню та води.

Громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, вступають до ВВНЗ, оглядаються згідно з пунктом “а”.

Нечасті поодинокі екстрасистоли в спокої та синусова тахікардія функціонального характеру не є перешкодою для проходження військової служби, навчання у ВВНЗ.

За наявності порушень унаслідок органічних або інших змін з боку центральної нервової та серцево-судинної систем огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб

Стаття 84	Включено: ангіотрофоневроз кінцівок як особлива форма ангіодистонії, з характерною нападоподібною локальною ішемією пальців кінцівок F45(3)			
	а) ангіотрофоневрози III, IV стадій	НВВО	НВВО	
	б) ангіотрофоневрози II стадії	НМОВ	ПОВІ	Н
	в) ангіотрофоневрози I стадії	П	КПВІ П	Н

Передбачає ангіотрофоневроз кінцівок як особливу форму ангіодистонії.

До пункту “а” належать ангіотрофоневрози III, IV стадій (гангренозно-некротична форма), для яких характерна наявність фліктен, надзвичайно болючих поверхневих виразок на кінчиках пальців, акросклероз, склеродактилія, дистрофічні зміни нігтьових пластин, підвищена вразливість пальців, абсолютне неперенесення низьких температур.

До пункту “б” належать ангіотрофоневрози II стадії, які проявляються протягом 6 місяців від початку захворювання і характеризуються тривалим (більше години) нападоподібним больовим синдромом, що супроводжується акроціанозом пальців, вираженим гіпергідрозом та незначним їх набряком, відсутністю позитивного результату від повторного курсу лікування.

До пункту “в” належать ангіотрофоневрози I стадії (печія, біль, блідість, оніміння пальців протягом кількох хвилин), які виникають при переохолодженні та проходять самостійно

Стаття 85	Включено: заїкання із захлинанням F 98 (5)			
	а) заїкання із захлинанням високого ступеня, що охоплює весь мовний апарат та робить мову малозрозумілою	НМОВ	НМОВ	
	б) помірне заїкання або недомовлення, що робить мову	НМОВ	КПВІ	Ю

	недостатньо виразною		П	
<p>Передбачає заїкання із захлинанням як особливі розлади емоцій.</p> <p>До пункту “б” належать стійкі, що не піддаються тривалому, систематичному лікуванню, афонії функціонального походження.</p> <p>Якщо є заїкання, то оглянутий підлягає поглибленому обстеженню невропатологом, психіатром, отоларингологом, а у разі можливості – й логопедом. Обстеження таких осіб проводиться у неврологічному стаціонарі.</p> <p>Експертний висновок про ступінь придатності до військової служби вносить невропатолог на підставі даних обстеження та ретельного вивчення документів, одержаних з військової частини, військового комісаріату, місця навчання або роботи.</p> <p>Ступінь вираження заїкання визначається шляхом динамічного нагляду за станом мовної функції в різних умовах та оцінюється за моментом найбільш вираженого прояву захворювання.</p> <p>Суттєве значення в експертній оцінці має характеристика командування та вказівка на те, якою мірою заїкання впливає на виконання військовослужбовцем службових обов’язків на займаній посаді.</p> <p>Помірним заїканням, яке не обмежує придатності оглянутого до військової служби, вважається лише затримка вимови (спотикання) на початку фрази, решта слів невеликої фрази на одному диханні вимовляється вільно або злегка сповільнено, але без повторювання слів</p>				
Стаття 86	Включено: неорганічний енурез F 98	НМОВ	НМОВ	Н
<p>Передбачає наявність неорганічного енурезу.</p> <p>Громадяни та військовослужбовці, які страждають на нічне нетримання сечі, направляються на стаціонарне обстеження та лікування. Факт наявності нічного нетримання сечі повинен бути підтверджений службовою, медичною характеристиками та актами спостереження з військової частини.</p> <p>Обстеження повинно бути повним і комплексним за участю невропатолога, уролога та психіатра. Якщо нетримання сечі є одним із симптомів захворювання нервової або сечостатевої системи, то постановка приймається згідно зі статтею Розкладу хвороб, яка передбачає основне захворювання.</p> <p>За відсутності патології з боку сечостатевої системи експертний висновок вносить невропатолог.</p> <p>У разі коли спостереження та результати стаціонарного обстеження, а також дані, одержані з військового комісаріату, підтверджують наявність неорганічного енурезу та відсутність ефекту від лікування, оглянуті визнаються непридатними до військової служби</p>				