



МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

НАКАЗ

27.04.2024

м. КИЇВ

№ 262

Про затвердження Змін до
Положення про військово-
лікарську експертизу в Збройних
Силах України

ЗАРЕЄСТРОВАНО
в Міністерстві юстиції України
"28" квітня 2024 року
за № 616/41961

Відповідно до частини тринадцятої статті 2 Закону України "Про військовий обов'язок і військову службу", частини першої статті 70 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", постанови Кабінету Міністрів України від 07 вересня 1993 року № 708 "Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи" та з метою вдосконалення військово-лікарської експертизи в Збройних Силах України

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Зміни до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 14 серпня 2008 року № 402, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 листопада 2008 року за № 1109/15800, що додаються.



ДОКУМЕНТ СЕДО
Сертифікат 5B77CE19CBV35C6404000000F80300007D830100
Підписувач Гаврилюк Іван Юрійович
Дійсний з 05.12.2023 0:00:00 по 04.12.2025 23:59:59

Міністерство оборони України



262/нм від 27.04.2024 20:08

2. Головнокомандувачу Збройних Сил України забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

3. Цей наказ набирає чинності одночасно із набранням чинності Законом України від 21 березня 2024 року № 3621-IX “Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення прав військовослужбовців та поліцейських на соціальний захист”, крім абзаців третього, сьомого, восьмого підпункту 3 пункту 2 Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затверджених цим наказом, які набирають чинності з дня офіційного опублікування цього наказу.

Тимчасово виконуючий обов'язки

Міністра оборони України

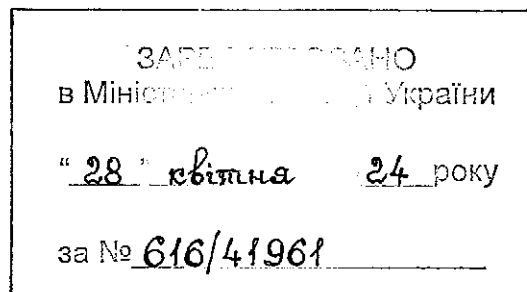
генерал-лейтенант

Іван ГАВРИЛЮК

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства оборони України

27 квітня 2024 року № 262



Зміни

до Положення про військово-лікарську експертизу
в Збройних Силах України

1. У розділі I:

1) у главі I:

пункти 1.1, 1.2 викласти в такій редакції:

"1.1. Це Положення визначає процедуру проведення військово-лікарської експертизи військово-лікарськими комісіями, визначеними у главі 2 цього розділу.

Це Положення поширюється на військовослужбовців Збройних Сил України, Державної спеціальної служби транспорту, членів їх сімей, призовників, військовозобов'язаних та резервістів.

1.2. Військово-лікарська експертиза визначає придатність за станом здоров'я до військової служби призовників, військовослужбовців,



ДОКУМЕНТ СЕДО

Сертифікат 5B77CE19CBB35C6404000000F80300007D830100

Підписувач Гаврилюк Іван Юрійович

Дійсний з 05.12.2023 0:00:00 по 04.12.2025 23:59:59

Міністерство оборони України



262/нм від 27.04.2024 20:08

військовозобов'язаних та резервістів, установлює причинний зв'язок захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) з військовою службою та визначає необхідність і умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям.

Військово-лікарська експертиза — це:

медичний огляд призовників; військовослужбовців та членів їхніх сімей (крім членів сімей військовослужбовців строкової військової служби); військовозобов'язаних, резервістів (кандидатів у резервісти); громадян, які приймаються на військову службу за контрактом; кандидатів на навчання у вищих військових навчальних закладах, військових навчальних підрозділах закладів вищої освіти та закладах фахової передвищої військової освіти (далі — ВВНЗ), ліцеїстів військових (військово-морських, військово-спортивних) ліцеїв (далі — ліцеїсти); осіб, звільнених з військової служби;

визначення ступеня придатності до військової служби, навчання у ВВНЗ;

встановлення причинного зв'язку захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) військовослужбовців, військовозобов'язаних, резервістів, осіб, звільнених з військової служби, а також причинного зв'язку захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв), які призвели до смерті військовослужбовців, осіб, звільнених з військової служби”;

пункт 1.3 доповнити новим абзацом такого змісту:

“формування висновку про необхідність забезпечення особи з обмеженнями повсякденного функціонування допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) за формою, наведеною в додатку до Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) або з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321”.

2) у главі 2:

пункт 2.1 викласти в такій редакції:

“2.1. Для проведення військово-лікарської експертизи створюються військово-лікарські комісії (далі – ВЛК), штатні та позаштатні (постійно і тимчасово діючі).

Штатні та позаштатні (постійно і тимчасово діючі) ВЛК (лікарсько-льотні комісії (далі – ЛЛК)) приймають постанови. Постанови ВЛК (ЛЛК) оформлюються свідоцтвом про хворобу, довідкою військово-лікарської комісії, протоколом засідання штатної військово-лікарської комісії.

ВЛК приймають постанови у тому числі на виїзних засіданнях та, в окремих випадках (лікування за кордоном) – дистанційно.

Постанови штатних та позаштатних ВЛК обов’язкові до виконання.

Постанови ВЛК можуть бути відмінені або скасовані штатними ВЛК.

Постанова ВЛК скасовується у випадках, коли попередня постанова ВЛК на дату її прийняття не відповідала законодавству та/або була прийнята на підставі недійсних документів.

Постанова ВЛК відміняється у випадках, коли необхідно привести зміст попередньої постанови ВЛК (яка була прийнята правильно) у відповідність до чинного законодавства.

Документація, яка створюється (заповнюється) в процесі військово-лікарської експертизи, ведеться в паперовій або в електронній формі. Документування в електронній формі проводиться із застосуванням удосконаленого електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису, електронної печатки та електронної позначки часу.

Члени ВЛК діють на принципах верховенства права, законності, поваги та дотримання прав людини і громадянина, доброчесності, колегіальності, рівноправності членів комісії, вільного обговорення і вирішення питань, об’єктивності, неупередженості та обґрунтованості прийнятих рішень, висновків і пропозицій.

Доброчесність є одним з визначальних принципів військовослужбовців, державних службовців, працівників, які є членами ВЛК. Їх діяльність спрямована на забезпечення національних інтересів України під час виконання завдань та функцій держави, сприяння та реалізації прав та законних інтересів людини і громадянина, підтримання позитивного іміджу держави та Збройних Сил України.

До доброчесної поведінки відноситься: пріоритет службових інтересів, компетентність, прозорість, нерозголошення конфіденційної інформації (конфіденційність), коректність та ввічливість.

Пріоритет службових інтересів передбачає виявлення абсолютної відданості державним інтересам країни, свідоме підпорядкування власних інтересів суспільним вимогам та державним пріоритетам, обов'язок старанно діяти виключно в інтересах служби (роботи).

Неупередженість – члени ВЛК мають діяти неупереджено, незважаючи на приватні інтереси, особисте ставлення до будь-якого громадянина або групи громадян, незалежно від своїх політичних, ідеологічних, релігійних та інших особистих поглядів чи переконань, зокрема: ніколи не вдаватися до несправедливої дискримінації, виявляючи особливу прихильність чи віддаючи перевагу будь-кому; однаково рівно відноситись до усіх громадян, не допускати, щоб особиста упередженість або тиск збоку могли позначитися на об'єктивності зроблених оцінок і прийнятих рішень.

Компетентність – включає сумлінне, своєчасне та результативне виконання службових обов'язків, наказів і розпоряджень керівництва, постійне підвищення професійної кваліфікації, досягнення високих результатів у службовій діяльності.

Члени ВЛК повинні:

- добросовісно, чесно та професійно виконувати свої обов'язки;
- постійно підвищувати рівень своєї професійної компетентності;
- не ухилятися від прийняття рішень;

не допускати зловживань та неефективного використання державної власності;

знати вимоги нормативно-правових актів з питань військово-лікарської експертизи та застосовувати їх під час виконання обов'язків.

Коректність та ввічливість -- у своїй поведінці члени ВЛК повинні дотримуватись правил коректності та ввічливості, прийнятих в українському суспільстві. Поведінка членів ВЛК не повинна провокувати виникнення конфліктних ситуацій.

Прозорість -- члени ВЛК не повинні обмежувати доступ до інформації, що не є таємною чи конфіденційною. Члени ВЛК не повинні надавати будь-яку завідомо неповну або неправдиву інформацію з метою введення в оману.

Конфіденційність -- члени ВЛК, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина або будь-яку конфіденційну та іншу інформацію з обмеженим доступом, що стала відомою у зв'язку з виконанням ним своїх повноважень, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законом випадків”;

у пункті 2.3:

у підпункті 2.3.4:

в абзаці шостому слово “витребувати” замінити словом “запитувати”;

в абзаці восьмому слово “витребування” замінити словом “запиту”;

абзац дванадцятий викласти в такій редакції:

“направляти у заклади охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України на контрольне обстеження, медичний огляд, повторний медичний огляд, військовослужбовців, членів їх сімей (крім членів сімей військовослужбовців строкової військової служби), військовозобов'язаних, резервістів”;

в абзаці чотирнадцятому слова “видів, Сил підтримки”, “іншого контингенту” замінити словами “видів, окремих родів військ (сил)”, “інших осіб” відповідно, слова “лікувально-оздоровчої роботи, проведеної серед

допризовників та призовників,” виключити, після слів “членів їх сімей” доповнити словом “призовників”;

в абзаці п’ятнадцятому після слова “скасовувати,” доповнити словом “відмінити,”;

у підпункті 2.3.5 слово “Постанови” замінити словами “Рішення, постанови”;

у пункті 2.4:

підпункт 2.4.3 викласти в такій редакції:

“2.4.3. За рішенням ЦВЛК на ВЛК регіону, незалежно від адміністративно-територіальної зони відповідальності ВЛК за проведення військово-лікарської експертизи, покладається розгляд, контроль, затвердження постанов позаштатних постійно діючих ВЛК та прийняття, скасування, перегляд постанов про причинний зв’язок захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв), у тому числі які призвели до загибелі (смерті) військовослужбовців, осіб звільнених з військової служби”;

у підпункті 2.4.5:

в абзаці п’ятому після слова “переглядати” доповнити словом “, відмінити”;

абзац сьомий викласти в такій редакції:

“направляти у заклади охорони здоров’я в системі Міністерства оборони України на контрольне обстеження, медичний огляд, повторний медичний огляд військовослужбовців, членів їх сімей (крім членів сімей військовослужбовців строкової військової служби), військовозобов’язаних, резервістів”;

в абзаці восьмому слово “витребовувати” замінити словом “запитувати”;

у підпункті 2.4.7:

в абзацах першому, другому слова “ВЛК Центрального регіону (далі ВЛК ЦР)”, “ВЛК ЦР” замінити цифрами та словами “11 регіональну ВЛК (далі – 11 РВЛК)”, “11 РВЛК” відповідно;

в абзаці четвертому слова “та контроль за роботою ЛЛК” виключити, слова “та операторів управління повітряним рухом” замінити словами “, персоналу з керування безпілотними авіаційними комплексами та управлінням повітряним рухом”;

у підпункті 2.4.8 слова “ВЛК Південного регіону” замінити цифрами та словами “18 регіональну ВЛК”;

у пункті 2.5:

у підпункті 2.5.1 абзац сьомий викласти в такій редакції:

“ВЛК Сухопутних військ Збройних Сил України”;

підпункт 2.5.2 викласти в такій редакції:

“2.5.2. Позаштатні (постійно та тимчасово діючі) ВЛК призначаються у складі голови, заступника голови (може призначатись один з членів комісії), членів комісії (не менше ніж три лікарі) і секретаря з числа фахівців з медичною освітою. До складу ВЛК можуть призначатися лікарі інших спеціальностей.

Порядок створення ЛЛК визначається Положенням про лікарсько-льотну експертизу в державній авіації України, затвердженим наказом Міністерства оборони України від 20 листопада 2017 року № 602, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2017 року за № 1566/31434.”;

підпункт 2.5.5 викласти в такій редакції:

“2.5.5. За запитом голови ВЛК (ЛЛК), до роботи позаштатних (постійно та тимчасово діючих) ВЛК (ЛЛК) на правах членів ВЛК (ЛЛК) можуть залучатися головні (провідні) медичні спеціалісти, начальники відділень, інші лікарі-спеціалісти закладів охорони здоров'я (установ), спеціалісти інших (не медичних) спеціальностей, начальник медичної служби та/або представник командування (керівництва) військової частини, де проходить службу військовослужбовець, що оглядається”;

в абзаці першому підпункту 2.5.6 слова “в яких” замінити словами “при яких”;

у підпункті 2.5.7:

в абзаці другому слова “трьох років” замінити словами “одного року”;
доповнити новим абзацом такого змісту:

“Організація проведення військово-лікарської експертизи у закладі охорони здоров'я (установі) покладається на начальника (керівника) цього закладу”;

у підпункті 2.5.11 слово “гербовою” виключити;

у пункті 2.6:

у підпункті 2.6.1:

в абзаці першому слова “створюються у” замінити словами “створюються при”;

в абзаці другому слова “створюються в”, “також в” замінити словами “створюються при”, “також при” відповідно;

в абзаці третьому слова “в закладах” замінити словами “при закладах”;

абзац четвертий виключити;

в абзаці другому підпункту 2.6.2 слова “в якому” замінити словами “при якому”;

в абзаці п'ятому підпункту 2.6.3 слова “медичної служби” замінити словами “медичних служб”, слова “(обмежено придатними)” виключити;

у підпункті 2.7.3 пункту 2.7 після слова “контролюються,” доповнити словом “відміняються,”;

у пункті 2.8:

в абзацах першому, другому підпункту 2.8.1 слово “у” замінити словом “при”;

в абзаці третьому підпункту 2.8.1 слова “головним лікарем районної (міської) лікарні”, “Севастопольського міського ТЦК та СА” замінити словами “керівником районного (міського) державного або комунального закладу охорони здоров'я (установи)”, “Севастопольського міського ТЦК та СП” відповідно;

абзац п'ятий підпункту 2.8.1 викласти в такій редакції:

“Персональний склад ВЛК при районному (міському), обласному ТЦК та СП визначається наказами відповідних керівників ТЦК та СП на підставі наданої начальником (керівником) закладу охорони здоров’я (установи) інформації про перелік медичних працівників, які залучаються до роботи ВЛК при районному (міському), обласному ТЦК та СП, із зазначенням їх спеціальностей”;

підпункт 2.8.5 доповнити новим реченням такого змісту: “У воєнний час перевірка свідоцтв про хворобу з постановами про непридатність до військової служби проводиться за наданими на розгляд з ТЦК та СП медичними документами, а за медичними показаннями – шляхом проведення контрольного медичного огляду перед направленням на затвердження в штатні ВЛК”;

доповнити новим підпунктом 2.8.6 такого змісту:

“2.8.6. Строки проведення медичних оглядів, а також лабораторних та інструментальних досліджень, включно з необхідністю направлення на додаткові методи дослідження, лабораторні обстеження, визначаються з урахуванням необхідності отримання повної та об’єктивної інформації про стан здоров’я людини, та не можуть становити більше 14 днів”;

у пункті 2.9:

в абзаці третьому підпункту 2.9.1 слова “ВМС Збройних Сил України” замінити словами “Військово-Морських Сил Збройних Сил України (далі – ВМС Збройних Сил України)”;

у підпункті 2.9.2 слова “в яких” замінити словами “при яких”;

у підпункті 2.9.5 слова “та операторів” замінити словами “, персоналу з керування безпілотними авіаційними комплексами та”;

доповнити новим пунктом такого змісту:

“2.10. ВЛК Сил спеціальних операцій Збройних Сил України створюються у військових частинах (центрах) Сил спеціальних операцій Збройних Сил України, які мають медичну службу відповідної організаційно-штатної структури.

Організація проведення військово-лікарської експертизи у військовій частині (центрі) покладається на командира (начальника) цієї військової частини (центру).

На ВЛК Сил спеціальних операцій Збройних Сил України покладається: медичний огляд військовослужбовців Сил спеціальних операцій Збройних Сил України, кандидатів на навчання у ВВНЗ, резервістів військових частин Сил спеціальних операцій Збройних Сил України, поповнення з числа військовозобов'язаних, яке прибуває з ТЦК та СП, військовослужбовців з інших родів військ (сил), ВВНЗ;

аналіз та узагальнення результатів огляду військовослужбовців Сил спеціальних операцій Збройних Сил України.

ВЛК Сил спеціальних операцій Збройних Сил України має право:

приймати постанови відповідно до цього Положення;

залучати до роботи на правах членів комісії медичних та військових фахівців за запитом голови ВЛК.

У разі, коли під час медичного огляду військовослужбовців встановлено діагноз, ВЛК Сил спеціальних операцій Збройних Сил України встановлює причинний зв'язок захворювання, травми, контузії, каліцтва, поранення згідно з главою 21 розділу II цього Положення.

ВЛК приймає постанови, наведені в главі 20 розділу II цього Положення. Постанови ВЛК Сил спеціальних операцій Збройних Сил України розглядаються, переглядаються, контролюються, скасовуються, затверджуються штатною ВЛК регіону в порядку, установленому цим Положенням”;

3) у главі 3:

пункт 3.3 після абзацу першого доповнити абзацом другим такого змісту:

“Штатні ВЛК перевіряють відповідність прийнятих позаштатними ВЛК постанов встановленому діагнозу та вимогам цього Положення, на підставі доданих до звернення оригіналів медичних документів або належним чином

завіреніх їх копій, а також наявних медичних записів та висновків у відповідних реєстрах електронної системи охорони здоров'я.”.

У зв'язку з цим абзаци другий – четвертий вважати абзацами третім – п'ятим відповідно;

у пункті 3.4:

слова “(скасування)”, “повторний (контрольний) медичний огляд” замінити словами “(відміни, скасування)”, “контрольне обстеження та медичний огляд ВЛК” відповідно;

доповнити трьома новими абзацами такого змісту:

“Таке рішення є обов'язковим до виконання та має бути реалізовано не пізніше ніж в місячний строк з дати прийняття.

У разі визнання платною ВЛК звернення необґрунтованим, воно повертається заявнику (скаржнику) з відповідними роз'ясненнями, у строк, визначений Законом України “Про звернення громадян”.

У разі прийняття рішення про направлення на контрольне обстеження та медичний огляд, військовослужбовці та інші особи, зазначені у пункті 1.2 глави 1 цього розділу, направляються для проходження медичного огляду ВЛК в інший заклад охорони здоров'я, ніж той, в якому проводився медичний огляд ВЛК, постанова якої оскаржується”.

2. У розділі II:

1) у главі 1:

у пункті 1.1:

в абзаці першому:

слова “у мирний та воєнний час” замінити словами “у мирний час та під час дії особливого періоду”;

доповнити двома новими реченням такого змісту: “При встановленні діагнозу насамперед враховуються результати фізикального обстеження та спеціальних досліджень. Якщо дані попередньої медичної документації не

співпадають з результатами актуального обстеження, проводиться спільний огляд (консиліум) за участі провідних (головних) медичних фахівців, під час якого може прийматись рішення про неврахування контраверсійних результатів попередніх досліджень (документів, виписок, заключень тощо) та госпіталізацій при винесенні експертного рішення”;

в абзаці третьому слово “допризовників,” виключити;

в абзаці шостому після слова “військовослужбовців” доповнити словами “, призовників, військовозобов’язаних та резервістів”, слова “плаваючому складі, морській піхоті” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях, у морській піхоті, підрозділах спеціального призначення”;

в абзаці десятому слова “, працівників Збройних Сил України” виключити, слова “для роботи з ДІВ, КРП, джерелами ЕМП, ЛВ” замінити словами “для роботи з джерелами іонізуючого випромінювання (далі – ДІВ), компонентами ракетного палива (далі – КРП), джерелами електромагнітних полів (далі – ЕМП), лазерного випромінювання (далі – ЛВ)”;

абзац одинадцятий викласти в такій редакції:

“військовослужбовців до служби у спеціальних спорудах”;

у таблиці пункту 1.4:

у графі 4 рядка 1 слово ““А”” виключити;

у графі 4 рядка 2 слова та цифри ““Д” (графи 2 - 5)”” виключити;

у графі 4 рядка 3 слова ““А””, ““Д”” виключити;

у графі 4 рядка 4 слова ““Б””, ““В”” ““І”” виключити;

у графі 4 рядка 5 слова ““Б””, ““В””, ““І”” виключити;

у графі 3 рядка 6 слова “створена у” замінити словами “створена при”;

у графі 4 рядка 6 слова та цифру ““Д” (графа 1)”” виключити;

у графі 4 рядка 7 слова “А”, “В”, “Г” виключити;

у графі 4 рядка 8 слова “Б”, “В”, “Г” виключити;

у графі 4 рядка 9 слова “Б”, “В”, “І” виключити;

у графі 4 рядка 10 слова “Б”, “В”, “І” виключити;

у графі 4 рядка 11 слова та цифру ““Д” (графа 6)”” виключити;

у графі 4 рядка 12 слова та цифри ““Д” (графи 2 - 5)”” виключити;

у графі 4 рядка 13 слова та цифру ““Б” (графа 2), “В”” виключити;

у графі 4 рядка 14 слова та цифру ““Б” (графа 2), “В”” виключити;

у графі 4 рядка 16 слова та цифру ““Б” (графа 2), “В”” виключити;

у графі 2 рядка 17 після слова “Військовослужбовці,” доповнити словом “військовозобов’язані,”; слово “частинах” замінити словом “підрозділах”;

у графі 3 рядка 17 після слів “Десантно-штурмових військ,” доповнити словами “ВЛК військових частин (центрів) Сил спеціальних операцій Збройних Сил України,”

у графі 4 рядка 17 слова та цифру ““Б” (графа 1)”” виключити;

у графі 2 рядка 18 слова “працівники Збройних Сил України”, “(роботи)”, “(працюють)” виключити;

у графі 4 рядка 18 слова та цифру ““Б” (графа 6)”” виключити;

у графі 2 рядка 19 після слова “Військовослужбовці,” доповнити словом “військовозобов’язані,”; слова “у плаваючому складі” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях, у морській піхоті”;

у графі 4 рядка 19 слова та цифри ““А” (графа 3), “Б” (графа 2), “В”” виключити;

у графі 4 рядка 20 слово “В” виключити;

у графі 2 рядка 21 слова “працівники Збройних Сил України”, “(приймаються) на роботу” замінити словами “військовозобов’язані”, “на посади” відповідно;

у графі 4 рядка 21 слово “Г” виключити;

у графі 4 рядка 22 слова та цифру ““Б” (графа 8)”” виключити;

у графі 2 рядка 23 слова “працівники Збройних Сил України,” виключити;

у пункті 1.10:

абзац п’ятий викласти в такій редакції:

“у мирний час та під час дії особливого періоду (за виключенням періоду мобілізації та/або періоду дії воєнного стану) військовослужбовців при призначенні на посади від командира окремої військової частини (керівника

обласного (міського) ТЦК та СП) до командувача виду Збройних Сил України включно, а також при призначенні на посади начальників структурних підрозділів Генерального штабу Збройних Сил України та Міністерства оборони України”;

пункт 1.12 викласти в такій редакції:

“1.12. Відомості про результати проходження медичного огляду (військово-лікарської експертизи) призовниками, військовозобов’язаними та резервістами вносяться до Єдиного реєстру призовників, військовозобов’язаних та резервістів у встановленому законодавством порядку”;

2) у главі 2:

у пункті 2.6 цифри та слова “1–11 ТДВ “А” замінити словом “ТДВ”;

в абзаці третьому пункту 2.8 слова “обмежують придатність або”, ““А”” виключити;

у пункті 2.12:

в абзаці третьому слова “головним лікарем лікувально-профілактичного закладу”, “військовий комісаріат” замінити словами “керівником закладу охорони здоров’я комунальної або державної форм власності”, “ТЦК та СП” відповідно;

в абзаці п’ятому слова “У воєнний час” замінити словами “Під час дії воєнного стану”;

3) у главі 3:

пункт 3.2 доповнити новим абзацом такого змісту:

“Під час дії правового режиму воєнного стану кожний військовозобов’язаний оглядається хірургом, терапевтом, невропатологом, психіатром, офтальмологом, оториноларингологом, а за медичними показаннями – і лікарями інших спеціальностей”;

пункт 3.3 викласти в такій редакції:

“3.3. Особи, звільнені з військової служби, визнані непридатними до військової служби, можуть повторно оглядатися ВЛК районних, міських ТЦК та СП за місцем перебування на військовому обліку після обов'язкового обстеження у спеціалізованих закладах охорони здоров'я з метою підтвердження або зміни встановленого діагнозу. Направляє на обстеження лікар – член ВЛК районного, міського ТЦК та СП, про що вносить відповідний запис у реєстр ЕСОЗ. Медичний огляд цієї категорії громадян проводиться за графою II додатка 1 до цього Положення, а тих, які мають офіцерські звання, – за графою III додатка 1 до цього Положення”;

пункт 3.4 доповнити двома новими абзацами такого змісту:

“Під час дії правового режиму воєнного стану кожний військовозобов'язаний прибуває на медичний огляд ВЛК з результатами рентгенологічного обстеження органів грудної клітки.

ЕКГ виконується після 40-річного віку та за наявності медичних показань. Інші лабораторні та інструментальні дослідження виконуються за показанням”;

пункт 3.8 викласти в такій редакції:

“3.8. Постанови ВЛК ТЦК та СП щодо військовозобов'язаних приймаються згідно з главою 20 цього розділу.

Постанова ВЛК ТЦК та СП про ступінь придатності військовозобов'язаного до військової служби, прийнята в облікових цілях в мирний час, дійсна протягом п'яти років з дня закінчення медичного огляду.

Постанова ВЛК районних, міських ТЦК та СП про ступінь придатності військовозобов'язаного до військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період дійсна протягом одного року з дня закінчення медичного огляду.

Якщо в стані здоров'я військовозобов'язаного, за його зверненням або висновками лікарів закладу охорони здоров'я виникли зміни, то за направленням керівника ТЦК та СП проводиться повторний медичний огляд з метою визначення ступеня придатності до військової служби.

Під час дії особливого періоду постанови ВЛК районних, міських ТЦК та СП про непридатність до військової служби військовозобов'язаних оформлюються свідоцтвами про хворобу (додаток 11 до цього Положення) у трьох примірниках, які не пізніше десятиденного строку з дня закінчення медичного огляду та перевірки ВЛК обласних (Київського та Севастопольського міських) ТЦК та СП, направляються на затвердження до штатних ВЛК згідно адміністративно-територіальної зони відповідальності за проведення військово-лікарської експертизи.

Інші постанови ВЛК районних, міських ТЦК та СП, на особливий період оформлюються довідкою військово-лікарської комісії (додаток 4 до цього Положення) у трьох примірниках.

Постанови ВЛК ТЦК та СП у формулюванні “Тимчасово непридатний до військової служби (вказати дату повторного огляду)” не пізніше п'ятиденного строку з дня закінчення медичного огляду, направляються з метою контролю до ВЛК обласних (Київського та Севастопольського міських) ТЦК та СП.

Копія довідки ВЛК з підписом про ознайомлення та датою видається особі, яка пройшла медичний огляд”;

у пункті 3.10 цифру “2” замінити цифрою “1”;

пункт 3.11 після першого речення доповнити двома новими реченнями такого змісту: “Після проведення обстеження складається Акт дослідження стану здоров'я (додаток 10), який підписується керівником закладу охорони здоров'я (установи). Акт подається до ВЛК ТЦК та СП на розгляд”;

у першому реченні абзацу шостого пункту 3.13 після слів “подається особова справа” доповнити словами “(усі медичні документи з особової справи, постанови ВЛК за період служби)”, слова “(обмежено придатними)” виключити;

4) у главі 4:

у пункті 4.1:

в другому реченні абзацу першого слова “У воєнний час” замінити словами “Під час дії воєнного стану”;

після абзацу першого доповнити новим абзацом другим такого змісту:

“Під час дії воєнного стану медичний огляд ВЛК кандидатів на навчання на курсах професійної військової освіти не проводиться”;

У зв’язку з цим абзаци другий – п’ятий вважати абзацами третім – шостим відповідно;

в абзаці четвертому слова “ВЛК ТЦК та СП” замінити словами “ВЛК Р(М)ТЦК та СП за направленням керівника ТЦК та СП”;

в абзаці першому пункту 4.2 слово ““Д”” виключити;

пункт 4.3 виключити.

У зв’язку з цим пункти 4.4 – 4.9 вважати пунктами 4.3 – 4.8 відповідно;

в абзаці другому пункту 4.3 слова “створюється у” замінити словами “створюється при”;

в абзаці першому пункту 4.8 слова “на підставі графі 1 ТДВ “Д”” виключити;

5) у главі 5:

абзац четвертий пункту 5.1 виключити.

У зв’язку з цим абзаци п’ятий – тринадцятий вважати абзацами четвертим – дванадцятим відповідно;

в абзаці п’ятому пункту 5.2 слова “(обмежену придатність)” виключити;

6) у главі 6:

в абзаці другому пункту 6.1 слова “за рекомендацією лікаря” замінити словами “виключно за рекомендацією лікаря закладу охорони здоров’я (установи)”, слова “обмежувати придатність або” виключити;

в абзаці восьмому пункту 6.2 слова “в інших випадках надання службової та медичної характеристик не обов’язкове” замінити словами “та в особливий період – у випадках повторного направлення військовослужбовця на медичний

огляд командиром військової частини з метою визначення ступеню придатності до військової служби протягом 12 місяців з дня закінчення попереднього медичного огляду, а також у випадках направлення на медичний огляд військовослужбовців із захворюваннями психіки та поведінки. В інших випадках надання службової та медичної характеристик не обов'язкове”;

в абзаці першому пункту 6.4 слова “(пункти “а”, “б” статей Розкладу хвороб, без індивідуальної оцінки)” виключити;

у пункті 6.5 слова “може направлятися” замінити словом “направляється”;

у пункті 6.8:

абзац четвертий викласти в такій редакції:

“Голова та члени ВЛК вносять до реєстру ЕСОЗ відповідні записи, що характеризують стан здоров'я військовослужбовця, та, за потреби, ознайомлюються з медичними записами у відповідному реєстрі ЕСОЗ”;

доповнити новим абзацом такого змісту:

“Військовослужбовці, звільнені з місць несвободи особи, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України згідно із Законом України “Про соціальний і правовий захист осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, та членів їхніх сімей”, а також особи, які звільнені відповідно до Порядку здійснення передачі військовополонених ворогів державі-агресору та звільнення оборонців України, які перебувають у полоні держави-агресора, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 квітня 2022 року № 441, в обов'язковому порядку проходять огляд лікаря-психіатра з метою врахування при прийнятті постанови ВЛК”;

пункт 6.9 виключити.

У зв'язку з цим пункти 6.10 – 6.35 вважати пунктами 6.9 – 6.34 відповідно;

пункт 6.12 доповнити новим абзацом такого змісту:

“Якщо після продовження відпустки для лікування у зв’язку з хворобою або відпустки для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) військовослужбовець не може приступити до виконання службових обов’язків, то він оглядається ВЛК для визначення ступеня придатності до військової служби”;

пункт 6.13 викласти в такій редакції:

“6.13. Загальний час безперервного перебування військовослужбовців у закладах охорони здоров’я (установах), у відпустці для лікування у зв’язку з хворобою та/або відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) із збереженням грошового та матеріального забезпечення не може перевищувати дванадцять місяців поспіль. Не пізніше закінчення строку безперервного перебування на лікуванні у закладах охорони здоров’я (установах), у відпустці для лікування у зв’язку з хворобою та/або відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) військовослужбовці підлягають медичному огляду ВЛК з метою визначення придатності до військової служби.

У разі визнання військовослужбовця ВЛК непридатним до військової служби, документи про його звільнення з військової служби можуть бути надіслані посадовій особі, яка видає наказ про звільнення, до виписки військовослужбовця із закладу охорони здоров’я (установи).

Медичний огляд ВЛК з метою визначення потреби у тривалому лікуванні проводиться не пізніше ніж через чотири місяці від початку лікування.

У разі направлення військовослужбовців на лікування за кордон у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, безперервним перебуванням на лікуванні за кордоном вважається період надання медичних послуг в закладах охорони здоров’я іноземних держав, включаючи час переміщення з одного закладу охорони здоров’я до іншого та час очікування між плановими етапами лікування, реабілітації, протезування.

Після повернення із лікування з-за кордону військовослужбовці підлягають медичному огляду ВЛК закладів охорони здоров’я в системі

Міністерства оборони України для визначення придатності до військової служби або потреби у тривалому лікуванні, за направленням керівника закладу охорони здоров'я (установи) або інших осіб, визначених абзацом першим пункту 6.1 глави 6 цього розділу.

З метою визначення потреби (відсутності потреби) у продовженні тривалого лікування військовослужбовців за кордоном, медичний огляд може проводитися дистанційно, гарнізонними ВЛК НВМКЦ “ГВКГ”, ВМКЦ регіонів за направленням командирів військових частин за місцем їх служби або посадових осіб, у розпорядженні яких перебувають військовослужбовці. У таких випадках до ВЛК разом з направленням на медичний огляд подаються медичні документи військовослужбовця (документи, що підтверджують направлення на лікування за кордон, виписки із медичних карт стаціонарного хворого, консультативні висновки лікарів-спеціалістів, результати додаткових методів досліджень, довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва), медичні документи іноземних закладів охорони здоров'я (завірені в установленому законодавством порядку копії, перекладені українською мовою) та військово-облікові документи (довідки про проходження військової служби, у тому числі за кордоном, про безпосередню участь у бойових діях тощо).

Постанова ВЛК про продовження тривалого лікування оформляється довідкою ВЛК, затвердженню штатною ВЛК не підлягає та направляється посадовій особі, яка видала направлення на медичний огляд”;

в абзаці першому пункту 6.15 слова “У зв’язку” замінити словами “В мирний час у зв’язку”;

пункт 6.16 доповнити трьома новими абзацами такого змісту:

“Щодо військовослужбовців, які згідно із зазначеними в абзаці другому цього пункту Критеріями потребують лікування за кордоном та направляються для лікування за кордон з метою отримання медичної допомоги, ВЛК приймає постанову: “Потребує тривалого лікування”. Примірник довідки ВЛК із зазначеною постановою підлягає направленню до військової частини за місцем

проходження служби військовослужбовцем, відповідно до пункту 22.3 глави 22 цього розділу.

Механізм направлення військовослужбовців на лікування за кордон визначається Порядком направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2022 року № 411 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 жовтня 2022 року № 1169).

Порядок надання військовослужбовцям медичної допомоги в іноземних закладах охорони здоров'я визначається законодавством держав, в яких вони перебувають на лікуванні”;

пункт 6.17 викласти в такій редакції:

“6.17. У разі звільнення військовослужбовців з військової служби постанова про потребу їх у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) ВЛК не приймається.

Під час дії особливого періоду військовослужбовцям, які амбулаторно чи стаціонарно пройшли медичний огляд ВЛК, за результатами медичного огляду визнані непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку або непридатними до військової служби з переоглядом через 6–12 місяців, та виписуються із закладу охорони здоров'я (установи) до оформлення ВЛК свідоцтва про хворобу, яке є підставою для оформлення документів про звільнення військовослужбовця з військової служби, у день виписки (закінчення медичного огляду ВЛК) видається довідка ВЛК з постановою “Потребує звільнення від виконання службових обов'язків на _____ календарних днів”. У постанові ВЛК зазначається строк, необхідний для оформлення та затвердження свідоцтва про хворобу, але не більше 30 календарних днів з дня закінчення медичного огляду.

У мирний час та під час дії особливого періоду, у разі коли військовослужбовці визнані непридатними до військової служби або

непридатними до військової служби з переоглядом через 6–12 місяців і в період оформлення звільнення з військової служби не можуть за станом здоров'я виконувати службові обов'язки, ВЛК одночасно з постановою про непридатність приймає постанову “Потребує звільнення від виконання службових обов'язків за станом здоров'я на строк, необхідний для оформлення звільнення, але не більше 30 календарних днів з дня закінчення медичного огляду”;

у пункті 6.25 після слів “Десантно-штурмових військах,” доповнити словами “на підводних човнах, надводних кораблях, в морській піхоті ВМС Збройних Сил України,”;

у пункті 6.30 слова “у плаваючому складі” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях, у морській піхоті”;

пункт 6.33 виключити.

У зв'язку з цим пункт 6.34 вважати пунктом 6.33;

7) главу 8 викласти в такій редакції:

“8. Медичний огляд військовослужбовців, які призначаються на посади та несуть службу у спеціальних спорудах

8.1. Медичний огляд військовослужбовців, які призначаються на посади та несуть службу у спеціальних спорудах (командні пункти, на яких військовослужбовці несуть тривале бойове чергування і знаходяться у штучно створених умовах перебування), проводиться за графами Розкладу хвороб залежно від військового звання та ТДВ (залежно від військового звання), із обов'язковою участю психіатра, представника командування та лікаря військової частини.

Призначення військовослужбовців для несення служби у спеціальних спорудах без попереднього медичного огляду забороняється.

8.2. Медичний огляд військовослужбовців, які несуть службу у спеціальних спорудах, проводиться один раз на 3 роки, а також при змінах у стані здоров'я або за направленням командування.

Відповідальним за своєчасне направлення вказаних осіб на медичний огляд є командир військової частини.

8.3. Командування військової частини не пізніше як у семиденний строк перед початком медичного огляду подає до ВЛК списки осіб, які підлягають огляду.

Перед початком медичного огляду представник командування або лікар військової частини знайомить членів ВЛК з умовами служби осіб, які підлягають огляду.

8.4. При виявленні під час амбулаторного обстеження та медичного огляду у військовослужбовця, який несе службу у спеціальних спорудах, захворювань, що перешкоджають подальшому проходженню служби, питання про придатність або непридатність його до служби у спеціальних спорудах та про придатність до військової служби вирішується госпітальною ВЛК після стаціонарного обстеження та лікування.

8.5. Постанова ВЛК про придатність військовослужбовців до служби у спеціальних спорудах оформлюється довідкою ВЛК, яка затвердженню штатною ВЛК не підлягає.

У разі коли військовослужбовець визнається непридатним до служби у спеціальних спорудах, ВЛК одночасно приймає постанову про придатність його до військової служби, яка підлягає затвердженню штатною ВЛК".

8) у главі 9:

заголовок глави викласти в такій редакції:

“9. Медичний огляд військовослужбовців, які проходять службу на підводних човнах, надводних кораблях, у морській піхоті ВМС Збройних Сил України, водолазів, лікарів-фізіологів”;

у пункті 9.3:

в абзаці першому слова “Медичний огляд” замінити словами “У мирний час медичний огляд”, після слів та цифр “на 12 місяців” доповнити словами “за графами Розкладу хвороб та ТДВ”;

абзац другий викласти в такій редакції:

“В особливий період медичний огляд осіб, зазначених в абзаці першому цього пункту, проводиться раз на 24 місяці за графами Розкладу хвороб та ТДВ залежно від військового звання”;

абзац третій викласти в такій редакції:

“У мирний час медичний огляд військовослужбовців морської піхоти проводиться один раз на 12 місяців за графами Розкладу хвороб та ТДВ залежно від військового звання”;

в абзаці четвертому слова та цифри “графою 4 ТДВ “А” або графою 10 ТДВ “Б””, замінити словом “ТДВ”;

пункт 9.5 виключити.

У зв’язку з цим пункти 9.6–9.8 вважати пунктами 9.5–9.7 відповідно;

у пункті 9.6 слова “у плаваючому складі”, “у плавскладі” замінити словами “на надводних кораблях, морській піхоті”, “на підводних човнах, надводних кораблях, морській піхоті” відповідно;

9) у главі 10:

абзац другий примітки 1 до таблиці 3 викласти в такій редакції:

“Офіцери, старшини, лікарі-фізіологи високої кваліфікації із гостротою зору нижче 0,6 без корекції визнаються придатними за умови застосування спеціальних масок з оптичними лінзами”;

10) у главі 13:

в абзаці другому пункту 13.6 слова та цифри “граф 1, 2 ТДВ “В”” замінити словом “ТДВ”;

11) у главі 15:

у пункті 15.1:

в абзаці першому слова та цифри “графою 4 ТДВ “А” або графою 1 ТДВ “Б”” замінити словом “ТДВ”;

в абзаці третьому слова та цифри “графою 4 ТДВ “А” або графою 10 ТДВ “Б”” замінити словом “ТДВ”;

пункти 15.2, 15.3 виключити.

У зв’язку з цим пункт 15.4 вважати пунктом 15.2;

12) у главі 16:

у заголовку глави слова “(працівників Збройних Сил України)” виключити, слова “(приймаються) на роботу,” замінити словами “на посади”;

в абзаці першому пункту 16.1 слова “графами ТДВ “Г”” замінити словами “графою ТДВ”;

у пункті 16.2 слова “(прийняття працівників) на” замінити словами “на посади, що передбачають”;

у пунктах 16.3, 16.6, 16.9 слова “(працівників)” виключити;

у пункті 16.8 слова “(працівника)”, “(працює)”, “(працівник)” виключити;

пункт 16.10 виключити.

У зв’язку з цим пункти 16.11 – 16.14 вважати пунктами 16.10 – 16.13 відповідно;

у пункті 16.11 слова “(приймають) на”, “(приймаються) на” замінити словами “на посади, що передбачають”;

в абзаці другому пункту 16.12 слова “(працівників) та про непридатність працівників” виключити;

13) у главі 17:

у заголовку глави слова “працівників Збройних Сил України,” виключити;

у пункті 17.1 слова “(працівників)”, “(роботи)”, “(працівники - за графою III)”, “та працівників Збройних Сил України” виключити;

у пункті 17.2 слова “роботи, ”, “(роботи)” виключити;

в абзаці другому пункту 17.3 слова та цифри “дітям з 12 років” замінити словами та цифрами “з 15 років”;

пункт 17.4 викласти в такій редакції:

“17.4. Члени сімей, крім документів, вказаних у пункті 17.1 цього розділу, надають у ВЛК форму № 100-2/о, на дітей надається картка профілактичних щеплень (облікова форма № 063/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1 “Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення”, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560). Без указаних документів медичний огляд їм не проводиться”;

пункт 17.5 виключити.

У зв'язку з цим пункти 17.6–17.15 вважати пунктами 17.5–17.14 відповідно;

у пункті 17.5 слово “(працівників)” виключити;

пункт 17.7 виключити.

У зв'язку з цим пункти 17.8–17.14 вважати пунктами 17.7–17.13 відповідно;

у пункті 17.8 слова “(працівників)”, “(працюють)”, “(працівника)” виключити, слова “Міністерства оборони України” замінити словами “Збройних Сил України”;

у пункті 17.9 слова “роботи”, “, для працівників - роботи”, “(працівників)”, “(для працівників – робота)” виключити;

у пункті 17.10 слова “, для працівників – роботи” виключити;

пункт 17.12 викласти в такій редакції:

“17.12. Військовослужбовці та члени їх сімей, які виїжджають за кордон у туристичні подорожі ВЛК не оглядаються”;

14) у главі 18:

абзац шостий пункту 18.2 виключити.

У зв'язку з цим абзац сьомий вважати абзацом шостим;

абзац третій пункту 18.5 виключити;

у пункті 18.8 друге речення виключити;

15) у главі 19:

заголовок глави викласти в такій редакції:

“19. Медичний огляд військовослужбовців, які залучаються до участі у МО та до роботи у складі національного персоналу”;

у пункті 19.1 слово “ММО” замінити словом “МО”, слова “(працівники)”, “(роботи)” виключити;

у пунктах 19.2, 19.3 слова “ММО” замінити словом “МО”;

у пункті 19.4 слово “ММО” замінити словом “МО”, слова “(працівники - за графою III) та за графою 8 ТДВ “Б” замінити словами “та ТДВ”;

у пункті 19.6 слово “ММО” замінити словом “МО”;

пункт 19.7 виключити.

У зв'язку з цим пункти 19.8–19.14 вважати пунктами 19.7–19.13 відповідно;

у пунктах 19.7–19.12 слово “ММО” замінити словом “МО”;

у пункті 19.11 абзац другий виключити.

У зв'язку з цим абзац третій вважати абзацом другим відповідно;

у пункті 19.14 слово “(працівників)” виключити, слова та цифри “На підставі графи 8 ТДВ “Б” – непридатний до участі у ММО (до служби (роботи) у національному персоналі)” замінити словами “На підставі ТДВ - непридатний до участі у МО (до служби у національному персоналі)”;

16) у главі 20:

абзац другий пункту 20.1 викласти в такій редакції:

“Голова або члени ВЛК відповідальні за прийняте рішення та видачу документів про встановлення причинного зв’язку захворювань, поранень (контузій, травм або каліцтв). ВЛК мають право приймати постанови на виїзних засіданнях та у випадках визначення потреби (відсутності потреби) у продовженні тривалого лікування військовослужбовців під час лікування за кордоном – дистанційно, на підставі оригіналів медичних та військово-облікових документів або належним чином їх засвідчених копій”;

в абзаці першому пункту 20.2 слова “контролюються, а за необхідності переглядаються відповідною штатною ВЛК” замінити словами “не затверджуються, контролюються, переглядаються, а за необхідності скасовуються або відміняються відповідною штатною ВЛК”;

у пункті 20.3:

у підпункті “а”:

в абзаці чотирнадцятому слово “військовослужбовців” замінити словом “осіб”;

доповнити двома новими абзацами такого змісту:

“до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв’язку, оперативного забезпечення, охорони”.

Такі особи є непридатними до служби у підрозділах спеціального призначення, на підводних човнах, надводних кораблях, у спецспорах”;

у підпункті “б”:

абзац третій виключити.

У зв’язку з цим абзаци четвертий – дев’ятнадцятий вважати абзацами третім – вісімнадцятим відповідно;

в абзаці восьмому слова “у плавскладі” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях, морській піхоті”;

в абзаці чотирнадцятому слова “у воєнний час” замінити словами “під час дії воєнного стану”;

абзац вісімнадцятий викласти в такій редакції:

“Постанова “Непридатний до військової служби з переоглядом через 6 - 12 місяців” приймається під час дії воєнного стану на підставі статей 26, 7, 11, 12г, 13г, 24, 32, 37, 44, 48, 56, 59, 65, 72, 76б, 77б, 81 Розкладу хвороб у випадках, коли для відновлення придатності до військової служби необхідний строк від 6 до 12 календарних місяців”;

доповнити новим абзацом такого змісту:

“У мирний час та під час дії особливого періоду (за винятком періоду дії воєнного стану) у таких випадках приймається постанова “Непридатний до військової служби”;

у підпункті “в”:

в абзаці десятому слова “на воєнний час” замінити словами “під час дії воєнного стану”;

абзац п'ятнадцятий викласти в такій редакції:

“звільнення від виконання службових обов'язків на ____ календарних днів (на строк, необхідний для оформлення та затвердження свідоцтва про хворобу, але не більше 30 календарних днів)”;

абзац двадцятий викласти в такій редакції:

“тривалого лікування (постанова приймається щодо військовослужбовців після проведення лікування (за необхідності хірургічного), стабілізації стану хворого та у разі прийняття рішення, що військовослужбовець потребує тривалого строку безперервного перебування в закладах охорони здоров'я (установах) на лікуванні та у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) в цілому чотирьох місяців підряд. Постанова приймається також щодо військовослужбовців, які потребують тривалого лікування за кордоном та направляються для лікування за кордон з метою отримання медичної та/або реабілітаційної допомоги, а також тих, які перебувають на такому лікуванні. У

випадку відсутності потреби у продовженні тривалого лікування приймається постанова у формулюванні “Не потребує тривалого лікування”);

підпункт “г” виключити.

У зв’язку з цим підпункти “г” – “є” вважати підпунктами “г” – “є” відповідно;

в абзаці сьомому підпункту “г” слова “у плаваючому складі” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях”;

пункт 20.4 виключити.

У зв’язку з цим пункти 20.5 – 20.9 вважати пунктами 20.4 – 20.8 відповідно;

у пункті 20.4 слова “непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час, обмежено придатними до військової служби або” замінити словами “такими що”;

пункт 20.5 виключити.

У зв’язку з цим пункти 20.6 – 20.8 вважати пунктами 20.5 – 20.7 відповідно;

пункт 20.6 виключити.

У зв’язку з цим пункт 20.7 вважати пунктом 20.6;

у пункті 20.6 слова “постановами ВЛК:” замінити словами “постановою ВЛК”, слова “, “обмежено придатний до військової служби”, “непридатний до військової служби в мирний час, обмежено придатний у воєнний час” виключити;

17) в абзаці першому пункту 21.3 глави 21 слова “у колишніх військовослужбовців” замінити словами “у осіб, звільнених з військової служби”;

у пункті 21.5:

підпункт “а” викласти в такій редакції:

“а) “Поранення (контузія, травма, каліцтво), ТАК, пов’язане із захистом Батьківщини” – якщо поранення (травма, контузія, каліцтво) одержане під час

захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, безпосередньої участі в антитерористичній операції (операції об'єднаних сил), забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення, під час безпосередньої участі у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією проти України”;

після підпункту “а” доповнити підпунктом “б” такого змісту:

“б) “Поранення (контузія, травма, каліцтво), ТАК, пов’язане із захистом Батьківщини в період громадянської та Другої світової воєн” - якщо поранення (травма, контузія, каліцтво) одержане під час захисту Батьківщини або виконання обов’язків військової служби у складі діючої армії і флоту у роки громадянської війни, Другої світової війни, участі у бойових діях з розмінування босприпасів часів Другої світової війни.

Постанови ВЛК у формулюваннях, визначених підпунктами “а” та “б” не приймаються, якщо поранення (контузія, травма, каліцтво), у тому числі, що призвело до смерті військовослужбовця, є наслідком:

вчинення ним кримінального або адміністративного правопорушення;

вчинення ним дій у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп’яніння;

навмисного спричинення собі тілесного ушкодження чи іншої шкоди своєму здоров’ю або самогубства (крім випадку доведення особи до самогубства, встановленого судом)”.

У зв’язку з цим підпункти “б” - “к” вважати підпунктами “в” - “т” відповідно;

в абзаці другому підпункту “г” слова “обмежує придатність або” виключити;

підпункт “д” викласти в такій редакції:

“д) “Захворювання, ТАК, пов’язане із захистом Батьківщини” - якщо воно виникло під час захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, безпосередньої участі в антитерористичній операції (операції об’єднаних сил), забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення, під час безпосередньої участі у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією проти України”;

після підпункту “д” доповнити новим підпунктом “е” такого змісту:

“е) “Захворювання, ТАК, пов’язане із захистом Батьківщини в період громадянської та Другої світової воєн” - якщо воно виникло під час захисту Батьківщини або виконання обов’язків військової служби у складі діючої армії і флоту у роки громадянської війни, Другої світової війни, участі у бойових діях з розмінування боєприпасів часів Другої світової війни.

Зазначені у підпунктах “д” та “е” постанови приймаються також при хронічних повільно прогресуючих захворюваннях за наявності медичних документів, якщо вони етіопатогенетично дозволяють віднести або підтверджують початок захворювання у період участі в бойових діях.

Постанови ВЛК у формулюваннях, визначених підпунктами “д” та “е” не приймаються, якщо захворювання, у тому числі, що призвело до смерті військовослужбовця, є наслідком:

вчинення ним кримінального або адміністративного правопорушення;

вживання або отруєння алкоголем, наркотичними засобами, токсичними чи отруйними речовинами, а також їх дії (асфіксія, інсульт, інфаркт, зупинка серця тощо), що підтверджено відповідним медичним висновком, за умов, що отруєння не пов’язано із впливом цих речовин на потерпілого

військовослужбовця внаслідок їх застосування в технологічному процесі або незадовільного зберігання чи транспортування, а потерпілий до настання нещасного випадку був відсторонений від виконання обов'язків командиром (начальником);

навмисного спричинення шкоди своєму здоров'ю або самогубства (крім випадку доведення особи до самогубства, встановленого судом)";

У зв'язку з цим підпункти "е" – "і" вважати підпунктами "є" – "й" відповідно

у підпункті "є":

в абзаці першому слова "обмежує придатність або" виключити;

доповнити чотирма новими абзацами такого змісту:

"Постанова ВЛК у формулюванні "Захворювання ТАК, пов'язане з проходженням військової служби" приймається, якщо захворювання, у тому числі, що призвело до смерті військовослужбовця, виникло, (розвинулося) в період проходження військової служби та є наслідком:

вчинення ним кримінального або адміністративного правопорушення;

вживання або отруєння алкоголем, наркотичними засобами, токсичними чи отруйними речовинами, а також їх дії (асфіксія, інсульт, інфаркт, зупинка серця тощо), що підтверджено відповідним медичним висновком, за умов, що отруєння не пов'язано із впливом цих речовин на потерпілого військовослужбовця внаслідок їх застосування в технологічному процесі або незадовільного зберігання чи транспортування, а потерпілий до настання нещасного випадку був відсторонений від виконання обов'язків командиром (начальником);

навмисного спричинення шкоди своєму здоров'ю або самогубства (крім випадку доведення особи до самогубства, встановленого судом)";

в абзаці першому підпункту "и" слова "обмежує придатність або" виключити;

в абзаці першому підпункту "і" слова "обмежує придатність або" виключити;

пункт 21.7 доповнити новим абзацом такого змісту:

“Прийняття постанов про причинний зв’язок з військовою службою травм (поранень, контузій, каліцтв), одержаних особами, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення, здійснюється на підставі обставин, зазначених у тому числі в документах (журналах), передбачених наказом Міністерства внутрішніх справ України та МОЗ України від 06 липня 2016 року № 612/679 “Про порядок обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров’я осіб у зв’язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 липня 2016 року за № 1051/29181, а також медичної документації про звернення за медичною допомогою з приводу одержаних травм (поранень, контузій, каліцтв)”;

в абзаці першому пункту 21.8 слова “колишніх військовослужбовців” замінити словами “осіб, звільнених з військової служби”;

у пункті 21.10 слова “незалежно від того, обмежують чи не обмежують його наслідки придатність до військової служби або проходження зборів,” виключити;

у пункті 21.25:

в абзаці першому слова “копії документів” замінити словами “засвідчені копії документів”;

доповнити двома новими абзацами такого змісту:

“Якщо в місячний строк із дня надходження документів від заявника вирішити порушені у зверненні питання неможливо, начальник штатної ВЛК або його заступник встановлюють необхідний строк для його розгляду, про що повідомляється особі, яка подала звернення. При цьому загальний строк вирішення питань, порушених у зверненні, не може перевищувати сорока п’яти днів.

За результатами розгляду звернення щодо встановлення причинного зв'язку захворювання, травми (поранення, контузії, каліцтва), у тому числі які призвели до загибелі (смерті), з військовою службою, штатною ВЛК надсилається (видається) заявнику витяг з протоколу засідання штатної військово-лікарської комісії у кількості не менше ніж три примірники”;

18) у главі 22:

у пункті 22.1:

у підпункті “а” слова “за необхідності -” виключити, після слів “довідку ВЛК” доповнити словами “(свідоцтво про хворобу)”;

підпункт “д” виключити;

в абзаці третьому пункту 22.3 слова “У воєнний час” замінити словами “Під час дії воєнного стану”;

у пункті 22.4:

в абзаці другому слова “непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; обмежено придатними до військової служби” виключити;

в абзаці третьому слова “плаваючого складу”, “у плавскладі” замінити словами “підводних човнів, надводних кораблів”, “надводних кораблях” відповідно;

в абзаці шостому слово “плавскладі” замінити словами “на підводних човнах, надводних кораблях”;

в абзаці восьмому слова “обмежено придатними до військової служби; непридатними до військової служби у мирний час, обмежено придатними у воєнний час або” виключити;

в абзаці дев'ятому слова “непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; обмежено придатними до військової служби та непридатними для подальшого проходження зборів” виключити;

у пункті 22.5:

в абзаці першому слова “у воєнний час” замінити словами “під час дії особливого періоду”;

в абзаці третьому слова “офіцерів запасу” замінити словом “військовозобов’язаних”;

в абзаці четвертому слова “У воєнний час” замінити словами “Під час дії особливого періоду”;

у пункті 22.6:

у підпункті “а”:

в абзаці другому слово “ГВМКЦ” замінити словами “НВМКЦ “ГВКГ”;

в абзаці першому підпункту “б” слова “у воєнний час” замінити словами “під час дії особливого періоду”;

у пункті 22.8:

у підпункті “а” слово “п’яти” замінити словом “шести”;

у підпункті “б”:

в абзаці першому слово “чотирьох” замінити словом “п’яти”;

після абзацу четвертого доповнити абзацом п’ятим такого змісту:

“п’ятий примірник зберігається у позаштатній ВЛК, як додаток до книги протоколів”.

У зв’язку з цим абзаци п’ятий – восьмий вважати абзацами шостим – дев’ятим відповідно;

в абзаці шостому слово “п’ятий” замінити словом “шостий”;

у пункті 22.9 слова “У воєнний час” замінити словами “Під час дії особливого періоду”, слово “двох” замінити словом “трьох”;

в абзаці другому пункту 22.12 слова “непридатними до військової служби у мирний час, обмежено придатними у воєнний час” замінити словами та цифрами “непридатними до військової служби з переоглядом через 6–12 місяців”;

19) у главі 23:

у пункті 23.4:

в абзаці першому друге речення виключити;

в абзаці другому слова та цифри “графами 1-8 ТДВ “Б”” замінити словом “ТДВ”;

в абзаці другому пункту 23.12 слова “військовий комісар” замінити словами “керівник ТЦК та СП”, після слів “міста Києва” доповнити словами “та Севастополя”;

20) розділ II доповнити новою главою такого змісту:

“24. Медичний огляд військовослужбовців підрозділів спеціального призначення

24.1. У мирний час медичний огляд військовослужбовців підрозділів спеціального призначення для визначення ступеню придатності до служби в підрозділах спеціального призначення проводиться один раз на 12 місяців за графами Розкладу хвороб залежно від військового звання та ТДВ.

У разі коли військовослужбовець визнається непридатним до служби в підрозділах спеціального призначення, позаштатна ВЛК одночасно приймає постанову про ступінь придатності його до військової служби, яка підлягає затвердженню штатною ВЛК.

В особливий період медичний огляд військовослужбовців підрозділів спеціального призначення проводиться з метою визначення придатності до військової служби у підрозділах спеціального призначення один раз на 24 місяці за графами Розкладу хвороб залежно від військового звання та ТДВ.

24.2. Медичний огляд військовослужбовців підрозділів спеціального призначення проводиться відповідно до пункту 6.8 глави 6 цього розділу”.

3. У додатках до цього Положення:

1) додаток 1 викласти в такій редакції:

“Додаток 1

до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (пункт 1.2 глави 1 розділу II)

Розклад

хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби, служби у військовому резерві

Стаття Розкладу хвороб	Назва хвороби, ступінь порушення функції	Категорії осіб, що проходять медичний огляд за графами Розкладу хвороб		
		Графа I	Графа II	Графа III
		Громадяни під час приписки до призовних дільниць та призову на строкову військову службу, вступу до військових навчальних закладів (крім льотного складу), військовослужбовці строкової військової служби	Громадяни, військово-службовці, які приймаються, призиваються та проходять військову службу на посадах рядового, сержантського та старшинського складу	Громадяни, особи офіцерського складу, які приймаються, призиваються та проходять військову службу на посадах офіцерського складу
1	2	3	4	5
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99). Їх наслідки				
Стаття I	Включено: кишкові інфекційні хвороби A00-A09; бактеріальні зоонози A20-A28; інші бактеріальні хвороби A30-A49; спірохетози A68-A69; орнітоз A70; рикетсіози A75-A79; вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи A80-A89; вірусні геморагічні гарячки A90-A99, вірусні інфекційні хвороби з ушкодженням шкіри та слизових оболонок B00-B09; інші вірусні хвороби B25-B34; протозойні хвороби, гельмінтози, інфекції B50-B89; носійство збудника інфекційної хвороби Z22; коронавірусна хвороба U07.1-U07.2			
	а) вказані хвороби та їх наслідки, які не піддаються або важко піддаються лікуванню	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку		
	б) інші зазначені хвороби та їх наслідки, носійство збудника інфекційної хвороби	Тимчасово непридатні. Потребують 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) активний туберкульоз легень без виділення мікобактерій та розпаду легеневої тканини; позалегеновий туберкульоз у період основного курсу лікування	Непридатні до військової служби з переоглядом через 6 місяців
	в) клінічно вилікований туберкульоз	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	г) залишкові зміни після вилікованого туберкульозу різних локалізацій	Придатні
Стаття 3	Включено: інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом A50-A79 (сифіліс, гонококова інфекція, хвороби, спричинені хламідіями, трихомонадами та мікоплазмами)	
	Сифіліс, гонококова інфекція, уrogenітальний хламідіоз, уrogenітальний трихомоніаз, уrogenітальний мікоплазмоз	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
Стаття 4	Включено: усі форми хронічних вірусних гепатитів B15-B19	
	а) тяжкі форми хронічних вірусних гепатитів, які важко піддаються лікуванню та значно порушують функції органів і систем	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) хронічні вірусні гепатити з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) хронічні вірусні гепатити з незначним порушенням функцій або без порушення функцій	Придатні

Стаття 5	Включено: хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) В20-В24, безсимптомне носійство ВІЛ Z21	
	а) хвороба, зумовлена ВІЛ (прогресуюча), з імунною декомпенсацією	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) хвороба, зумовлена ВІЛ, з імунною субкомпенсацією	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) хвороба, зумовлена ВІЛ (стабільна) або безсимптомне носійство ВІЛ, з імунною компенсацією	Придатні
Стаття 6	Включено: мікози та дерматофітії В35-В49	
	а) кандидоз, кокцидіоз, бластомікоз, параккокцидіомікоз, споротрихоз, хромомікоз і феомікотичний абсцес, аспергильоз, криптококоз, зигомікоз, міцетом, дерматофітія, оніхомікоз	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
Стаття 7	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних хвороб або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Новоутворення (С00-Д48), їх наслідки		
Стаття 8	Включено: злоякісні новоутворення всіх локалізацій: губи, ротової порожнини, глотки С00-С14; органів травлення С15-С26; органів дихання та грудної клітки С30-С39; кістково-м'язової та сполучної тканини, меланома С40-С49; сечостатевої системи С50-С68; ока, головного мозку та інших відділів центральної нервової системи С69-С72; щитоподібної залози та інших ендокринних залоз С73-С80, метастази із не уточнених локалізацій	
	а) первинні (вторинні) за наявності віддалених метастазів і неможливості радикального хірургічного лікування	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) стани після радикального хірургічного лікування первинної пухлини; рак нижньої губи, рак шкіри	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 9	Включено: злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (С81-С96), справжня поліцитемія (D45), інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47) та мієлодиспластичний синдром (D46)	
	а) швидко та повільно	Непридатні до військової служби з

	прогресуючі, зі значними змінами у складі крові і періодичними загостреннями	виключенням з військового обліку
	б) повільно прогресуючі і не прогресуючі з помірними та незначними порушеннями функції кровотворної системи і нечастими загостреннями	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) захворювання у фазі тривалої стійкої ремісії після проведеного специфічного лікування	Придатні
Стаття 10	Включено: доброякісні новоутворення всіх локалізацій D10-D49. Виключено: D45; D46; D47 (поліцитемія справжня, мієлодиспластичні синдроми та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин) (включено до статті 9)	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні
Стаття 11	Стани після хірургічного лікування, проведення цитостатичної або променевої терапії з приводу новоутворень	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (D50-D89), їх наслідки		
Стаття 12	Включено: анемії (аліментарні, гемолітичні, апластичні, постгеморагічні) 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій та частими загостреннями	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) повільно прогресуючі та непрогресуючі з незначними порушеннями функцій та рідкими	Придатні

	загостреннями г) стани після перенесених гострих хвороб крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (E00- E90), їх наслідки		
Стаття 13	Включено: усі хвороби щитоподібної залози (за виключенням 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
	г) стани після перенесених гострих захворювань або хірургічного лікування з приводу хвороб ендокринної системи та прирівняних станів	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
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) тяжкі та помірно виражені стійкі психічні розлади	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) легкі психічні прояви	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) стійкі компенсації наслідків гострого захворювання головного мозку або закритої черепно-мозкової травми	Придатні

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 тяжкими, стійкими психічними розладами	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) при синдромі залежності з помірними або легкими психічними розладами	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 16	Включено: ендегенні психози F20-F39 (шизофренія, шизотиповий розлад, хронічні маячні розлади, гострі та транзиторні психічні розлади, шизоафективні розлади, маніакальний епізод, біполярний афективний розлад, стійкі та інші розлади настрою (афективні) Виключено: F32; F33 (включено до статті 17)	
	а) шизофренія, шизотипові та маячні розлади, афективні розлади з часто повторюваними фазами	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) розлади настрою (афективні) з рідкими приступами та тривалими проміжками повного клінічного здоров'я	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 17	Включено: невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади F40-F48, F32, F33 (фобійні, тривожні, obsесивно-компульсивні, адаптаційні, соматоформні та інші невротичні розлади, неврастенія, реакції на тяжкий стрес, ПТСР, депресивний епізод). Виключено: ангіотрофоневроз (включено до статті 84)	
	а) при виражених, стійких психічних розладах з прогресивним перебігом	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) при помірно виражених, тривалих або повторних психічних розладах	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) при легких психічних розладах з виходом в одужання	Придатні
	г) стан після первинних гострих невротичних порушень; адаптаційні розлади; ПТСР після епізоду загострення	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
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 залежність); 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) помірно виражені з нестійкою компенсацією або компенсовані	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 19	Включено: розумова відсталість F70-F79 (легкого, помірного, тяжкого ступеня, глибока розумова відсталість, інші форми розумової відсталості)	
	а) глибока та тяжка розумова відсталість; розумова відсталість помірного ступеня	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) розумова відсталість легкого ступеня	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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, дитячий церебральний параліч, паралітичні стани, гідроцефалія, токсична енцефалопатія та інші).	
	а) швидко або повільно прогресуючі зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку

	б) повільно прогресуючі з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) повільно прогресуючі з незначними порушеннями функцій	Придатні
Стаття 22	Включено: епізодичні та пароксизмальні розлади G40-G47 (епілепсія та епілептичні синдроми, епілептичний статус, мігрень, розлади сну, в тому числі апное сну). Виключено: транзиторні церебральні ішемічні напади G45 (включено до статті 41)	
	а) епілепсія за наявності частих епілептичних нападів або виражених психічних розладів	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) епілепсія з поодинокими і рідкими (судомними і безсудомними) епілептичними нападами без психічних порушень	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) інші епізодичні та пароксизмальні розлади з незначними порушеннями функцій органів і систем	Придатні
Стаття 23	Включено: хвороби периферичної нервової системи G50-G75 (ураження черепних нервів, нервових корінців та сплетінь, полі-, мононейропатії, усі форми міастеній, 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
Стаття 24	Стани після перенесених гострих хвороб нервової системи або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) те саме на одному оці або помірно виражені на обох очах; різко виражені захворювання повік, слъзових шляхів, орбіти, кон'юнктиви на одному або на обох очах	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	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	Придатні
Стаття 26	Включено: хвороби склери, рогівки (рубці та помутніння, дегенеративні захворювання), райдужної оболонки, циліарного тіла, кришталика (усі види катаракти), судинної оболонки; хвороби скловидного тіла та очного яблука; неврит зорового нерва, хвороби та ураження зорового нерва та зорових шляхів, інші хвороби ока та його придаткового апарату Н15-Н22; Н25-Н28; Н30-Н36; Н33.3; Н43-Н45; Н46-Н48	
	а) різко виражені з прогресуючим, значно вираженим зниженням зорових функцій та частими загостреннями на обох очах	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) те ж саме на одному оці або помірно виражені на обох очах	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) помірно виражені, непрогресуючі з рідкими загостреннями на одному оці або незначно виражені на обох очах	Придатні
Стаття 27	Включено: відшарування та розрив сітківки Н33, за винятком Н33.3	
	а) будь-якої етіології на одному або обох очах з прогресуючим (або) значно вираженим зниженням зорових функцій та (або)	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку

	після безуспішного хірургічного лікування	
	б) будь-якої етіології на одному або обох очах після успішного хірургічного лікування	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 28	Включено: усі форми глаукоми Н40-Н42	
	а) у розвиненій і подальших стадіях на обох очах	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) у розвиненій стадії на одному оці; у початковій стадії одного або обох очей	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) офтальмогіпертензія на одному або обох очах	Придатні
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) те саме за відсутності диплопії; співдружних косоокість за відсутності бінокулярного зору	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 30	Включено: порушення рефракції та акомодатції Н52 (гіперметропія, міопія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія та інше)	
	а) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному із меридіанів більше 12,0 дптр	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному із меридіанів більше 6,0 дптр і до 12,0 дптр або астигматизм будь-якого виду з різницею рефракції у двох головних меридіанах більше 3,0 дптр	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) короткозорість або далекозорість будь-якого ока в одному із 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	Придатні

Стаття 31	Включено: розлади зору та сліпота H53-H54 (амбліопія, диплопія, сліпота та знижений зір одного, обох очей, порушення кольоровідчуття тощо)	
	а) сліпота одного або обох очей; відсутність одного чи обох очних яблук	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) гострота зору обох очей з корекцією до 0,5; гострота зору одного ока з корекцією вище 0,5 при гостроті зору другого ока з корекцією до 0,2	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) дихромазія, аномальна трихромазія будь-якого типу	Придатні
Стаття 32	Стани після перенесених гострих хвороб ока та придаткового апарата або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби вуха та соскоподібного відростка (H60-H99), їх наслідки		
Стаття 33	Включено: хвороби зовнішнього вуха H60-H64 (перихондрит, набутий стеноз та інші)	Придатні
Стаття 34	Включено: хвороби середнього вуха і соскоподібного відростка H65-H75 (негнійний, гнійний середній отит; запалення, закупорка слухової труби, мастоїдит і споріднені стани, холестеатома, перфорація (нетравматична) барабанної перетинки, гострий та хронічний мірингіт, тимпаносклероз, поліп середнього вуха та інше)	
	а) хронічний одnobічний або двобічний середній отит після хірургічного лікування з неповною епідермізацією та/або з грануляціями, виділеннями, епідермальними масами, холестеатомою	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) одnobічний або двобічний середній отит, який не супроводжується захворюваннями, зазначеними у пункті "а"; інші залишкові явища хвороб середнього вуха та соскоподібного відростка	Придатні
Стаття 35	Включено: H81-H83.2 хвороби внутрішнього вуха, порушення вестибулярної функції, хвороба/синдром Мен'єра, ураження центральних і периферичних відділів вестибулярного аналізатора	
	а) стійкі вестибулярно-вегетативні розлади тяжкого ступеню, хвороба/синдром Мен'єра	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку

	б) вестибулярно-вегетативні розлади середнього та легкого ступеня тяжкості; менсьєроподібні стани; стійка чутливість до вестибулярних подразників	Придатні
Стаття 36	Включено: кондуктивна, сенсоневральна і змішана приглухуватість різного генезу, сенсоневральна приглухуватість, вроджена глухота, ототоксична втрата слуху, дегенеративні і судинні хвороби вуха, ураження структур слухової системи (H90-H95)	
	а) стійка глухота на обидва вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 95 дБ); глухонімота; двобічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80-95 дБ); глухота на одне вухо та тяжка або глибока приглухуватість на друге; глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80-95 дБ) на одне вухо та тяжка приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65-80 дБ) на друге; прогресуюча приглухуватість (інструментально підтверджена) з вирахованим середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку

аудіометрії 65 дБ і більше; приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими вестибулярними і системними проявами з боку серцево-судинної і центральної нервової систем (об'єктивно підтвердженими), з вирахуванням середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії 65 дБ і більше	
б) двобічна тяжка приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65-80 дБ)	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
в) середньо-тяжка двобічна приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50-65 дБ); глухота або глибоке (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середньо-тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50-65 дБ) на друге; глухота або глибоке (вираховане	Придатні

	середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середнього ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 35-50 дБ) на друге; однобічна глухота вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо; однобічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80-95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо; однобічні або двобічні прогресуючі (підтверджено інструментально) порушення слухової функції; тяжке порушення слуху на одне вухо (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65-80 дБ) та приглухуватість середньо-	
--	--	--

	тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50-65 дБ) на друге	
Стаття 37	Стани після перенесених хвороб вуха та соскоподібного відростка або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби системи кровообігу (I00-I99), їх наслідки		
Стаття 38	Включено: некоронарогенні хвороби серця (перикарда, міокарда, ендокарда, клапанного апарату), легеневе серце і порушення легеневого кровообігу (легенева емболія, усі форми легенево-серцевої недостатності, хвороби легеневих судин), усі форми кардіоміопатії, порушення серцевого ритму та провідності, дегенерація (дистрофія) міокарду, 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 IIБ-III стадії	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) із серцевою недостатністю I-IIА стадії	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) за наявності об'єктивних даних без серцевої недостатності	Придатні
Стаття 39	Включено: хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском I10-I15 (гіпертонічна хвороба, вторинна гіпертензія)	
	а) гіпертонічна хвороба III стадії з незворотними структурними ураженнями органів-мішеней	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) гіпертонічна хвороба III стадії без незворотних структурних уражень органів-мішеней; гіпертонічна хвороба II стадії	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) гіпертонічна хвороба I стадії	Придатні
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	Непридатні до військової служби з

	недостатністю ІІБ-ІІІ стадії	виключенням з військового обліку
	б) із серцевою недостатністю ІІА стадії	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) із серцевою недостатністю І стадії	Придатні
Стаття 41	Включено: цереброваскулярні хвороби І60-І69 (субарахноїдальний, внутрішньошлунчковий, внутрішньочерепний (не травматичний) крововилив, G45 транзиторні церебральні ішемічні напади і споріднені з ними синдроми, інфаркт головного мозку, інсульт (геморагічний, ішемічний), його наслідки, закупорка, стеноз, емболія, тромбоз, аневризма прецеребральних, базилярної, сонної, хребтової артерій; церебральний атеросклероз, гіпертензивна енцефалопатія, наслідки хірургічних втручань).	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні
Стаття 42	Включено: хвороби артерій, артеріол та капілярів І70-І79 (атеросклероз аорти, ниркової артерії, артерій кінцівок, генералізований атеросклероз; стеноз або аневризма, розширення або розшарування аорти та інших артерій; стенозуючий атеросклероз брахіоцефальних артерій; емболія і тромбоз аорти та інших артерій; хвороби периферичних судин (синдром Рейно, облітеруючий тромбангіт)); набутий артеріовенозний свищ, спадкова гемолітична телеангіектазія, непухлинний невус; хвороби вен, лімфатичних судин та вузлів І80-І89 (флебїт, тромбофлебїт, тромбоз ворітної вени, емболія та тромбоз інших вен; варикозне розширення вен нижніх кінцівок; варикозне розширення вен стравоходу, мошонки, яєчка, тазу, постфлебїтичний синдром; неспецифічний лімфаденїт, наслідки хірургічних втручань)	
	а) зі значними та помірними порушеннями кровообігу та функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з незначними порушеннями кровообігу та функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень кровообігу та функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
Стаття 43	Включено: усі форми геморою І84	
	а) з частими загостреннями та вторинною анемією	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з випадінням вузлів 2-3 стадії	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку,

		оперативного забезпечення, охорони
	в) з рідкими загостреннями при успішному лікуванні	Придатні
Стаття 44	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб системи кровообігу або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби органів дихання (J00 - J99), їх наслідки		
Стаття 45	Включено: хвороби верхніх дихальних шляхів J00 - J39 (викривлення носової перетинки, поліпи порожнини носа, ларингіт, ларинготрахеїт, хронічний синусит, озена, хронічні хвороби мигдаликів) J38 хвороби голосових складок і гортані	
	а) озена; стенози гортані; парези і паралічі гортані зі значним порушенням функції голосоутворення та дихання; тяжка форма спастичної дисфонії	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) поліпозні, негнійні або гнійні синусити; парези та паралічі гортані з помірним порушенням функції голосоутворення та дихання; спастична дисфонія середньої тяжкості; хронічний декомпенсований тонзиліт; стійкий розлад барофункції вуха або навколоносових пазух, а також викривлення носової перетинки з порушенням носового дихання	Придатні
Стаття 46	Включено: хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів J40-J44, J47 (хронічний бронхіт, емфізема, хронічна обструктивна хвороба легень, бронхоекстатична хвороба); хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами, інтерстиціальні хвороби легень J60-J84 (пневмоконіози, хронічні пневмоніти, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, легеневий альвеолярний протеїноз, гемосидероз та інші дисеміновані захворювання легень); хронічні гнійні та некротичні хвороби, хвороби плеври, інші хвороби органів дихання J85-J99 (абсцес легені та середостіння, піоторакс та інші)	
	а) зі значними порушеннями функції зовнішнього дихання	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функції зовнішнього дихання	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони

	в) з незначними порушеннями функції зовнішнього дихання; за наявності об'єктивних даних без порушень функції зовнішнього дихання	Придатні
Стаття 47	Включено: бронхіальна астма J45-J46	
	а) тяжка персистуюча бронхіальна астма	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) персистуюча бронхіальна астма середньої тяжкості; легка персистуюча бронхіальна астма	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) інтермітуюча бронхіальна астма	Придатні
Стаття 48	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб органів дихання або хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
Хвороби органів травлення (K00-K93), їх наслідки		
Стаття 49	Включено: хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп K00-K14 (порушення розвитку та прорізування зубів, ратиновані та імпакті зуби, карієс зубів, інші хвороби твердих тканин зубів, хвороби пульпи та периапікальних тканин, інші ушкодження зубів та їх опорного апарату; кісти ділянки рота; інші хвороби щелеп; хвороби слинних залоз, стоматит та пов'язані з ним ураження, хвороби губи, слизової оболонки рота та язика). Виключено: гінгівіт та хвороби пародонту K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06 (включено до статті 50), щелепно-лицьові аномалії, включаючи аномалії прикусу K07 (включено до статті 51)	
	а) відсутність 10 і більше зубів на одній щелепі або заміна їх знімним протезом, відсутність 8 кутніх зубів на одній щелепі, відсутність 4 кутніх зубів на верхній щелепі з одного боку та 4 кутніх зубів на нижній щелепі з другого боку або заміна їх знімними протезами	Придатні
	б) відсутність 4 і більше фронтальних зубів на одній щелепі або відсутність другого різця, ікла та першого малого кутнього зуба підряд, за неможливості заміни їх незнімними протезами	Придатні

	в) множинний ускладнений карієс зубів	Придатні
Стаття 50	Включено: гінгівіт та хвороби пародонту K05, інші ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка K06	
	а) пародонтит, пародонтоз генералізований та захворювання слизової оболонки порожнини рота, що не піддаються лікуванню	Придатні
	б) пародонтит, пародонтоз, стоматити, гінгівіти, хейліти та інші захворювання слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз і язика, що піддаються лікуванню	Тимчасово непридатні. Потребують лікування
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) ті самі аномалії з помірними та незначними порушеннями дихальної, нюхової, ковтальної та мовної функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
Стаття 52	Включено: хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (крім виразкової хвороби) K20-K31 (езофагіт, гастрит, гастродуоденіт, гастроєзофагеальна 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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними та незначними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) за наявності об'єктивних даних без порушень	Придатні

	функцій	
Стаття 53	Включено: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки K25-K26	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні
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 та інші)	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій і частими загостреннями	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушення функції	Придатні
Стаття 55	Включено: грижа K40-K46 (пахова, стегнова, пупкова грижа, грижа черевної стінки, діафрагмальна грижа, інші та неуточнені грижі черевної порожнини)	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними та незначними порушеннями функцій	Придатні
Стаття 56	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб органів травлення, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
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 себореї, atopічний, пелюшковий, алергічний, контактний, екзофоліативний, простий хронічний лишай та свербіж); папулосквамозні порушення L40-L45 (псоріаз, парансоріаз, пітіріаз рожевий, плоский червоний лишай)	
	а) дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з поширеною ліхеніфікацією	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку

	шкірного покриву, пухирчатка звичайна, герпетиформний дерматит, поширений безперервно рецидивуючий бляшковий псоріаз, універсальний псоріаз (псоріатична еритродермія)	
	б) поширений псоріаз, часто рецидивуючі форми обмеженої та поширеної екземи, дифузний нейродерміт (атопічний дерматит) з обмеженою ліхеніфікацією шкірного покриву, дискоїдний червоний вовчак, фотодерматити, вульгарний іхтіоз, рецидивуюча багатоформна еритема	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) обмежені, рідко рецидивуючі форми екземи, обмежені форми псоріазу, нейродерміту; червоний плоский лишай	Придатні
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 не іонізуюче, сонячний опік), хвороби придатків шкіри L60-L75 (хвороби нігтів, алопеція, аномалія кольору волосся, гіпертрихоз, вугрі, розацеа, фолікулярні кісти шкіри, хвороби мерокринних, апокринних потових залоз); інші хвороби шкіри та підшкірної клітковини L80-L99 (вітиліго, себорейний кератоз, чорний акантоз, мозолі та оmozоліlostі, піодермія гангренозна, декубітальна виразка, атрофічні, гіпертрофічні та гранулематозні зміни шкіри, дискоїдний червоний вовчак, васкуліт, обмежений шкірою)	
	а) всі форми гніздового облісіння та вітиліго; обмежена склеродермія; себорея, ускладнена абсцедувальними вуграми, хронічна кропивниця, рецидивний набряк Квінке	Придатні
Стаття 59	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб шкіри та підшкірної клітковини, хірургічного лікування (фурункул, фурункульоз, карбункул, флегмона, абсцес, імпетиго, ектима, гостра екзема, дерматити, пітіріаз рожевий,	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків

	багатоформна еритема, параспоріаз)	
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 фасциїт тощо); анкілозуючий спондилоартрит M45	
	а) зі значними порушеннями функцій, стійкими і значними змінами	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій та частими загостреннями	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій та рідкими загостреннями	Придатні
Стаття 61	Включено: артрози та інші ураження суглобів M15-M19, M22-M25 (поліартроз, коксартроз, гонартроз, інші артрози, ураження надколінка, внутрішньосуглобові ураження коліна та інших суглобів); хвороби м'яких тканин M60-M79 (хвороби та ураження м'язів, синовіальної оболонки та сухожилків, бурсопатії, ентезопатії, ураження плеча); остеопатії і хондропатії M80-M94 (остеопороз кісток з патологічним або без патологічного перелому, остеомалія 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 M72 (включено до статті 62)	
	а) зі значними та помірними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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 куksi верхніх або нижніх кінцівок на будь-якому рівні; одностороння ампутаційна куksа нижньої кінцівки вище рівня верхньої третини гомілки; одностороння ампутаційна куksа верхньої та/або нижньої кінцівки на будь-якому рівні	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
Стаття 64	Включено: хвороби хребта (дорсопатії) та їх наслідки M40-M54 (кіфоз і лордоз, сколіоз, остеохондроз хребта, спондилоліз, спондилолістез, ураження міжхребцевих дисків, інші дорсопатії). Виключено: анкілозуючий спондилоартрит M45 (включено до статті 60)	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
Стаття 65	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними та незначними порушеннями функцій без ниркової недостатності	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних, без порушень функцій	Придатні
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних, без порушень функцій	Придатні
Стаття 69	Включено: хвороби молочної залози N60-N64 (фібрознокістозна мастопатія, кісти молочних залоз, аденоматоз, ектазія протоків, гіпертрофія молочних залоз, мастодінії, виражений птоз)	

	а) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	б) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
Стаття 70	Включено: запальні хвороби органів малого тазу у жінок N70-N77 (сальпінгіт і оофорит, запальна хвороба матки, запальна хвороба шийки матки, інші запальні хвороби жіночих тазових органів, хвороби бартолінової залози, інші запальні хвороби піхви і вульви)		
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
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, фаллопійєвих труб та широкої зв'язки матки, фолікулярна кіста яєчника, кіста жовтого тіла, перекручення яєчника та фаллопійєвої труби, гематосальпінкс, поліпи жіночих статевих органів, дистопія матки, ерозія та екстропіон шийки матки, дисплазія шийки матки, порушення оваріально-менструальної функції, звичний викидень, жіноча безплідність тощо)		
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні	
Стаття 72	Стани після перенесених гострих, загострення хронічних хвороб сечостатевої системи, хірургічного лікування	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99), їх наслідки			
Стаття 73	Включено: вагітність, пологи та післяпологовий період O00-O99		
	а) з ускладненим перебігом	-	Потребують лікування, відпустки, звільнення
	б) без ускладнень	-	Придатні
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; целіакія K90.0; вроджені вади розвитку статевих органів Q50-Q56; вроджені вади розвитку сечової системи Q60-Q64; вроджені вади розвитку та деформації кістково-м'язової системи Q65-Q79; інші вроджені вади розвитку Q80-Q89; хромосомні аномалії Q90-Q99	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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; ушкодження структур слухової системи; травми ока та орбіти; травми горла, трахеї, гортані; внутрішньочерепна травма (струс, контузія, здавлення, наявність чужорідного тіла, крововиливи внаслідок травми); травма зорового нерва та його провідних шляхів, інших черепних нервів; наслідки ураження центральної нервової системи від дії зовнішніх чинників	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців

	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
Стаття 77	Включено: травми внутрішніх органів грудної, черевної порожнини, органів, розташованих позаочеревинно, органів тазу, політравма S20, S21, S30, S37, T00-T07	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців
	в) з незначними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	г) за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
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 тазу	
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні
Стаття 79	Включено: термічні та хімічні опіки T20-T32; відмороження T33-T35; інші дії зовнішніх чинників T66-T78 (тепловий і сонячний удар, вибухова травма, акубаротравма, баротравма вуха, легені, кесонна хвороба, асфіксія, ураження блискавкою, електричним струмом, впливи вібрації, джерел іонізуючого випромінювання, компонентів ракетного палива, джерел електромагнітного поля, лазерного випромінювання та токсичні дії мікроорганізмів I-II груп патогенності, особливо небезпечними інфекційними хворобами)	
	а) зі значними порушеннями функцій; тяжка акубаротравма	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку
	б) з помірними порушеннями функцій;	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних

	акубаротравма середнього ступеня тяжкості	центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій; акубаротравма легкого ступеня	Придатні	
Стаття 80	Включено: отруєння лікарськими засобами, медикаментами та хімічними речовинами Т36-Т50; токсична дія речовин немедичного призначення Т51-Т65 (токсична дія алкоголю, органічних розчинників, вуглеводнів, роз'їдаючих, дезінфікуючих засобів, газів, димів та парів, пестицидів, продуктів харчування, токсична дія від укусу тварин, плазунів, комах)		
	а) зі значними порушеннями функцій	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) з помірними порушеннями функцій	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	в) з незначними порушеннями функцій; за наявності об'єктивних даних без порушень функцій	Придатні	
Стаття 81	Стани після проведеного лікування з приводу травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників	Тимчасово непридатні. Потребують лікування, відпустки, звільнення від виконання службових обов'язків	
Інші хворобливі прояви			
Стаття 82	Включено: недостатній фізичний розвиток (слабкий розвиток м'язової системи та підшкірно-жирової клітковини), вага тіла менше 45 кг або зріст нижче 150 см; конституціональна високорослість; незбалансоване харчування Е34, Е63		
	а) виявлений під час призову на строкову військову службу та прийняття на військову службу за контрактом після надання відстрочки протягом одного року	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) виявлений під час прийняття на військовий облік або під час призову на строкову військову службу та прийняття на військову службу за контрактом, за відсутності патологічних змін з боку	Тимчасово непридатні	

	органів і систем		
Стаття 83	Включено: розлади вегетативної нервової системи G90 (ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність - синдром Бредбері-Еглстона)) з синкопальними станами G90.0; сімейна дизавтономія (Райлі-Дея) G90.1; багатосистемна дегенерація, нейрогенна ортостатична гіпотензія (синдром Шая-Дрейджера) G90.3		
	а) швидко або повільно прогресуючі зі значними порушеннями функції	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) стійкі значно виражені вегетативні прояви	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	в) стійкі помірно виражені вегетативні розлади без вказаних в пункті "б" проявів	Придатні	
Стаття 84	Включено: ангіотрофоневроз кінцівок як особлива форма ангіодистонії, з характерною нападаподібною локальною ішемією пальців кінцівок F45 (3)		
	а) ангіотрофонеvroзи III-IV стадії	Непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку	
	б) ангіотрофонеvroзи I-II стадії	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
Стаття 85	Включено: заїкання із захливанням F98 (5)		
	а) заїкання із захливанням високого ступеня, що охоплює весь мовний апарат та робить мову мало зрозумілою	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони	
	б) помірне заїкання або недомовлення, що робить мову недостатньо виразною	Придатні	
Стаття 86	Включено: неорганічний енурез F98		
	Придатні до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони		

2) додаток 2 викласти в такій редакції:

“Додаток 2

до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України

Пояснення

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

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

1. Стаття 1: за наслідками тяжких та ускладнених гострих форм інфекційних та паразитарних захворювань (протягом одного року після завершення курсу лікування) у разі збереження стійких порушень функцій органів та систем експертне рішення щодо ступеня придатності до військової служби слід розглядати разом з відповідними статтями Розкладу хвороб.

1) до пункту “а” належать:

усі форми лепри A30, повільних інфекцій центральної нервової системи A81, сказу A82;

генералізовані форми актиномікозу A42, аспергільозу B44;

ехінококоз множинний або такий, що не піддається хірургічному лікуванню при завершеному 6-місячному курсі протипаразитарного лікування B67;

цистицеркоз центральної нервової системи та ока B69;

інші форми інфекційних хвороб, що вимагають тривалого лікування більше 6-ти місяців.

Слід розрізняти інфекційний початок та наслідки токсичної дії укусу тварин, плазунів, комах, що належить до класу травм та отруєнь. Під час встановлення наслідків токсичної дії укусу, що підтверджено документально, причинний зв'язок встановлюється, як при травмі.

2. Стаття 2

1) до пункту “а” належать:

усі форми туберкульозу легень, респіраторної системи з бактеріовиділенням та/або розпадом легеневої тканини;

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 оболонок, 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 форми туберкульозу шкіри;

туберкульоз перикарда, очеревини, брижових лімфатичних вузлів, шлунку, 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 з приводу туберкульозу.

2) до пункту "б" належать:

усі форми активного туберкульозу легень, респіраторної системи без бактеріовиділення та розпаду легеневої тканини;

активний обмежений туберкульоз хребта, кісток та суглобів, сечостатевих органів, іншої позалегеневої локалізації в стадії згасання без напливних абсцесів та нориць.

3) до пункту “в” належать:

усі форми туберкульозу легень, респіраторної системи після успішного лікування, внаслідок чого досягнуто клініко-рентгенологічне одужання на тлі лікування чи спонтанне (зникнення симптомів інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду, розсмоктування інфільтрації в легенях та резорбція рідини в плевральних порожнинах тощо);

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;

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;

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 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).

Діагноз туберкульозу позалегеневої локалізації повинен бути також підтверджений одним із методів: цитологічним, гістологічним, мікробіологічним та іншими клініко-інструментальними методами.

Після завершення курсу стаціонарного та/або амбулаторного лікування або в разі відмови військовослужбовця від лікування за направленням начальника закладу охорони здоров'я (установи) 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 1,5 см і більше;

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

туберкуломи, у тому числі з розпадом;

поширений фіброз (більше 3 сегментів);

циротичні зміни будь-якої протяжності;

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

зміни після резекції сегмента чи частки легені, після пульмонектомії, торакопластики, плевроектомії, каверноектомії, екстраплеврального пневмолізу.

4) 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 1,5 см;

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

обмежений фіброз у межах до трьох сегментів.

Поєднання трьох і більше ознак, характерних для малих залишкових змін, слід розцінювати як великі залишкові зміни.

За умови клінічно діагностованого туберкульозу та відсутності небезпеки для оточуючих військовослужбовці можуть проходити військово-лікарську експертизу в закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України, в яких відсутні протитуберкульозні підрозділи, з дотриманням експертних вимог цього Положення.

3. Стаття 3: громадянам та військовослужбовцям у разі виявлення інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом, проводиться обов'язкове стаціонарне лікування.

Після проведення повного курсу лікування хворим на сифіліс військовослужбовцям вони визнаються придатними до військової служби незалежно від результатів серологічних досліджень. Призовники, громадяни, що приймаються на військову службу за контрактом, а також кандидати на вступ до ВВНЗ, визнаються придатними за наявності негативного серологічного дослідження на сифіліс.

У разі ураження сифілісом внутрішніх органів, нервової системи, кісток тощо медичний огляд проводиться за відповідними статтями Розкладу хвороб.

4. Стаття 4 передбачає хронічні вірусні гепатити В, С, Д (ВГВ, ВГС, ВГД) та інші.

Ступінь порушення функції печінки визначається за клінічними, лабораторними та інструментальними даними, що свідчать про стійкість ураження печінки.

1) до пункту "а" належать:

хронічні вірусні гепатити з вираженою, стійкою (впродовж щонайменше одного місяця) цитолітичною активністю – підвищення АЛТ ≥ 10 верхніх меж норми (далі – ВМН), впродовж щонайменше одного місяця, що важко

піддаються корекції чи мають стійкі порушення вуглеводної, білкової, пігментної функцій печінки (наявність щонайменше двох з наведених показників: загальний білок ≤ 50 г/л чи альбумін $\leq 17,5$ г/л, загальний білірубін ≥ 50 мкмоль/л, протромбіновий індекс $\leq 60\%$), а також з проявами печінкової енцефалопатії, геморагічного синдрому;

та/або виражений фіброз печінки (оцінка F4 за шкалою METAVIR) асоційований з хронічним перебігом вірусних гепатитів;

випадки хронічного вірусного гепатиту В з дельта-агентом (мікст-гепатит ВГВ+ВГД).

Пацієнтам з розвитком фіброзу до рівня F4 за шкалою METAVIR, визначеним на підставі результатів соноеластографії печінки ($\geq 12,6$ кПа), шкал FIB-4 ($> 3,25$) та APRI ($> 2,0$), постанова ВЛК приймається після огляду в консиліумі лікарів у складі: провідний терапевт закладу охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України, лікар-інфекціоніст, лікар-гастроентеролог, лікар УЗД. Результати соноеластографії мають бути верифіковані щонайменше двома спеціалістами УЗД.

За наявності цирозу печінки чи гепатоцелюлярної карциноми асоційованих з ВГС, ВГВ, експертне рішення слід приймати за відповідними статтями Розкладу хвороб.

2) до пункту “б” належать хронічні вірусні гепатити зі стійкою (впродовж щонайменше одного місяця) помірною цитолітичною активністю – підвищення АЛТ < 10 ВМН та з помірним порушенням функцій печінки (наявність щонайменше двох з наведених показників: загальний білок ≤ 65 г/л чи альбумін $\leq 29,3$ г/л, загальний білірубін до 50 мкмоль/л, протромбіновий індекс $\leq 70\%$).

3) до пункту “в” належать хронічні вірусні гепатити з незначною цитолітичною активністю – підвищення АЛТ < 5 ВМН та з незначним порушенням функцій печінки (загальний білірубін до 30 мкмоль/л).

До цього ж пункту належить хронічний перебіг вірусних гепатитів без порушення функції печінки та з мінімальною цитолітичною активністю – підвищення трансаміназ до 1,5 ВМН.

Медичний огляд військовослужбовцям за графами II, III Розкладу хвороб доцільно проводити після проведення противірусної терапії хронічного ВГС не раніше 12 або 24 тижнів після завершення лікування та досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ12/СВВ24), а хронічного ВГВ – через 12 місяців від початку противірусного лікування (нуклеозидними і нуклеотидними інгібіторами зворотної транскриптази), з урахуванням вірусологічної відповіді визначеної методом полімеразної ланцюгової реакції. Призовники під час призову на строкову військову службу (графа I Розкладу хвороб) з хронічним ВГС підлягають лікуванню з наступним визначенням СВВ12 та винесенням експертного рішення через 12 місяців після завершення лікування. Військовослужбовцям (графи II, III Розкладу хвороб) та призовникам (графа I Розкладу хвороб), яким проведено успішний курс противірусної терапії хронічного ВГС, що призвів до досягнення СВВ, при наявності загальних анти-HCV та за відсутності РНК ВГС при дослідженні крові методом полімеразної ланцюгової реакції (якісної або кількісної), а також відсутності ознак пізнього рецидиву або реінфікування впродовж 12 місяців після завершення курсу лікування – медичний огляд за даною статтею не проводиться. Постанова про придатність до військової служби згідно Таблиці додаткових вимог до стану здоров'я (додаток 3) у таких випадках приймається на загальних підставах.

У випадку відсутності препаратів для противірусної терапії хронічного ВГС та хронічного ВГВ, або відмови військовослужбовця чи призовника від противірусного лікування, при незавершеному курсі лікування, або під час мобілізації в умовах воєнного часу, медичний огляд проводиться за відповідним пунктом статті з урахуванням ступеню порушення функції печінки на час огляду.

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

5. Стаття 5 передбачає різні клінічні стадії хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за рубриками B20-B24 та безсимптомне носійство ВІЛ – Z21.

Під час проведення медичного огляду військовослужбовців за даною статтею обов'язковими є огляд інфекціоністом, імунологічне дослідження сироватки крові на наявність антитіл до ВІЛ або антитіл та білку p24 ВІЛ, визначення рівнів абсолютного значення CD4 Т-лімфоцитів (CD4) та, за клінічної потреби, вірусного навантаження (ВН) ВІЛ.

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

Наявність ВІЛ-інфекції не може виступати дискримінуючим фактором. Антиретровірусна терапія (АРТ) є єдиним способом ефективного контролю за ВІЛ-інфекцією, а досягнутий не визначуваний рівень ВН ВІЛ в крові, унаслідок високої прихильності до прийому АРТ, прирівнюється до нульового ризику передачі ВІЛ статевим шляхом здоровим особам. Рівень CD4 Т-лімфоцитів є допоміжним результатом обстеження хворого та відіграє прогностичну роль для прийняття експертних рішень.

Підходи до визначення клінічних стадій ВІЛ-інфекції, стабільності пацієнта або ознак прогресуючої ВІЛ здійснюються на підставі класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Ступені вираженості Т-клітинної імунної недостатності визначаються рівнями CD4 Т-лімфоцитів за класифікацією Центрів профілактики та лікування захворювань та діючої нормативно-правової бази, а саме: імунна компенсація — $CD4 \geq 500$ кл/мкл, імунна субкомпенсація — $CD4 200-499$ кл/мкл, імунна декомпенсація — $CD4 < 200$ кл/мкл. Валідними визнаються результати визначення рівня CD4 Т-лімфоцитів впродовж останніх 2-х місяців, що передують даті проведення експертизи, незалежно від запланованого в цивільному лікувальному закладі графіку лабораторного контролю даного показника у окремої людини, що живе з ВІЛ (надалі ЛЖВ).

Рівень ВН, прийом антиретровірусних препаратів та прихильність до АРТ є допоміжними факторами у прогнозуванні клінічного перебігу ВІЛ-інфекції.

1) до пункту “а” належать захворювання, що входять до переліку нозологій клінічної стадії I-IV, за рівня CD4 <200 кл/мкл, незалежно від рівня ВН та прийому АРТ.

За наявності у ЛЖВ ВІЛ-індукованої анемії (гемоглобін <80 г/л), нейтропенії (<0,5×10⁹/л) та/або хронічної тромбоцитопенії (<50×10⁹/л) незалежно від рівня CD4 військовослужбовці оглядаються за пунктом “а”.

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

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

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

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

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

З метою забезпечення конфіденційності відомостей про ВІЛ-статус ЛЖВ у експертному документі дозволяється формулювати діагноз як “Хронічна ретровірусна інфекція”.

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

Причинний зв'язок у формулюванні “Захворювання, ТАК, пов'язане із захистом Батьківщини” для військовослужбовця – ЛЖВ встановлюється відповідно до чинного законодавства (на підставі підтвердження зв'язку зараження ВІЛ з виконанням своїх функціональних обов'язків).

6. Стаття 6: громадяни, які мають захворювання, указані в пункті “а” цієї статті, визнаються тимчасово непридатними з наданням відстрочки на лікування до 6 місяців. За потреби відстрочка може бути надана повторно на такий самий строк. Військовослужбовці підлягають лікуванню.

7. Стаття 7 передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних інфекційних та паразитарних захворювань, стани після хірургічних втручань, коли зберігаються тимчасові функціональні розлади органів і систем.

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 для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від виконання службових обов'язків.

Громадяни, які призиваються на строкову військову службу, приймаються на військову службу за контрактом або вступають у ВВНЗ, визнаються тимчасово непридатними до завершення курсу лікування.

Після перенесених гострих вірусних гепатитів легкого та середнього ступенів тяжкості військовослужбовцям строкової служби надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою, військовослужбовцям за контрактом – звільнення від виконання службових обов'язків на 15 календарних днів.

II. Новоутворення (C00-D48), їх наслідки

1. Стаття 8:

1) до пункту “а”, крім вказаних у Розкладі хвороб до цього Положення новоутворень, належать:

пухлини головного та спинного мозку;

новоутворення невизначеного або невідомого характеру оболонки мозку які прогресують або призводять до стійких паралічів, глибоких парезів кінцівок зі стійкими порушеннями чутливості або трофіки;

новоутворення головного мозку та центральної нервової системи невизначеного або невідомого характеру;

новоутворення невизначеного або невідомого характеру ендокринних залоз;

злоякісні новоутворення кісток та суглобів незалежно від поширеності та стадії;

злоякісні новоутворення інших органів та м'яких тканин з віддаленими метастазами після не радикального хірургічного лікування або прогресування (рецидив) захворювання після раніше проведеного лікування.

У разі відмови хворого від лікування злоякісного новоутворення незалежно від стадії та розповсюдження пухлини медичний огляд проводиться за пунктом “а”.

2) до пункту “б”, крім вказаних у Розкладі хвороб до цього Положення 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).

Військовослужбовцям, які проходять військову службу за контрактом та не досягли граничного віку перебування на військовій службі, протягом перших п'яти років після успішного радикального лікування первинної пухлини, за відсутності ознак рецидиву та значних порушень дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функцій ВЛК може приймати

постанову “придатний до військової служби”. Після завершення п’ятирічного строку після успішного радикального лікування первинної пухлини, за відсутності ознак рецидиву та значних порушень дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функції, медичний огляд дозволяється проводити за наявними наслідками лікування пухлини за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від ступеня порушення функції.

Після завершення курсу протипухлинного лікування (хірургічного, цитостатичного або променевого) військовослужбовці всіх категорій оглядаються ВЛК з установленням ступеня придатності до військової служби.

Військовослужбовці, які мають злоякісні новоутворення та потребують виключно хірургічного лікування (базаліома, обмежені форми сарком, рак грудної залози I стадії, рак легені I та II стадії, пухлини середостіння) або локальної променевої терапії, підлягають медичному огляду відповідно до пункту “б”.

Військовослужбовці, які мають злоякісні новоутворення та потребують тривалого протипухлинного лікування (хірургічне лікування, неоад’ювантна хіміотерапія, ад’ювантна хіміотерапія, променева терапія, таргетна терапія, імунотерапія) підлягають медичному огляду відповідно до статті 11 Розкладу хвороб з прийняттям постанови про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 – 12 місяців, в залежності від тривалості лікування.

Військовослужбовці, які мають злоякісні новоутворення та потребують виключно хірургічного лікування (базаліома, обмежені форми сарком, рак грудної залози I-IIA ст., рак легені I-IIA ст., пухлини середостіння з чіткою капсулою, без інвазії в органи середостіння, легеню, ребра, грудину) або локальної променевої терапії визнаються непридатними до служби в підрозділах спеціального призначення, ДШВ, морській піхоті, спеціальних спорудах.

При наявності значних рентгенологічних, ендоскопічних змін (постпроменевий, постзапальний пневмофіброз, що поширюється на долю легені та більше; рубцеві деформації трахеї та бронхів) військовослужбовці

підлягають медичному огляду відповідно до статті 11 Розкладу хвороб з прийняттям постанови про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 – 12 місяців, в залежності від тривалості лікування.

2. Стаття 9

1) до пункту “а” належать:

злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (C81-C96), справжня поліцитемія (D45) та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47), які потребують проведення специфічного лікування, згідно діючих клінічних протоколів, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), за винятком лімфоми Ходжкіна (C81) та фолікулярних неходжкінських лімфом у I–II стадіях (C82), хронічної мієлолейкемії у хронічній фазі (C92.1), есенціальної тромбоцитемії без тромбо-геморагічних ускладнень (D47.3), що розглядаються у підпункті “б”;

злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (C81-C96), інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47) в стадії клініко-гематологічної ремісії після проведення повного курсу специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), якщо тривалість ремісії менше п'яти років;

мієлодиспластичний синдром: рефрактерна анемія (D46.0 та D46.1), яка клінічно проявляється вираженим анемічним синдромом, що потребує проведення неодноразових трансфузій еритроцитарної маси або з рівнем гемоглобіну менше 110 г/л або потребувала проведення неодноразових трансфузій еритроцитарної маси протягом останніх чотирьох місяців;

інші форми мієлодиспластичних синдромів: МДС: рефрактерна анемія з надлишком бластних клітин (D46.2), рефрактерна анемія неуточнена (D46.4), рефрактерна анемія з мультилінійною дисплазією (D46.5), мієлодиспластичний синдром, асоційований з ізольованою хромосомною аномалією делеції 5q (D46.6) інші та неуточнені мієлодиспластичні синдроми (D46.7; D46.9);

справжня поліцитемія (D45), що потребує або потребувала, згідно з діючими медичними протоколами, проведення ексфузій крові частіше ніж 2 курси лікування на рік;

справжня поліцитемія (D45) у ІІБ–ІІІ (мієлофібротичній) стадії, есенціальна тромбоцитемія при виникненні тромбо-геморагічних проявів (D47.3).

2) до пункту “б” належать:

лімфома Ходжкіна (C81) та фолікулярні неходжкінські лімфоми (C82) у І–ІІ стадіях при досягненні ремісії (доброї відповіді) після проведення терапії першої лінії (хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо); хронічна мієлолейкемія (C92.1) у хронічній фазі на тлі лікування інгібіторами тирозинкінази; есенціальна тромбоцитемія без тромбо-геморагічних ускладнень (D47.3);

злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (C81-C96), справжня поліцитемія (D45) та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47) в початкових стадіях, які не потребують, згідно з діючими клінічними протоколами, проведення специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо) в початковій стадії захворювання;

злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (C81-C96), та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47), які не

потребують, згідно з діючими клінічними протоколами, проведення специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо) при всіх стадіях захворювання;

мієлодиспластичний синдром: рефрактерна анемія (D46.0 та D46.1) з рівнем гемоглобіну більше 110 г/л, який не потребує проведення трансфузій еритроцитарної маси;

справжня поліцитемія (D45), що потребує або потребувала (згідно з діючими клінічними протоколами) проведення ексфузій крові не частіше, ніж 2 курси лікування на рік.

3) до пункту “в” належать злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (C81-C96), справжня поліцитемія (D45) та інші новоутворення невизначеного чи невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (D47) в стадії клініко-гематологічної ремісії після проведення повного курсу специфічного лікування, спрямованого на зменшення, стримання або припинення пухлинного росту новоутворення (оперативне лікування, цитостатична хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), якщо тривалість ремісії більше 5 років.

3. Стаття 10: за наявності доброякісних новоутворень оглянутим пропонується лікування.

1) 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; контрактири, 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 занепадом угодованості;

новоутворення залоз внутрішньої секреції без ендокринних розладів, що викликають порушення функцій прилеглих органів (зміщення, здавлення);

новоутворення наднирників з відповідними клінічними проявами та лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями;

новоутворення гіпофіза з відповідними клінічними проявами та лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями;

поширені або множинні папіломи сечового міхура з вираженими дизуричними явищами або які супроводжуються кровотечею;

множинні кісти або гемангіоми печінки, що займають більше 30% об'єму органу або великих розмірів (5 см та більше).

2) до пункту “б” належать новоутворення:

шкіри, підшкірних тканин, кровоносних або лімфатичних судин, що ускладнюють носіння військової форми одягу, взуття або спорядження;

центральної або периферичної нервової системи, при якій порушення функцій виражені помірно і перебіг якої характеризується повільним протягом тривалого часу (1–2 роки) наростанням симптомів (незначна гіпотрофія м'язів, легкі розлади чутливості тощо);

гіпофіза з лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями без клінічних проявів;

наднирників з лабораторно підтвердженими гормональними зрушеннями без клінічних проявів;

середостіння з порушеннями функцій органів;

бронхо-легеневого апарату з клінічними проявами;

органів травлення без занепаду вгодованості;

множинні кісти або гемангіоми печінки, що займають менше 30% об'єму органу або розмірами менше 5 см;

папіломи сечового міхура з помірними та незначними дизуричними явищами;

рецидивні дермоїдні куприкові кісти після радикального хірургічного лікування або у разі відмови від нього.

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

дисплазія або атипова гіперплазія молочної залози;

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

залозисто-кістозна гіперплазія, поліпоз, аденоматоз ендометрія;

ерозія або дисплазія шийки матки;

поліпи цервікального каналу;

кісти бартолінової залози, крауроз вульви, кісти та фіброми піхви, що порушують функцію.

3) до пункту “в” належать новоутворення:

нервової системи, які повільно прогресують, без атрофії м'язів та трофічних розладів, коли симптоми захворювання не прогресують;

мікроаденоми гіпофіза до 3 мм в діаметрі без порушення функції;

наднирників без порушення функції;
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);
поліпи жовчного міхура;
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.

4. Стаття 11: призовникам, громадянам, які приймаються на військову службу за контрактом або вступають у ВВНЗ, та військовослужбовцям строкової військової служби, які перенесли хірургічне лікування або цитостатичну (променеву) терапію з приводу новоутворень, медичний огляд проводиться відповідно до пунктів "а", "б" чи "в" статей 8, 9, 10 Розкладу хвороб.

Відпустка для лікування у зв'язку з хворобою оглянутим за графами I–III Розкладу хвороб надається у випадках, коли необхідне проведення повторних курсів лікування або коли для повного відновлення функцій та працездатності необхідний строк не менше місяця.

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

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

1. Стаття 12:

1) до пункту “а” належать:

гемолітичні анемії внаслідок ферментних порушень (D55), таласемія (D56), серпоподібноклітинні порушення (D57), інші спадкові гемолітичні анемії (D58);

набуті гемолітичні анемії (D59) та інші анемії (D64), які потребують оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу;

апластичні анемії (D60-D61);

спадкова недостатність факторів згортання крові: фактора VIII (D66), фактора IX (D67), фактора XI (D68.1) або інших факторів (D68.2) при наявності клінічних проявів;

хвороба Віллебранда (D68.0) при наявності клінічних проявів;

геморагічні порушення, зумовлені циркулюючими в крові антикоагулянтами (D68.3) при наявності клінічних проявів;

ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (D69.3), яка потребує проведення оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів;

ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (D69.3) з відсутністю повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування,

спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів;

спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) (D69.1) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів та об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому, які потребують специфічного гемостазіологічного лікування;

агранулоцитоз (D70) із загальною кількістю нейтрофільних гранулоцитів менше $1 \cdot 10^9/\text{л}$, рефрактерний до лікування;

генетичні аномалії та інші порушення лейкоцитів (D71–D72), які потребували тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування з цього приводу і мали клінічні прояви у вигляді інфекційних, алергічних захворювань і станів;

вроджена метгемоглобінемія (D74.0);

набута метгемоглобінемія (D74.8, D719), що потребувала тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування;

сімейний еритроцитоз (D75.0), який потребував тривалого (понад 1 місяць) або неодноразового стаціонарного лікування з цього приводу і мав об'єктивні клінічні прояви.

2) до пункту “б” належать:

набуті гемолітичні анемії (D59) та інші анемії (D64) в стадії повної клініко-гематологічної ремісії після проведення оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу, якщо з моменту досягнення ремісії пройшло менше 5 років;

ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (D69.3) в стадії повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів, якщо з моменту досягнення ремісії пройшло менше 5 років;

набутий дефіцит факторів згортання (D68.4) або інші порушення згортання крові (D68.8, D68.9), клінічний перебіг яких тривав більше 1 місяця і потребував специфічного гемостазіологічного лікування;

спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) (D69.1) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів та об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому, які не потребують стаціонарного лікування.

3) до пункту "в" належать:

набуті гемолітичні анемії (D59) та інші анемії (D64) в стадії тривалої (понад 5 років) повної клініко-гематологічної ремісії після проведення оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення гемолізу;

ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (D69.3) в стадії тривалої (понад 3 роки, рівень тромбоцитів від $100 \cdot 10^9/\text{л}$ і вище) повної клініко-гематологічної ремісії після проведеного оперативного, цитостатичного, таргетного, імуносупресивного або іншого лікування, спрямованого на припинення або призупинення імунного руйнування тромбоцитів;

аліментарні анемії (D50-D53) та хронічна постгеморагічна анемія (D62), що потребували стаціонарного лікування з приводу анемії три і більше разів на рік;

спадкові порушення функціональної здатності тромбоцитів (якісні дефекти тромбоцитів) (D69.1) з наявністю лабораторних порушень функціональної здатності тромбоцитів без об'єктивно підтверджених проявів геморагічного синдрому;

сімейний еритроцитоз (D75.0) без клінічних проявів і без показань до лікування.

У разі діагностування анемії при хронічних хворобах, класифікованих в інших рубриках та новоутвореннях (D63) експертне рішення виноситься по основній нозологічній формі захворювання, що спричинило виникнення анемії.

Діагноз саркоїдозу повинен бути підтверджений морфологічно. За неможливості морфологічної верифікації або відмови від неї діагноз встановлюється на основі комплексу клініко-рентгенологічних ознак.

4) до пункту “а” належать:

саркоїдоз легень зі значним порушенням функції дихання;

саркоїдоз з ураженням ЦНС;

саркоїдоз з ураженням серця.

5) до пункту “б” належать:

саркоїдоз легень, лімфатичних вузлів який потребує тривалого прийому ГКС або цитостатиків (не менше 6 місяців);

саркоїдоз легень з помірним порушенням функції дихання;

рецидивуючий перебіг саркоїдозу.

6) до пункту “в” належать:

саркоїдоз лімфатичних вузлів;

саркоїдоз легень без або з незначним порушенням функції зовнішнього дихання.

Функція зовнішнього дихання оцінюється відповідно до таблиці 13 статті 46 додатку 2 до цього Положення.

Постанова про потребу у відстрочці від призову та відпустці для лікування у зв'язку з хворобою 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 для повного відновлення працездатності та нормалізації гематологічних показників потрібен строк не менше одного місяця.

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

1. Стаття 13: медичний огляд громадян та військовослужбовців під час визначення ступеня придатності до військової служби, до навчання у ВВНЗ проводиться після стаціонарного обстеження в умовах спеціалізованого закладу охорони здоров'я (установи). У разі виявлення вузлового зоба (вузол більше 1 см в діаметрі) виконується пункційна біопсія щитоподібної залози під контролем УЗД та цитологічне дослідження біоптату. Якщо відсутні дані про новоутворення, огляд проводиться за пунктом "в".

1) до пункту "а" належать:

тяжка форма цукрового діабету: інсулінозалежний з лабільним перебігом (часті, більше двох, кетоацидотичні або гіпоглікемічні стани), наявністю ускладнень (проліферативна стадія ретинопатії, генералізована симетрична полінейропатія, хронічна сенсорно-моторна або автономна нейропатія, нефропатія в стадії протеїнурії більше 0,5 г/добу та розвитком ниркової недостатності, макроангіопатія) або наявністю потреби в застосуванні більше 60 одиниць інсуліну на добу для досягнення стану субкомпенсації вуглеводного обміну;

рецидивуючий тиреотоксикоз важкого ступеня (схуднення, екзофтальм, задуха у спокої, частота пульсу більше 120 ударів на хвилину та порушення серцевого ритму);

тяжкі форми гіпотиреозу, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні 125 мкг на добу та більше;

нецукровий діабет, що потребує постійного проведення замісної терапії.

До цього пункту належать також усі хвороби залоз внутрішньої секреції (гіпофізу, наднирників, паращитоподібної та статевих залоз), які супроводжуються відповідними клінічними проявами та відхиленнями в лабораторних показниках; потребують тривалого (більше 1 року) патогенетичного лікування.

2) до пункту "б" належать:

цукровий діабет середньої тяжкості: наявність ускладнень (непроліферативна стадія ретинопатії, дистальна нейропатія з больовим

синдромом, мікро- та макроангіопатія), яка потребує застосування до 60 одиниць інсуліну на добу для компенсації вуглеводного обміну або пероральних цукрознижуючих препаратів;

тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості (зниження ваги тіла більше 20% початкової, тахікардія до 120 ударів на хвилину, характерні очні симптоми);

захворювання щитоподібної залози з гіпотиреозом середнього ступеня тяжкості, що потребує призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні від 75 до 124 мкг на добу;

аліментарне ожиріння III ступеня.

До цього пункту належать також захворювання залоз внутрішньої секреції з помірним порушенням функції.

3) до пункту “в” належать:

цукровий діабет легкого ступеня: відсутність ускладнень, компенсація досягається дотриманням дієти та модифікацією способу життя;

захворювання щитоподібної залози з легким (зворотнім) перебігом тиреотоксикозу (легка неврозоподібна симптоматика, зниження толерантності до фізичного навантаження, тахікардія з частотою пульсу до 100 ударів на хвилину);

захворювання щитоподібної залози з гіпотиреозом легкого ступеня, що потребують призначення в складі замісної терапії тиреоїдних гормонів у дозуванні до 75 мкг на добу;

дифузний та вузловий зоб I-3 ступеня без порушення функцій щитоподібної залози;

гіпоталамічний синдром нейроендокринної форми (ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів, наявність стріїв на тулубі, кінцівках);

аліментарне ожиріння I–II ступеня;

порушена толерантність до вуглеводів;

прооперовані з приводу гінекомастії із сприятливим результатом.

До цього пункту належить також функціональна гіпербілірубінемія з постійним підвищенням білірубіну більше ніж 30 ммоль/л.

З метою ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну та цукрового діабету для проведення тесту обстежуваний приймає внутрішньо сухий порошок глюкози, розчинений в 250 мл води з розрахунку 1 г сухого порошку на 1 кг маси тіла, але не більше 100 г.

Таблиця 1

Інтерпретація результатів дослідження на основі критеріїв ВООЗ (2003 рік)

Оцінка результату дослідження	Концентрація глюкози в капілярній крові (ммоль/л)	
	натщесерце	через 120 хвилин
1	2	3
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 вмісту цукру в крові за іншими методиками враховуються відповідні норми для зазначених методик.

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

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

При ожирінні іншого походження огляд за графами I-III Розкладу хвороб цього Положення проводиться залежно від тяжкості перебігу основного захворювання за відповідними статтями Розкладу хвороб.

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

Таблиця 2

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

Зріст (у см)	Недостатнє харчування (у кг)	Рекомен- дована вага тіла (у кг)	Надмірне харчування (у кг)	Ожиріння І ст. (у кг)	Ожиріння ІІ ст. (у кг)	Ожиріння ІІІ ст. (у кг)
1	2	3	4	5	6	7
150	42-44	44-52	52-62	62-67	68-79	79-90
152	43-45	46-53	53-63	64-69	69-81	81-92
154	44-46	46-54	55-65	65-71	71-83	83-95
156	45-47	47-56	56-67	67-73	73-85	85-97
158	46-48	49-57	57-69	69-75	75-87	87-100
160	48-50	50-59	59-70	70-77	77-90	90-102
164	50-52	52-62	62-74	74-80	80-94	94-107
166	51-54	54-63	63-76	76-82	83-96	96-110
168	52-55	55-65	65-78	78-85	85-99	99-113
170	54-56	56-66	67-79	80-87	87-101	101-116
172	55-57	58-68	68-81	81-88	89-103	103-118
174	56-59	59-69	70-83	83-91	91-106	106-121
176	57-60	60-71	71-85	85-93	93-108	108-124
178	59-62	62-73	73-87	87-95	95-111	111-126
180	60-63	63-74	75-89	89-97	97-113	113-130
182	61-64	65-76	76-91	91-99	99-116	116-132
184	63-66	66-78	78-93	93-101	101-118	118-135
186	64-68	68-79	79-95	95-103	104-121	121-138
188	65-69	69-81	81-97	97-106	106-124	124-141
190	67-70	70-82	83-99	99-108	108-126	126-144
192	68-72	72-85	85-101	101-110	110-129	129-147
194	70-73	73-86	87-103	103-112	113-132	132-150
196	71-75	75-88	88-106	106-115	115-134	134-154
198	73-76	76-90	90-108	108-118	118-137	137-157
200	74-78	78-92	92-110	110-120	120-140	140-160

Для оцінки стану харчування використовувати індекс маси тіла (далі – ІМТ), який визначається шляхом відношення величини маси тіла (кг) до квадрату величини зросту в метрах.

Відповідно до ІМТ слід користуватися такими показниками:

недостатнє харчування – $< 18,5$;

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. – ≥ 40 .

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

У разі відмови військовослужбовця від стаціонарного обстеження та лікування в умовах психіатричного стаціонару при наявності у нього ознак важкого психічного розладу з проявами ауто- чи гетероагресивної поведінки, командир військової частини зобов'язаний призначити службове розслідування з приводу невиконання наказу підлеглим з підтвердженням ознак хворобливих чи небезпечних проявів. Матеріали розслідування надаються до органів досудового слідства за територіальним принципом в тому числі з метою подальшого визначення потреби в примусовій госпіталізації військовослужбовця до спеціалізованого стаціонару.

1. Стаття 14: передбачає психози та інші психічні розлади, що виникають унаслідок травм, пухлин головного мозку, епілепсії, енцефаліту, менінгіту, сифілісу мозку, а також при сенільних та пресенільних психозах, судинних, дегенеративних та інших соматичних захворюваннях або ураженнях головного мозку.

Наявність вищезгаданих психічних розладів в анамнезі без патології збоку внутрішніх органів та психо-неврологічної 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 з урахуванням клінічного психологічного дослідження з визначенням ступеню вираженості за результатами доказових методик (MMSE-шкала, Монреальський когнітивний опитувальник (MoCA)).

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

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

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

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

2. Стаття 15:

1) до пункту “а” належать психічні і поведінкові розлади, зумовлені зловживанням психоактивних речовин з активною залежністю. Характерні

різко виражені зміни особистості з інтелектуально-мнестичними і психотичними порушеннями, з відсутністю позитивного ставлення до лікування та критики до свого стану.

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

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

Щодо військовослужбовців, які перенесли гостре отруєння психоактивними речовинами з виходом в одужання, постанова ВЛК про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою не приймається.

3. Стаття 16.

Входять гострий поліморфний психотичний розлад, розлади шизофренічного спектру (шизоафективний розлад, шизофренія, шизотипові та маячні розлади, транзиторні психотичні розлади), афективні розлади (маніакальний епізод, БАР I та II типу), встановлені тільки в спеціалізованому стаціонарі.

1) до пункту “а” належать усі форми шизофренії, шизотипових та хронічних маячних розладів з частими загостреннями та/або хронічним перебігом, шизоафективний розлад, гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії, БАР з частими змінами фаз без стійких епізодів інтермісії.

2) до пункту “б” належать гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії, тільки легкі форми біполярних афективних розладів (розладів настрою) з нечастими нападами та довгими (не менше 2 років) проміжками повного психічного здоров'я, транзиторні психотичні розлади (виключено екзогенно-токсичний генез порушень).

4. Стаття 17:

1) до пункту “а” належать ПТСР з вираженою симптоматикою та прогресивним типом перебігу, виражений тривожно-депресивний розлад асоційований зі стресом, виражений генералізований тривожний розлад, виражений obsесивно-компульсивний розлад, тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів, тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами, депресивні епізоди, ускладнені суїцидальними спробами, суїцидальними намірами, аутоагресивною поведінкою, які не піддаються лікуванню, з тривалістю хворобливих проявів понад 3 місяці з моменту виникнення клінічних хворобливих проявів.

2) до пункту “б” належать помірно виражені, тривалі або повторні невротичні розлади, ПТСР з помірно вираженою симптоматикою та стабільним типом перебігу, помірний тривожно-депресивний розлад асоційований зі стресом, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, помірний депресивний розлад, помірно виражені рекурентні депресивні розлади коли хворобливі явища, незважаючи на патогенетичне лікування, стійко утримуються і заважають особам виконувати обов’язки військової служби. Експертна постановка приймається після безуспішного стаціонарного лікування хворого не менше двадцяти одного дня.

3) до пункту “в” належать помірно виражені, короткотривалі (до 3 тижнів) невротичні розлади зі сприятливим перебігом, ПТСР з регресивним типом перебігу, що закінчився легкою астеною, помірний депресивний епізод із сприятливим перебігом, що закінчився легкою астеною.

4) до пункту “г” належать: стан після гострої реакції на стрес, легкий депресивний епізод, порушення адаптації, легкі та помірно виражені невротичні розлади, які характеризуються переважно вегетативними порушеннями, добре піддаються лікуванню та закінчуються одужанням, ПТСР з регресивним типом перебігу після епізоду загострення.

5. Стаття 18: 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.

1) 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.

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

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

6. Стаття 19: огляд громадян та військовослужбовців проводиться після стаціонарного обстеження.

1) до пункту "а" належить тяжка або помірна розумова відсталість або легка зі значними поведінковими порушеннями, що потребують уваги або лікування. При значних та явних дефектах інтелекту питання про непридатність до військової служби може бути вирішене і без госпіталізації у спеціалізований заклад охорони здоров'я (установу).

2) до пункту "б" належить легка розумова відсталість з мінімальними поведінковими порушеннями або їх відсутністю. У разі встановлення цього діагнозу, особливо у випадках, коли дані лікарського обстеження не

відповідають іншим даним, що характеризують поведінку оглянутого в побуті, на виробництві, у підрозділі тощо, стаціонарне обстеження обов'язкове.

VI. Хвороби нервової системи (G00-G99), їх наслідки

1. Стаття 20: передбачає також наслідки ураження нервової системи в разі сифілісу, інших інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові.

1) до пункту “а” належать хвороби нервової системи, що супроводжуються глибокими паралічами або парезами, синдромом паркінсонізму, церебральним кістозно-злипливим арахноїдитом внаслідок нейроінфекції з різким підвищенням внутрішньочерепного тиску (більше 400 мм.вод.ст.), вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку більше ніж на 20 мм), вираженими ліквородинамічними розладами (5 та більше кризів на місяць), оптикохіазмальним арахноїдитом з розвитком атрофії зорових нервів з вираженим розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах, частими епілептичними нападами (4 та більше разів на рік) внаслідок нейроінфекції, а також наслідки перенесеного мієліту з явищами паралічу або вираженого парезу.

2) до пункту “б” належать: хвороби нервової системи з повільним перебігом, які за ступенем порушень функцій центральної нервової системи обмежують можливість проходження військової служби, у вигляді залишкових явищ вторинного енцефаліту з помірно вираженим геміпарезом (у формі зниження сили м'язів, невеликого збільшення м'язового тону, що не супроводжується розладом мови, пам'яті, ходи), помірної гідроцефалії – розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку до 15–20 мм, наслідки нейроінфекції з нечастими епілептичними нападами (менше 4 разів на рік), з церебральним кістозно-злипливим арахноїдитом з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (300-400 мм.вод.ст.), помірною гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків мозку до 15–20 мм), помірними

ліквородинамічними розладами (3–4 кризи на місяць), з оптикохіазмальним арахноїдитом з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 до 45 градусів на обох очах).

3) до пункту “в” належать:

залишкові явища ураження нервової системи із незначними порушеннями функцій (гіпомімія, анізорефлексія, недостатність конвергенції тощо) з окремими органічними ознаками, поєднаними з вегетативно-судинною нестійкістю та астено-невротичними проявами;

залишкові явища ураження нервової системи з вегетативно-судинною нестійкістю без порушень функцій. Питання про придатність до військової служби призовників вирішується після стаціонарного обстеження.

Разом з цією статтею при визначенні наслідків нейроінфекції слід застосовувати інші статті Розкладу хвороб.

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

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

2. Стаття 21:

1) до пункту “а” належать: розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, аміотрофічний бічний склероз, лейкоцистоз, церебральний ліпідоз, хорея Гентінгтона, торсійна дистонія, атаксія Фрідрейха, спинально-м'язова атрофія, сірінгомієлія з різко вираженими порушеннями трофіки, тяжкі форми мієлопатії, дитячий церебральний параліч та інші паралітичні синдроми.

2) 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.

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

3. Стаття 22: 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.

1) до пункту “а” належать епілепсія з частими судомними нападами (4 і більше на рік) або з вираженими психічними розладами, епілептичний статус, міоклонус-епілепсія, катаплексія та нарколепсія.

2) до пункту “б” належить епілепсія без психічних розладів з нечастими нападами (менше 3 разів на рік);

3) 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 беруться до уваги акти, підписані офіційними особами немедичного 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 тих, хто оглядається, вирішується після стаціонарного обстеження. Особи з епілептичною хворобою без психічних розладів, яка розвинулася внаслідок перенесеного органічного захворювання, оглядаються за пунктом “а” або “б” цієї статті залежно від частоти нападів. Якщо документами закладу охорони здоров'я (установи) підтверджуються епілептичні напади в анамнезі та під час обстеження в стаціонарі в період призову на строкову службу за даними ЕЕГ виявлено патологічні зміни, то призовники оглядаються за пунктом “б”. Діагноз епілепсії обов'язково повинен бути підтверджений результатами ЕЕГ.

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

Діагноз апное сну обов'язково підтверджується об'єктивними дослідженнями: кардіо-респіраторний моніторинг (запис каналів пульсоксиметрії, повітряного потоку з носу чи/та роту та інші показники) або полісомнографія (бажано, золотий стандарт).

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

Ступінь придатності визначається за пунктами “а”, “б” або “в” в залежності від тяжкості нічної гіпоксемії, яка оцінюється за відсотком часу проведеного з сатурацією кисню $<90\%$ (SIT90%) протягом періоду сну.

4) до пункту “а” належить нічна гіпоксемія важкого ступеня (SIT90% $>25\%$), підтверджена як мінімум двома послідовними дослідженнями.

5) до пункту “б” належить нічна гіпоксемія середнього ступеня важкості (SIT90%=15–25%).

6) до пункту “в” належить нічна гіпоксемія легкого ступеня важкості (SIT90%=5–14%).

4. Стаття 23:

1) до пункту “а” належать такі форми невральної аміотрофії, міастенії, міопатії, пароксизмальної міоплегії, наслідки поліневритів (поліневропатій), плекситів запального та інтоксикаційного походження, що мають несприятливий перебіг та супроводжуються значно вираженими розладами рухів та чутливості та/або трофіки (виражені гіпотрофії м'язів при одnobічному 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/або вегетативно-трофічними порушеннями, які вимагають довготривалого лікування, а також плексопатії і тяжкі форми невралгії у разі безуспішного лікування.

2) 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 в 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.

3) до пункту “в” належать дорсалгія, цервікалгія, торакалгія, люмбалгія без радикулопатії; 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. За цим пунктом оглядаються також громадяни та військовослужбовці з наслідками неврити лицьового, серединного нервів.

За наслідками хірургічного та реабілітаційного лікування з приводу грижі міжхребцевого диска громадяни та військовослужбовці строкової служби оглядаються за пунктами “б” або “в” цієї статті, а військовослужбовцям за контрактом надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою за статтею 24 Розкладу хвороб.

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

5. Стаття 24: за цією статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці, які перенесли гострі захворювання центральної та периферичної нервових систем або оперативні втручання.

При вирішенні питання про необхідність надання призовникам відстрочки від призову, а військовослужбовцям відпустки для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від службових обов'язків великого значення набуває визначений результат хвороби.

Після реалізації відпустки для лікування у зв'язку з хворобою, відстрочки від призову придатність до військової служби оглянутих за графами I–III

Розкладу хвороб проводиться за статтею 23 залежно від ступеня порушень функцій.

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

Усі випадки діагностованого зниження зору обов'язково мають бути підтверджені та пов'язані з відповідними захворюваннями органу зору або центральної нервової системи.

Значним зниженням зорових функцій вважається гострота зору з максимально переносимою корекцією до 0,2;

помірним зниженням зорових функцій вважається гострота зору з максимально переносимою корекцією вище 0,2 до 0,5.

1. Стаття 25: 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.

1) до пункту "а" належать:

зрощення повік між собою або з очним яблуком;

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

хронічне трахоматозне ураження 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.

2) до пункту "б" належать:

птоз вродженого або набутого характеру, у разі якого верхня повіка прикриває половину зіниці на одному оці або менше однієї третини зіниці на обох очах без напруження лобного м'яза;

хронічні кон'юнктивіти з гіпертрофією та різко вираженою інфільтрацією тканини з загостреннями не менше двох разів на рік при безуспішному стаціонарному лікуванні;

рецидиви крилоподібної пліви рогівки після безуспішного повторного хірургічного лікування та при прогресуючому порушенні функції ока;

рецидивуючі, помірно виражені блефарити.

3) до пункту "в" належать:

простий блефарит з окремими лусочками та незначною гіперемією країв повік;

фолікулярний кон'юнктивіт з поодинокими фолікулами;

бархатисті кон'юнктиви в кутах повік та в ділянці кон'юнктивних склепінь;

птоз вродженого або набутого характеру, у разі якого верхня повіка менше однієї третини зіниці на одному оці;

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

несправжня та справжня пліва без ознак прогресування.

Військовослужбовцям після лікування з приводу гострої трахоми постанова про відпустку для лікування у зв'язку із хворобою не приймається, за необхідності приймається постанова про потребу звільнення від службових обов'язків за статтею 32 Розкладу хвороб, а громадяни під час призову (прийняття на контракт) визнаються тимчасово непридатними. Якщо є ускладнення трахоми зі стійкими порушеннями функцій ока, то постанова приймається за відповідними статтями Розкладу хвороб, що передбачають ці порушення.

У разі весняного катару та інших алергічних уражень кон'юнктиви придатність до військової служби оглянутих за графами I–III Розкладу хвороб

визначається за пунктами “а” чи “б” даної статті залежно від тяжкості перебігу захворювання, частоти загострень та ефективності здійснюваного лікування.

2. Стаття 26: передбачає хронічні, важко виліковні або невиліковні захворювання запального, інфекційного, дегенеративного, дистрофічного та іншого походження.

У разі закінченого процесу або захворювань з нечастими загостреннями (не більше двох разів на рік), а також після пересадження тканин придатність до військової служби визначається залежно від функцій ока за відповідними статтями Розкладу хвороб. За наявності новоутворень ока та його придатків медичний огляд проводиться відповідно до статті 8 або 10 Розкладу хвороб.

1) до пункту “а” належать:

захворювання з прогресуючим, значним зниженням зорових функцій та ті, які не піддаються консервативному, хірургічному лікуванню;

спадкові абіотрофії сітківки (діагноз абіотрофії сітківки повинен бути підтверджений об’єктивними нейрофункціональними методами досліджень);

стани після кератопластики (кератопротезування) обох очей незалежно від функцій ока.

кератоконус III або IV стадії на обох очах;

порушення периферичного зору по типу геміанопсії;

атрофія зорових нервів зі значним порушенням зорових функцій (діагноз повинен бути підтверджений об’єктивними нейрофункціональними методами досліджень).

При стійких центральних та парацентральных скотомах, зумовлених ураженням центральної нервової системи, придатність до військової служби визначається залежно від функцій органу зору.

У разі стійкого звуження поля зору знизу та ззовні (за вертикальним та горизонтальним меридіанами) від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах постанова за графами I–III Розкладу хвороб приймається за

пунктом “а”, те саме на одному оці – за пунктом “б”; від 30 до 45 градусів на обох очах – за пунктом “б”, те саме на одному оці – за пунктом “в”.

2) до пункту “б” належать:

кератоконус II стадії на одному або обох очах, кератоконус III або IV стадії на одному оці;

кератоглобус, афакія, вивих та підвивих кришталика;

артифакія після операцій виконаних не методом ультразвукової факоемульсифікації та імплантацією інтраокулярних лінз з розміщенням не в капсульному мішку на одному або обох очах;

короткозорість обох очей в одному з меридіанів більш як 3,0 дптр за наявності дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні (периферичні розриви сітківки без відшарування сітківки, крайова дегенерація сітківки, множинні хоріоретинальні вогнища, задня стафілома тощо) при помірному зниженні зорових функцій;

атрофія зорового нерва при помірному зниженні зорових функцій;

периферичні розриви сітківки без відшарування сітківки.

Громадяни, після оптико-реконструктивних операцій на рогівці або склері, визнаються тимчасово непридатними до військової служби, при цьому їм надається відстрочка від призову за станом здоров'я на 2 місяці, а військовослужбовцям надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або звільнення від службових обов'язків за статтю 32 Розкладу хвороб. Придатність осіб до військової служби після операції визначається залежно від стану функцій ока за відповідними статтями Розкладу хвороб.

Особи, які перенесли оптико-реконструктивні операції на рогівці, визнаються придатними до навчання у ВВНЗ не раніше ніж через три місяці після проведеної операції за умови відсутності післяопераційних ускладнень та дегенеративно-дистрофічних змін на очному дні.

При афакії, артифакії на одному або обох очах рішення щодо тих, хто оглядається за графами II, III Розкладу хвороб приймається відповідно до вимог

статті 31 залежно від гостроти зору з практично переносимою корекцією будь-якого виду, у тому числі інтраокулярними та контактними лінзами.

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

При атрофії зорового нерва, що не прогресує, придатність до військової служби тих, хто оглядається за графами I–III Розкладу хвороб визначається залежно від функцій ока (гострота зору, поле зору тощо). Особи, які вступають у ВВНЗ, визнаються непридатними до вступу у ВВНЗ.

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

3) до пункту “в” належать:

артифакія на одному або обох очах після операцій ультразвукової факоемульсифікації без ускладнень та наявності задньокамерних інтраокулярних лінз з розміщенням у капсульному мішку;

сформований рогівковий кланоть внаслідок ексимерлазерної корекції;

наявність факічних інтраокулярних лінз.

3. Стаття 27: периферичні дрібні розриви сітківки, які не впливають на зорові функції і не потребують оперативного лікування, не підпадають під дію цієї статті.

Проведення профілактичної відмежувальної лазерної коагуляції сітківки не дає підстав для застосування цієї статті.

4. Стаття 28: питання про придатність до військової служби вирішується після лікування (медикаментозного або хірургічного) з урахуванням ступеня стабілізації процесу та функцій органу зору (гострота зору, поле зору). До цієї статті належить також і вторинна глаукома.

5. Стаття 29:

1) до пункту “а” належать також стійка диплопія після травми орбіти з пошкодженням м'язів ока або уражень головного мозку, які викликають паралітичну косоокість.

Якщо ністагм є однією з ознак ураження нервової системи або вестибулярного апарату, то постанова приймається за відповідними статтями Розкладу хвороб. У разі значно зниженої гостроти зору рішення приймається за статтею 31 Розкладу хвороб. Ністагмоїдні посмикування очей при крайніх відведеннях очних яблук не є перешкодою для проходження військової служби, для навчання у ВВНЗ, для підготовки та служби за спеціальністю оператора радіолокаційної станції або протитанкового реактивного снаряда, роботи з дисплеями та іншими блоками відображення інформації.

При одночасному характері зору ступінь придатності до військової служби і служби за військовою спеціальністю визначається залежно від порушення функцій органу зору. Одночасний зір не є диплопією.

6. Стаття 30: вид та ступінь аномалії рефракції визначаються за допомогою скіаскопії або рефрактометрії.

При зміні ступеню придатності до військової служби рефракція визначається за умов циклоплегії.

7. Стаття 31: під час корекції звичайними сферичними лінзами, а також у разі некоригованої анізотропії в оглянутих за графами I–III Розкладу хвороб враховується гострота зору з практично стерпною корекцією, тобто з різницею в силі лінз для обох очей не більше 2,0 дптр. Корекція астигматизму будь-якого виду повинна бути повністю проведена циліндричними або комбінованими лінзами.

У сумнівних випадках гострота зору визначається за допомогою контрольних методів досліджень.

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

В осіб, які вступають у ВВНЗ, гострота зору з корекцією, що не перевищує вказані 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.

8. Стаття 32: відстрочка від призову на строкову військову службу та 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.

VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка (H60-H99), їх наслідки

1. Стаття 33: військовослужбовці, які страждають на хронічну рецидивну екзему зовнішнього слухового ходу, вушної раковини, привушної ділянки, за

відсутності ефекту від лікування у стаціонарних умовах оглядаються за статтею 57 Розкладу хвороб.

2. Стаття 34: при хронічних захворюваннях середнього вуха військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування за показаннями.

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

До пункту “а” належать стани після хірургічного лікування хронічних захворювань середнього вуха з неповною епідермізацією післяопераційної порожнини за наявності в ній грануляційної тканини та/або виділень, епідермальних мас, холестеатом.

Після радикальних або реконструктивно-відновних операцій на середньому вусі при повній епідермізації післяопераційної порожнини огляд проводиться за пунктом “б”.

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

3. Стаття 35.

1) до пункту “а” належать хвороба/синдром Мен'єра, стійкі форми вестибулярно-вегетативних розладів тяжкого ступеня, рецидивуючі, напади яких спостерігаються при стаціонарному обстеженні або підтверджені у закладах охорони здоров'я (установах). Синдром і хвороба Мен'єра подібні процеси, можуть бути стадіями одного захворювання, диференційна діагностика проводиться за допомогою спеціальних тестів. Синдром/хвороба Мен'єра характеризується перебігом з періодичними нападами, під час яких реєструються тяжкі вестибулярні розлади і періодами ремісії, коли стан пацієнта задовільний. Синдром/хвороба Мен'єра супроводжується, крім вестибуло-вегетативних розладів, порушеннями слухової функції, які можуть

мати непостійний ступінь вираженості (флюктуюча приглухуватість). Синдром/хвороба Мен'єра є невиліковними захворюваннями, лікувально-профілактичними заходами можливо досягти лише сприяння пролонгації періодів ремісії.

Для визначення ступеня придатності має значення характер і вираженість вестибулярної дисфункції, частота, тривалість і клінічна картина нападів.

Стійкі тяжкі порушення вестибулярної функції, синдром/хвороба Мен'єра супроводжуються періодично повторюваними нападами вираженого запаморочення, порушеннями рівноваги, координації (часто хворий не може ні ходити, ні стояти, ні навіть сидіти). При синдромі/хворобі Мен'єра напади супроводжуються зниженням слуху, посиленням суб'єктивного вушного шуму. Під час нападів може бути втрата свідомості, виражені вегетативні прояви (нудота, позиви до блювання, блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння шкіри, серцебиття, підвищення моторики кишечника, часте сечовипускання). При таких станах мають місце виражені вегетативні та вегетосенсорні реакції при незначних навантаженнях (нудота, збліднення або почервоніння шкіри, потовиділення, серцебиття, блювання), нестійкість в позі Ромберга, порушення статокінкетичної стійкості і рівноваги, порушення ходи. Запаморочення проявляється відчуттям обертання або зміщення оточуючих предметів, відчуттям перевертання, провалювання свого тіла, втратою орієнтації. Появу таких нападів неможливо контролювати. Напади можуть тривати від кількох днів до тижнів. При часто рецидивуючих формах частота нападів сягає 3 і більше разів на місяць. Діагноз і ступінь вираженості порушень встановлюється з використанням спеціальних тестів та інструментальних методів обстеження, верифікується у закладах охорони здоров'я (установах).

Пацієнти з хворобою/синдромом Мен'єра, вираженими вестибулярно-вегетативними розладами тяжкого ступеню не повинні працювати в екстремальних умовах (на підземних, підводних або висотних роботах), в зоні підвищеної небезпеки травматизму, при обслуговуванні будь-яких видів

транспортних засобів, рухомих механізмів, виконувати роботу в умовах сенсорної депривації, гіпоксії, важкої фізичної праці і психоемоційного навантаження, оптокінетичної стимуляції. В силу пригнічення і асиметрії функції вестибулярного апарату ці особи не можуть працювати в темряві, на висоті і під водою, виконувати роботи, пов'язані з впливом на організм людини прискорень (льотний склад, члени екіпажів підводних човнів, надводних кораблів, водії бойових машин та ін.). При впливі гучних звуків понад 90 дБ у пацієнтів може виникнути феномен Tullio – сильне запаморочення, втрата слуху, парадоксальне падіння розбірливості мови, нудота, блювання.

З метою визначення ступеня і характеру вестибулярних розладів застосовуються спеціальні тести, інструментальне, часто стаціонарне, обстеження у закладах охорони здоров'я (установах).

Ознаки тяжких вестибулярних порушень: індекс кефалографії більше 6 умовних одиниць, відхилення в тесті координації руху понад 90 градусів, порушення оптокінетичного ністагму (порушення ритму, частоти, амплітуди), наявність спонтанного або позиційного ністагму, виражені вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (нудота, позиви до блювання і блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння, серцебиття, підвищення моторики кишечника, часте сечовипускання), тривалі сенсорні реакції (понад 40 секунд) при подразненні, вестибуло-атактичні прояви.

Ознаки вестибулярних порушень середнього ступеня: індекс кефалографії більше 4 умовних одиниць, відхилення в тесті координації руху понад 46 градусів, незначні порушення ритму оптокінетичного ністагму, наявність одиночних слабо виражених проявів спонтанного або позиційного ністагму, вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (нудота, позиви до блювання і блювання, потовиділення, збліднення або почервоніння, серцебиття), сенсорні реакції (понад 30 секунд) при подразненні, вестибуло-атактичні прояви.

Ознаки легких вестибулярних порушень: індекс кефалографії більше 2,6 умовних одиниць, відхилення в тесті координації руху понад 30 градусів, ритмічний оптокінетичний ністагм, відсутність спонтанного або позиційного ністагму, незначні вестибуло-вегетативні реакції при помірних навантаженнях експериментальних проб (легка нудота, збліднення або почервоніння), сенсорні реакції (до 30 секунд) при подразненні.

Таблиця 3

Орієнтовні показники стато-кінетичної стійкості у здорових осіб

Відхилення в тесті ходи по прямій доріжці, м	Відхилення в тесті флангової ходи, м	“Крокуючий” тест, градусів	Ркфг, умовні одиниці
1	2	3	4
0,20±0,06	0,15±0,05	24,30±1,73	1,60±0,12

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

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

Визначення стану динамічної рівноваги здійснюється за результатами “крокуючого” тесту Fukuda, ходи по прямій доріжці та флангової ходи. При

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

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

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

Для виявлення виразного ендолімфатичного гідропсу при синдромі/хворобі Мен'єра проводиться гліцерол – тест: дворазове дослідження

суб'єктивної аудіометрії до та після внутрішньом'язового введення 4,0 мл сечогінних препаратів (лазікс чи фуросемід) або прийому гліцерину (1,5 г на 1 кг ваги, розведеного кислим соком (лимонним, томатним, яблучним). Тест інформативний при наявності кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіометричній кривій, як правило, у зоні низьких частот, у випадку гідропсу лабіринту такий інтервал після застосування препаратів зменшується або зникає.

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

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

Пацієнти з вестибулярно-вегетативними розладами середнього ступеня при вираженій клінічній картині під час приступів, як правило, не можуть виконувати обов'язки військової служби, пов'язані з впливом на організм людини прискорень (льотний склад, члени екіпажів підводних човнів, надводних кораблів, водії бойових машин тощо), на підземних, підводних або висотних роботах.

Вирішуючи питання про придатність до служби на підводних човнах, надводних кораблях, необхідно пам'ятати, що до закачування можливе звикання.

У разі, коли у військовослужбовців закачування систематично призводить до втрати працездатності в морських походах та відсутності позитивних результатів тренувань (не менше одного року), на підставі даних характеристик

командування, лікаря частини та результатів обстеження вестибулярно-вегетативної чутливості приймається постанова про непридатність до служби на підводних човнах, надводних кораблях. У разі підвищеної чутливості до закачування не можна обмежуватись обстеженням лише вестибулярної функції без глибокого всебічного обстеження всього організму, оскільки вегетативні розлади можуть обумовлюватися не тільки порушеннями у вестибулярному аналізаторі, але і порушеннями інших органів і систем.

Під час відбору поповнення на підводні човни, надводні кораблі критерієм стійкості до закачування є результати дослідження отолітової реакції (проба Воячека) або проби безперервної кумуляції прискорень Каріоліса. Особи, які дають при цьому дослідженні різку вестибулярну реакцію 3 ступеня, є непридатними для служби на підводних човнах, надводних кораблях.

Під час оцінювання результатів дослідження вестибулярної функції слід враховувати, що навіть різко виражені захисні рухи 3 ступеня без інтенсивних вегетативних реакцій не можуть бути підставою для прийняття постанови про непридатність до служби на підводних човнах, надводних кораблях, 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.

4. Стаття 36: захворювання, що відносяться до цієї статті, потребують обов'язкового інструментального обстеження – аудіометрії у повному обсязі, до якої входить: тональна порогова аудіометрія, мовна аудіометрія, камертональні проби, акуметрія (дослідження сприйняття живої мови). При асиметричних порушеннях слуху дослідження проводиться з маскуванням вуха, яке чує краще. Бажано враховувати також дані надпорогових тестів і проводити вимірювання інтенсивності і характеристик суб'єктивного вушного шуму. У разі неможливості проведення аудіометрії у повному обсязі, проводиться тест тональної порогової аудіометрії.

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

У таблиці представлено Міжнародну класифікацію ступеня порушення слухової функції.

Таблиця 4

Міжнародна класифікація порушень слухової функції
(World report of hearing, 2020, BOO3)

Ступінь	Пороги слуху за даними тональної порогової аудіометрії	Сприйняття слуху у тихій обстановці	Сприйняття слуху у шумному середовищі
Нормальний слух	до 19,9 дБ	Немає проблем зі сприйняттям звуків	Немає мінімальних проблем зі сприйняттям звуків
Легке порушення слуху	20,0–34,9 дБ	Немає проблем зі сприйняттям розмовної мови	Може відчувати труднощі зі сприйняттям розмовної мови
Середнє порушення слуху	35,0–49,9 дБ	Може відчувати труднощі зі сприйняттям розмовної мови	Ускладнене сприйняттям розмовної мови та участі в розмові

Середньо-тяжке порушення слуху	50,0–64,9 дБ	Чує голосну мову, важко сприймає розмовну мову	Важко почути більшість розмовної мови і брати участь у розмові
Тяжке порушення слуху	65,0–79,9 дБ	Переважно не чує розмовну мову, може відчувати труднощі зі сприйняттям і розумінням гучної мови	Дуже важко почути більшість розмовної мови і брати участь у розмові
Глибоке порушення слуху	80,0–94,9 дБ	Дуже важко чути голосну мову (крик)	Не чує розмовну мову
Повна глухота	Понад 95,0 дБ	Не чує ні мови, ні більшості звуків навколишнього середовища	Не чує ні мови, ні більшості звуків навколишнього середовища

Мовна аудіометрія дозволяє визначити функцію розбірливості мови, що важливо, в тому числі для оцінки соціального аспекту порушень слухової функції та перспективи слухопротезування. Обстежуваному пропонується повторити слова зі стандартизованих наборів – тестів числівників і слів мови, які подаються з різною інтенсивністю в дБ. Метод дозволяє підтвердити дані тональної порогової аудіометрії, в тому числі наявність і вираженість “кістково-повітряного інтервалу” та акуметрії, може допомогти визначити центральні і рецепторні ураження слухового аналізатора. Поріг сприйняття мови зазвичай близький до середнього порогу сприйняття тонів на мовних частотах (125, 250, 500, 1000, 2000 Гц), серед яких визначальне значення має чутливість до тону 1 кГц. На практиці визначаються найбільш інформативні показники мовної аудіометрії – 50% тест розбірливості числівників (пацієнт повторює 5–6 слів з 10 на певному рівні інтенсивності пред’явлення стимулу) та 100% тест розбірливості слів мови (повторення всіх 30 слів з серії тесту). При нормальному слуху поріг 50% розбірливості тесту числівників складає близько 20 дБ, а 100% розбірливості слів мови – на 25–30 дБ вище, тобто близько 50 дБ. Для порушень рецепторного відділу слухового аналізатора

характерні явища парадоксального падіння розбірливості при збільшенні інтенсивності стимулу (зниження відсотку повторюваних слів тесту мови у відповідь на збільшення інтенсивності стимулу в дБ), “дискомфорт” сприйняття мовного тесту (неприємні, навіть больові відчуття у вусі у відповідь на мовний тест при певних рівнях інтенсивності; чим менший рівень пред’явлення стимулу в дБ, при якому виникає такий дискомфорт, тим більш виражені ураження рецептору мають місце), уповільнене зростання розбірливості. Для центральних порушень слухового аналізатора характерні уповільнене зростання кривої розбірливості мовного тесту, зменшення % розбірливості, 100% розбірливість у таких хворих часто не досягається при усіх рівнях інтенсивності стимулу. Ознака уповільненого зростання розбірливості мовного тесту оцінюється разом з іншими проявами в кожному окремому випадку.

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

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

У складних для діагностики випадках діагноз встановлюється у закладах охорони здоров’я (установах) за допомогою інструментальних обстежень, у тому числі об’єктивних методів обстеження слухового аналізатора (імпедансна аудіометрія, отоакустична емісія, слухові викликані потенціали), а також оцінка

системних (екстраауральних) проявів: порушень з боку серцево-судинної та центральної нервової систем.

1) до пункту "а" належать: стійка глухота на обидва вуха (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 95 дБ); глухонімота; двобічне глибоке порушення слуху (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80–95 дБ); глухота на одне вухо та тяжка або глибока приглухуватість на друге; глибоке порушення слуху (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80–95 дБ) на одне вухо та тяжка приглухуватість (вирахуване середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 65–80 дБ) на друге; прогресуюча приглухуватість (інструментально підтверджена) з вирахуванням середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії 65 дБ і більше; приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими вестибулярними і системними проявами з боку серцево-судинної і центральної нервової систем (об'єктивно підтвердженими), з вирахуванням середньоарифметичним значенням порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії 65 дБ і більше.

Приглухуватість з ураженням центральних відділів слухового аналізатора, вираженими вестибулярними і системними проявами має бути об'єктивно підтвердженою даними спеціальних інструментальних обстежень. Порушення у центральних відділах слухового аналізатора верифікуються методом реєстрації слухових викликаних потенціалів (КСВП: латентний період V хвилі понад 5,8 мс, міжпіковий інтервал I–V понад 4,1 мс, ДСВП: латентний період N2 понад 290 мс), за даними реєстрації акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів (АРВМ): різке зниження амплітуди рефлексу,

випадіння або погіршення характеристик (зниження амплітуди, збільшення латентного періоду та порогу відносно іпсилатерального рефлексу) контралатерального рефлексу, позитивний decau-тест); мовної аудіометрії (порушення розбірливості мовного тесту). Порушення з боку серцево-судинної системи та центральної нервової систем підтверджуються об'єктивними методами обстеження.

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

3) до пункту “в” належать: середньо-тяжка двобічна приглухуватість (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50–65 дБ); глухота або глибоке (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середньо-тяжкого ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 50–65 дБ) на друге; глухота або глибоке (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 80 дБ) порушення слуху на одне вухо та приглухуватість середнього ступеня (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 35–50 дБ) на друге; одnobічна глухота вуха (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії складає понад 95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до 15 дБ на інше вухо; одnobічне глибоке порушення слуху (вираховане середньоарифметичне значення порогів слуху на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними порогової тональної аудіометрії знаходиться в межах 80–95 дБ) при збереженні рівня порогів слуху по всій тональній шкалі до

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

Слух є критично важливим для військової діяльності. Здатність виявляти, ідентифікувати і локалізувати звуки, здатність підтримувати просторову обізнаність на полі бою може бути життєво-важливою складовою для скритності, виживання і летальності війська.

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

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

5. Стаття 37: після перенесених хвороб вуха та/або хірургічного лікування рекомендовано проведення тональної аудіометрії до і після лікування. Пацієнти з прогресуючою СНП потребують повторних курсів лікування та/або відпустки (для стабілізації процесу) з аудіометричним контролем.

IX. Хвороби системи кровообігу (I00–I99), їх наслідки.

1. Стаття 38: 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 (систолічної 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 внутрішньошлуночкові блокади.

1) до пункту “а” належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН II-Б або III стадій або важкими, резистентними до лікування порушеннями ритму та провідності.

Крім того, до пункту “а” належать незалежно від стадії СН:

недостатність будь-якого клапана серця, яка супроводжується регургітацією 3–4 ступенів;

помірний або важкий стеноз будь-якого клапана серця;

Таблиця 5

Класифікація ступенів важкості аортального стенозу

	Аортосклероз	Легкий АС	Помірний АС	Важкий АС
1	2	3	4	5
Пікова швидкість потоку на АК (м/с)	$\leq 2,5$ м/с	2,6–2,9	3,0–4,0	$>4,0$
Середній градієнт (мм Нг) згідно рекомендаціями ESC	–	<30 а	30–50	>50 а
Площа аортального отвору (ПАО) (см ²)	–	$>1,5$	1,0–1,5	$<1,0$
Індекс ПАО (см ² /м ²)	–	$>0,85$	0,60–0,85	$<0,60$
Співвідношення швидкостей		$>0,50$	0,25–0,50	$<0,25$

Нормальна ПАО у дорослих складає $\sim 3,0\text{--}4,0$ см². Важкий стеноз настає, коли ПАО зменшується до $\sim 25\%$ висхідного нормального значення, тому за загальну межу важкого та помірного стенозу прийнята ПАО 1,0 см².

Таблиця 6

Класифікація ступенів важкості мітрального стенозу

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

При ЧСС=60–80 при синусовому ритмі.

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

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

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

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

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

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

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

шлуночкових комплексів та більше з частотою 100 за хвилину та більше) без структурних змін серця;

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

синоаурикулярна або AV-блокада III ступеня;

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

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

тріохпучкова 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 супроводжувались тромбоемболічними ускладненнями або синдромом Морганьї – Адамса – Стокса;

стан після тромбоемболії легеневої артерії (далі – ТЕЛА) або її наслідки: субмасивна або масивна ТЕЛА (обструкція ≥ 30 % судинного русла легень, або ТЕЛА потребувала інотропної терапії, або спостерігались ознаки перевантаження правих відділів серця, або ушкодження міокарду – підвищення рівня тропоніна), рецидивна ТЕЛА, посттромбоемболічна легенева гіпертензія II ступеня та вище, формування підгострої та хронічної правошлуночкової

недостатності внаслідок перенесеної ТЕЛА, потреба в прийомі антикоагулянтів тривалістю більш як 6 місяців після перенесеної ТЕЛА або імплантований кава-фільтр;

легенева артеріальна гіпертензія (включаючи ідіопатичну) із ступенями важкості II–IV ФК.

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

При ідіопатичній легеневої гіпертензії щодо осіб, які оглядаються за графою I, рішення приймається за пунктом “а”; щодо інших осіб – при ступені важкості ідіопатичної легеневої гіпертензії II ФК – за пунктом “б”, при ступені важкості I ФК – за пунктом “в”.

2) до пункту “б” належать усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН ІІА стадії.

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

стан після перенесеного інфекційного ендокартиту за умови, якщо після проведення лікування відсутня активність процесу, вегетації, оперативне лікування успішне (крім встановлення механічного протезу клапана), регургітація на клапані після лікування не вище I ступеня, СН не вище I ступеня;

шлуночкові тахікардії (пробіжки 3–5 комплексів) без структурних змін серця;

ізолювані набуті вади аортального або трикуспідального клапанів (з легким стенозом або недостатністю з регургітацією 2 ступеня);

набуті вади (недостатність) мітрального клапана або клапана легеневої артерії, які супроводжуються регургітацією 2 ступеня або за наявності легеневої гіпертензії 2 ступеня;

хронічний (рецидивний два 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 (пreekситації) – Вольфа – Паркінсона – Уайта (синдром WPW), синдром укороченого інтервалу P–R(Q) – Клерка – Леві – Критеско (CLC) або Лауна – Ганонга – Левіна (LGL) за наявності пароксизмальних порушень ритму;

набутий синдром подовженого інтервалу Q-T без пароксизмів ШТ;

парасистолія;

стійка шлуночкова, надшлуночкова екстрасистолія: часта (більше 40/год), алоритмія, поліморфна, парна або рання;

двопучкові блокади серця, стійкі за наявності $QRS \geq 0,12$ секунд;

безсимптомна AV-блокада II ступеня I типу або СА блокада II ступеня з тривалістю більше 2000 мс;

блокада ніжок пучка Гіса, в поєднанні з AV-блокадами і клінічною симптоматикою;

стан після поодинокого епізоду не масивної тромбоемболії легеневої артерії (обструкція < 30 % судинного русла легень, відсутність клінічних ознак, вказаних у пункті “а”) без розвитку посттромбоемболічної легеневої гіпертензії II стадії та вище за умови ліквідації причини розвитку ТЕЛА;

наслідки оперативного втручання з приводу імплантації штучного водія ритму або хірургічного лікування аритмій (катетерна абляція AV-з'єднання тощо) без рецидивуючих порушень ритму та провідності або за наявності СН I стадії;

усі некоронарогенні хвороби серця, що супроводжуються СН I стадії;

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

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

двопучкові блокади серця неповні або минуці;

повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень AV-провідності;

вислизаючі комплекси та ритми;

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

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

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

пролапс мітрального або інших клапанів серця, міокардіофіброз, що супроводжуються 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.

Таблиця 7

Класифікація ступенів важкості первинної мітральної регургітації

Параметри	Легка	Помірна	Важка
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія МК	Нормальна/ Ненормальна	Нормальна/ Ненормальна	Патологічна Відрив ПМ рухомість/
КДК потоку МР	Маленький, центральный	Проміжний	Дуже великий центральний потік або ексцентричний потік, що стелиться по стінці, з вираженою мозаїчністю, досягає верхньої стінки ЛП

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

де: а) при ліміті Найквіста 50–60 см/с;

б) середнє значення вимірів в А4С та А2С позиціях;

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

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

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

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

КДР ЛШ <56 мм, індекс КДО ЛШ <82 мл/м², КСР ЛШ <40 мм, індекс КСО ЛШ <30 мл/м², поперечний розмір ЛП <39 мм;

е) класифікація ступенів органічної МР включає легку, помірну та важку. Помірна ступінь підрозділяється на “легку помірну” (ПЕРО 20–29 мм² чи ОР 30–45 мл) та “помірно важку” (виражену) (ПЕРО 30–39 мм² чи ОР 45–59 мл).

Таблиця 8

Класифікація ступенів важкості легеневої регургітації

Параметри	Легка	Помірна	Важка
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія КЛА	Нормальна	Нормальна/ Ненормальна	Ненормальна
Ширина потоку ЛР в КДК (а)	Маленька, довжина звичайно <10 мм з вузьким витоком	Проміжна	Велика з широким витоком, може бути короткою за довжиною
Зворотний потік в легеневих артеріях	Відсутній	Відсутній	Наявний
Спектр потоку ЛР в СВ (б)	Блідий	Щільний (варіабельно)	Щільний/ швидке сповільнення, раннє припинення
Співвідношення легеневого до Ао потіку в РВ	Нормальне або злегка підвищене	Проміжне	Значно підвищене
Напівкількісні			
Ширина ВС (мм)	Не визначена	Не визначена	Не визначена
Час напівзниження тиску РНТ (в)	Не визначена	Не визначена	<100
Співвідношення ширини потоку	Не визначене	Не визначене	50–65%
Кількісні			
ПЕРО (см ²)	Не визначена	Не визначена	Не визначена
ОР (мл)	Не визначений	Не визначений	Не визначений
+ розміри ПШ (г)			

де: а – при ліміті Найквіста 50–60 см/с;

б – швидке сповільнення не є специфічною ознакою важкої ЛР;

в – РНТ скорочується при зростанні тиску в ПШ;

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

Таблиця 9

Класифікація ступенів важкості тристулкової регургітації

Параметри	Легка	Помірна	Важка
1	2	3	4
Якісні			
Морфологія ТК	Нормальна/ Ненормальна	Нормальна/ Ненормальна	Ненормальна/ Патологічна рухомість/ Великий дефект коаптації
КДК потоку ТР (а)	Маленький, центральный	Проміжний	Дуже великий центральный потік або ексцентричний потік, що стелиться по стінці
ПХД спектр ТР	Блідий параболічний	Щільний параболічний	Щільний трикутний з дуже раннім піком швидкості (пікова швидкість < 2 м/с при масивній ТР)
Напівкількісні			
Ширина VC (мм) (а)	Не визначена	< 7	> 7
Радіус PISA (мм) (б)	≤ 5	6–9	> 9
Потік в печінкових венах (в)	Переважає систолічної хвилі	Зниження систолічної хвилі	Реверсія систолічного потіку
Діастолічний потік на ТК	Нормальний	Нормальний	Переважає хвиля Е (≥ 1 м/с) (г)
Кількісні			
ПЕРО (мм ²)	Не визначено	Не визначено	≥ 40
ОР (мл)	Не визначено	Не визначено	≥ 45
+ розміри			

ПШ/ПП/НПВ (г)			
---------------	--	--	--

де: а) при ліміті Найквіста 50–60 см/с;

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

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

г) за відсутності інших причин підвищеного тиску в ПП;

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

3) до пункту “в” належать усі некоронарогенні хвороби серця, які не супроводжуються СН та порушеннями серцевого ритму і провідності, визначені в пунктах “а” та “б”.

Крім того, до пункту “в” 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) АВ-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)
1	2	3	4
СН І	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються тільки під час підвищеного фізичного навантаження та минають у стані спокою. Першу стадію СН може бути діагностовано за відсутності клінічних симптомів захворювання за умови виявлення при ЕХОКГ-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 ІІ-А	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, що з'являються при помірному фізичному навантаженні та супроводжуються порушенням гемодинаміки у великому або малому колах кровообігу	300–425	Чоловіки – 51–100 Жінки – 51–85
СН ІІ-Б	Скарги на задишку, серцебиття, надмірну втомлюваність, напади стенокардії, що з'являються при незначному фізичному навантаженні і супроводжуються порушеннями гемодинаміки у великому та малому колах кровообігу	150–300	Чоловіки та жінки – нижче 51

СН ІІІ	Скарги на задишку або задуху, серцебиття, втому, напади стенокардії у стані спокою. Має місце тяжке порушення гемодинаміки в обох колах кровообігу, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів	Менше ніж 150	Не проводиться
--------	--	---------------	----------------

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

Таблиця 11

Класифікація ступеня артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

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

1) до пункту “а” належать:

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

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

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

Асоційовані клінічні стани:

- а) інфаркт міокарда;
- б) СН ІІА – ІІІ стадій;
- в) інсульт, хронічна гіпертензивна енцефалопатія ІІІ стадії, судинна деменція;
- г) крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього;
- г) ниркова недостатність з концентрацією креатиніну в плазмі в чоловіків вище за 133 мкмоль/л (або > 1,5 мг/дл), у жінок – вище за 124 мкмоль/л (або > 1,4 мг/дл), підвищення креатиніну в плазмі мусить бути підтверджене не менш як трьома дослідженнями та тривалістю не менше 30 днів;
- д) постійна форма фібриляції передсердь;
- е) розширююча аневризма аорті;
- є) стеноз магістральних артерій більше 50 %.

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

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

- 2) до пункту “б” належать:

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

симптоматичні артеріальні гіпертензії з підвищенням артеріального тиску до 2-3 ступеня;

Асоційовані клінічні стани:

транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія;

персистуюча та пароксизмальна форма фібриляції передсердь;

протеїнурія більше 300 мг за добу.

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

гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ (ознака Соколова-Лайона – більше 38 мм, Корнельський добуток (сума амплітуд зубця S (V3) та R (aVL) x тривалість (мс) комплексу QRS (aVL) у мм x мс – більше ніж 2440), ЕХО-КГ (індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) для чоловіків – більше 115 г/м², для жінок – більше 95 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 12 м/с, або ступнево-плечовий індекс кров'яного тиску менше 0,9.

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

До цього ж пункту належить гіпертонічна хвороба II стадії.

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

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

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

3. Стаття 40: 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.

1) 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 ІІА стадії та вище;

стани після аортокоронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій за наявності стенокардії II ФК та вище або СН ІІА стадії та вище;

стани після 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 вище за ІІА стадію;

раптова серцева смерть з відновленням серцевої діяльності;

шлуночкові тахікардії (три чи більше послідовних шлуночкових комплексів з частотою більше ніж 100 за хв);

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

сіноаурикулярна або АВ-блокада III ступеня;

стійка, резистентна до лікування сіноаурикулярна або АВ-блокада II ступеня, яка супроводжується паузами тривалістю понад 2,5–3 секунд, що вважається загрозливим щодо виникнення нападів Морганьї – Адамса – Стокса, СН ІІА та вище або синкопальними станами;

тріохпучкова блокада серця;

синдром Фредеріка;

набутий синдром подовженого інтервалу Q-T із синкопальними станами;

будь-які порушення ритму або провідності серця, які супроводжувались синдромом Морганьї – Адамса – Стокса;

фібриляція або тріпотіння передсердь постійні;

безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні до 75 Вт.

2) до пункту “б” належать:

стенокардія напруги II функціонального класу;

вазоспастична стенокардія;

надшлуночкові тахікардії;

фібриляція або тріпотіння передсердь постійні, пароксизмальні або персистуючі;

стійка дисфункція синусового вузла або синдром слабкості синусового вузла, який не супроводжувався синкопальним станом (крім зупинки синусового вузла);

набутий синдром подовженого інтервалу Q-T без синкопальних станів;

стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій;

безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні до 75–100 Вт;

дифузний кардіосклероз після дрібновогнищевих інфарктів міокарда, що супроводжується порушеннями серцевого ритму та провідності, серцевою недостатністю або стенокардією;

стійка шлуночкова екстрасистолія: часта (більше 40/год), алоритмія, поліморфна, парна або рання;

парасистолія;

двопучкові блокади серця, стійкі, за наявності $QRS \geq 0,12$ секунд;

безсимптомна AV-блокада II ступеня I типу;

блокада ніжок пучка Гіса, в поєднанні з AV-блокадами і клінічною симптоматикою.

3) до пункту “в” належить:

стенокардія напруги I функціонального класу;

безбольова ішемія міокарда, яка виникає при навантаженні 125 Вт і більше;

дифузний кардіосклероз після дрібновогнищевих інфарктів міокарда, що не супроводжується серцевою недостатністю I стадії або стенокардією I ФК;

стани після аорто-коронарного шунтування, черезшкірної коронарної ангіопластики із стентуванням (або без) коронарних артерій без серцевої недостатності;

безсимптомна синоаурикулярна або АВ-блокада I ступеня;

повна блокада ніжок пучка Гіса без порушень АВ-провідності або в поєднанні з АВ-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, при емоційному перевантаженні або тільки протягом перших декількох годин після пробудження. Толерантність до фізичного навантаження або порогова потужність – 75–100 Вт;

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

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

Таблиця 12

Характеристика функціональних класів

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

4. Стаття 41:

1) до пункту “а” належать:

стійкі виражені випадіння функцій нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спінального кровообігу, при дисциркуляторній енцефалопатії III стадії на фоні церебрального атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету (глибокий геміпарез, монопарез, тетрапарез, парапарез, синдром паркінсонізму, псевдобульбарний синдром з порушенням акту ковтання, атаксія, виражена моторна, сенсорна або змішані форми афазії, агнозія, апраксія, геміанопсія, часті епілептичні напади (чотири та більше разів на рік) внаслідок судинного ураження головного мозку, психоорганічний синдром, порушення функції тазових органів);

ураження черепно-мозкових нервів зі значним порушенням функції;

порушення діяльності ЦНС, які призводять до значних розладів сенсорних систем (порушення слуху, зору, нюху, смаку, відчуття рівноваги), голосоутворення і мовлення;

наявність аневризм, артеріовенозних мальформацій судин головного та спинного мозку незалежно від ступеню порушення кровообігу.

2) до пункту "б" належать:

помірно виражені випадіння функцій нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спінального кровообігу, а також при дисциркуляторній енцефалопатії II стадії на фоні церебрального атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету (легкий геміпарез, монопарез, тетрапарез, парапарез, аміостатичний синдром, пірамідна недостатність, дискоординаторні розлади, церебрастенічний синдром);

перенесена транзиторна ішемічна атака, що підтверджена медичними документами, у тому числі й стаціонарним лікуванням, яка трапилась на фоні гемодинамічно значущого стенозу більше 50 % екстракраніальних артерій, що підтверджено під час МСКТ-ангіографії або церебральної ангіографії за неможливості оперативного лікування або відмови від нього; наявність аневризм, артеріовенозних мальформацій судин головного та спинного мозку, які виявлені без порушення мозкового кровообігу за неможливості оперативного лікування або відмови від нього;

наявність аневризм, артеріовенозних мальформацій судин головного та спинного мозку, які виявлені без порушення мозкового кровообігу за неможливості оперативного лікування або відмови від нього.

3) до пункту "в" належать легкі стійкі органічні ураження нервової системи, що виникли внаслідок гострого порушення мозкового або спінального кровообігу, а також при дисциркуляторній енцефалопатії I стадії на фоні церебрального атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету (псевдоастенічний, вестибуло-атактичний, кохлеарний синдроми, пожвавлення сухожилкових рефлексів, анізорефлексія, асиметрія обличчя, недостатність конвергенції, симптоми орального автоматизму).

Особи після вперше перенесеного транзиторного ішемічного нападу при повному відновленні функцій ЦНС оглядаються за статтею 44.

Під час оцінювання придатності до військової служби осіб, оперованих з приводу аневризми судин головного мозку, інших судинних уражень головного та спинного мозку, враховуються радикальність операції, її ефективність, динаміка відновлення порушених функцій. За наслідками оперативного втручання особи, оглянуті за графами I–III Розкладу хвороб, оглядаються за пунктами “а”, “б” чи “в” цієї статті.

5. Стаття 42: за наявності показань громадянам та військовослужбовцям пропонується хірургічне лікування. При незадовільних результатах лікування або відмові від нього придатність до військової служби визначається залежно від вираженості патологічного процесу.

1) до пункту “а” належать:

артеріальні та артеріовенозні аневризми магістральних та периферичних судин незалежно від ступеню порушення кровообігу;

оклюзія та стеноз більше 75 % брахіоцефальних артерій, що підтверджено об’єктивними методами дослідження;

стеноз 55% і більше брахіоцефальних артерій відносно здорової ділянки артерії з наявністю гіпоехогенної нестабільної бляшки, виразкоутворення атеросклеротичної бляшки, наявністю в анамнезі транзиторних ішемічних атак або гострих порушень мозкового кровообігу;

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

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

постромботична хвороба нижньої, верхньої порожнистої та ворітної вени незалежно від ступеню порушення кровообігу;

посттромботична і варикозна хвороба нижніх кінцівок, індуративно-виразкова форма з хронічною венозною недостатністю C4-C6 (згідно Міжнародної клінічної класифікації CEAP від 2004 року з доповненнями F. Lurie та M. Passman 2020 року, а саме недостатність клапанів глибоких, підшкірних та комунікантних вен з наявністю постійного набряку, гіперпигментації, екземи та витончення шкіри, індурації, дерматиту, активних виразок та виразок, що загоїлись);

наявність імплантованого кава-фільтра;

слоновість III–IV ступеня;

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

втрата кінцівки внаслідок поранень та захворювань магістральних та периферичних судин;

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

2) до пункту “б” належать:

стеноз до 55% брахіоцефальних артерій відносно здорової ділянки артерії з наявністю гіперехогенної стабільної бляшки;

поранення та атеросклероз брахіоцефальних артерій без, та з незначним порушенням кровообігу;

облітеруючий ендартеріїт, тромбангіїт, аортоартеріїт і атеросклероз судин нижніх кінцівок I–II А стадії (переміжна кульгавість, яка виникає на відстані

більше 200 м) згідно модифікованої клінічної класифікації Fontaine (Second European Consensus Document, 1991), з незначним та без порушення кровообігу;

варикозна хвороба нижніх кінцівок з ознаками венозної недостатності, з незначним та без порушення кровообігу, що відповідають C1-C3 (згідно Міжнародної клінічної класифікації CEAP від 2004 року з доповненнями F. Lurie та M. Passman 2020 року, а саме набряклість стоп та гомілок, яка зникає повністю за час нічного відпочинку, свербіння, телеангіоектазії та ратикулярні вени);

слоновість I–II ступеня;

варикозне розширення вен сім'яного канатика I–II стадії;

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

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

Ультразвукове дуплексне ангіосканування судин має виконуватись з визначенням таких показників, як тип та швидкість кровотоку в артерії, вимірювання діаметру просвіту артерії при її стенозі, визначення кісточно-плечового індексу, визначення спроможності клапанного апарату глибоких та поверхневих вен з визначенням тривалості рефлюксу та ступеню реканалізації при тромбозі.

6. Стаття 43: за наявності показань призовникам та військовослужбовцям пропонується хірургічне або консервативне лікування. У разі незадовільних результатів лікування або відмови від нього огляд проводиться за пунктами “а”, “б” або “в” – залежно від вираженості вторинної анемії, частоти загострень та стадії випадіння гемороїдальних вузлів. До частих загострень геморою належать випадки, коли оглянутий перебуває двічі-тричі на рік на стаціонарному лікуванні з довгими (один місяць і більше) строками госпіталізації з приводу кровотечі, тромбозу, запалення або випадіння гемороїдальних вузлів II–III ступенів, а також коли захворювання ускладнюється повторними кровотечами, що потребують стаціонарного лікування.

7. Стаття 44: передбачає стани після перенесених гострих запальних уражень серця (перикардит, міокардит, ендокардит, ревматизм), метаболічної кардіоміопатії, гострих форм ІХС (інфаркт, нестабільна стенокардія), гіпертонічних криз, тромбоемболії легеневої артерії, травм серця, операцій реваскуляризації, операцій на клапанному апараті серця, імплантації стимуляторів, кардіовертерів, хірургічного лікування аритмій, захворювань магістральних артерій або вен, стану після гострого порушення мозкового кровообігу за умови порушень функцій тимчасового характеру.

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

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

Військовослужбовцям, які оглядаються за графами II–III Розкладу хвороб, після загострення хронічної ІХС (тривалі напади стенокардії, минулі порушення серцевого ритму та провідності, минулі форми серцевої

недостатності), гіпертонічної хвороби (стан після гіпертензивних кризів), проведення електроімпульсної терапії для лікування аритмій серця надається звільнення від виконання службових обов'язків.

Х. Хвороби органів дихання (J00-J99), їх наслідки

1. Стаття 45:

1) до пункту "а" належать: озена; стенози гортані; парези і паралічі гортані зі значним порушенням функції голосоутворення та дихання; тяжка форма спастичної дисфонії. Діагноз встановлюється у закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження.

Стенози гортані призводять до дихальної недостатності, гіпоксії і тяжкого стану пацієнтів. Парези і паралічі гортані та тяжка спастична дисфонія призводять до дихальної недостатності різного ступеня і значного порушення голосоутворення. Спастична дисфонія має ремітуючий перебіг, виникнення і тривалість фази погіршення не піддається надійному прогнозуванню. Тяжка спастична дисфонія практично не має тривалих періодів ремісії. Пацієнти зі стенозами, парезами та паралічами гортані, тяжкою спастичною дисфонією не можуть виконувати фізичні навантаження, існує ризик задухи.

2) до пункту "б" належать:

гнійні або поліпозні синусити, поліпозні слизової оболонки носа з порушенням носового дихання, хронічні гнійні та поліпозні синусити без ускладнень, які протікають з частими (не менше двох разів на рік) загостреннями та втратою працездатності, а також гнійні синусити з хронічним декомпенсованим тонзилітом;

хронічні негнійні захворювання навколоносових пазух (катаральні, серозні, вазомоторні та інші негнійні форми синуситів) без ознак дистрофії тканин верхніх дихальних шляхів, без частих загострень, пов'язаних з втратою працездатності;

хронічний декомпенсований тонзиліт;

парези і паралічі гортані з помірним порушенням функції голосоутворення та дихання; середня форма спастичної дисфонії.

Діагноз встановлюється у закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження.

Під час огляду військовослужбовців, які страждають на хронічний гнійний синусит, враховуються перебіг захворювання, частота загострення не менше двох разів на рік та безуспішність лікування в стаціонарних умовах.

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

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

Під хронічним декомпенсованим тонзилітом слід розуміти одну із форм хронічного тонзиліту, яка характеризується частими загостреннями (2-3 рази на рік), втягненням у запальний процес білямигдаликової тканини, регіонарних лімфовузлів та наявністю патологічного вмісту у лакунах мигдаликів. При декомпенсованому тонзиліті пропонується хірургічне лікування.

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

Стійкий характер порушення барофункції вуха визначається за даними повторних інструментальних досліджень. Найбільш достовірні дані одержуються після додаткового функціонального дослідження у барокамері (рекомпресійній камері). Порушення барофункції навколоносових пазух

встановлюється на підставі скарг обстежуваного, стану носової порожнини, отоскопії, випробовування у барокамері на витривалість перепадів тиску з рентгенологічним дослідженням навколоносових пазух до та після випробування, даних медичної та службової характеристик.

4. Стаття 46. За цією статтею оглядаються особи із:

хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ);

бронхоектатичною хворобою;

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

пневмоконіозами;

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

наслідками гострих захворювань легень із згадкою про фіброз;

синдромом альвеолярної гіповентиляції легень у хворих із ожирінням.

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

Таблиця 13

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	Задишка в стані спокою, ознаки хронічної правошлуночкової недостатності

			погіршують якість життя хворого	
Інструментальні				
Pa O ₂ , мм.рт.ст.				< 60
PaCO ₂ , мм.рт.ст.				>45
Sa O ₂ , %				< 90
ФЗД				
Життєва ємність легень (ЖЄЛ) у відсотках належної величини	> 85	84–70	69–50	< 50
Максимальна вентиляція легень (МВЛ) у відсотках належної величини	> 75	74–55	54–35	< 35
Обсяг форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) у відсотках належної величини	> 80	79–50	49–30	< 30

Оцінка функціонального стану апарату зовнішнього дихання проводиться поза загостренням захворювань за допомогою спірометрії.

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

При оцінці ФЗД при бронхоектатичній хворобі, інтерстиційних захворюваннях легень, пневмоконіозах, хворобах плеври, наслідках гострих захворювань легень із згадкою про фіброз, синдромі альвеолярної гіповентиляції легень слід орієнтуватись у першу чергу на показники ЖЕЛ, PaO_2 , $PaCO_2$.

3. Стаття 47: для бронхіальної астми характерна гіперреактивність бронхів, що проявляється рецидивними симптомами свистячого дихання, нападами ядухи, скутості в грудній клітці, кашлем, особливо вночі та вранці. При бронхіальній астмі бронхообструкція варіабельна, зменшується спонтанно або під впливом лікування. Діагноз бронхіальної астми, крім анамнезу та клінічної картини, повинен бути підтверджений дослідженням ФЗД з медикаментозними пробами (проба з бронхолітиком або провокаційна проба з бета-блокатором, фізичним навантаженням, гіпертонічним розчином NaCl).

Вірогідним інструментальним підтвердженням діагнозу вважається:

приріст після проби з бронхолітиком (або зменшення у разі провокаційної проби) показника ОФВ1 ($\geq 12\%$ та 200 мл) або пікової обсягової швидкості видиху (ПОШвид) ($\geq 20\%$ або 60 л/хв);

надмірні коливання легеневої функції між візитами ОФВ1 $\geq 12\%$ та 200 мл або ПОШвид $\geq 20\%$ або 60 л/хв;

приріст показника ОФВ1 $\geq 12\%$ та 200 мл або ПОШвид $\geq 20\%$ після курсу терапії ІГКС протягом 4 тижнів (в період поза респіраторної інфекції).

Метою лікування бронхіальної астми є досягнення за допомогою протиастматичної терапії контролю над симптомами захворювання. Після призначення стартової базисної терапії оцінка контролю над симптомами проводиться не раніше ніж через 2–3 місяці від початку лікування.

Недостатній контроль над бронхіальною астмою характеризується наявністю денних симптомів БА більше 2 разів на добу, нічними пробудженнями через напади ядухи, потреба у бета-агоністах короткої дії

більше 2 разів на тиждень, обмеження активності через симптоми бронхіальної астми на тлі прийому базисної терапії.

У разі відсутності контролю чи частковому контролі над симптомами БА проводиться розширення терапії до тих пір поки не буде досягнуто повний контроль над симптомами (кроки 1-5 у схемі лікування БА).

Ступінь придатності осіб з бронхіальною астмою проводиться за пунктами “а”, “б” та “в” в залежності від досягнення контролю над симптомами на тлі призначеної базисної терапії.

1) до пункту “а” належить персистуюча бронхіальна астма контроль над якою неможливо досягти на 4–5 кроці терапії (високі дози ІГКС в комбінації з бета-агоністами тривалої дії, холінолітиками тривалої дії).

Обов’язковим інструментальним підтвердженням відсутності контролю є збереження низьких показників ОФВ1 $\leq 60\%$ та збереження гіперреактивності бронхів (приріст ОФВ1 $\geq 12\%$ або 200 мл) при спірометрії.

Необхідно диференційовано підходити до хворих, які, крім БА, мають інші захворювання, що супроводжуються зниженням показника ОФВ1 (ХОЗЛ, ХСН, синдром альвеолярної гіповентиляції легень тощо).

Важливо проводити диференційну діагностику БА та ХОЗЛ, спираючись на наявну клінічну картину (вік, фактори ризику, сімейний анамнез, супутні захворювання) та показники спірометрії. Можлива наявність у хворого одночасно БА та ХОЗЛ. Достовірним критерієм наявності БА у хворого на ХОЗЛ є високі показники зворотності та варіабельності бронхіальної обструкції (приріст ОФВ1 ≥ 400 мл) при постбронходиляційному співвідношенні ОФВ1/ФЖЄЛ $< 0,7$.

2) до пункту “б” належить персистуюча бронхіальна астма, щодо якої вдалося досягти часткового контролю над симптомами на 4–5 кроці терапії.

Обов’язковим інструментальним підтвердженням часткового контролю є показники ОФВ1 від 61% до 79% та збереження гіперреактивності бронхів (приріст ОФВ1 $\geq 12\%$ або 200 мл) при спірометрії.

До цього ж пункту відносять персистуючу бронхіальну астму, щодо якої за допомогою терапії вдалося досягти повного контролю над симптомами,

Спірометричним критерієм повного контролю є показник $\text{ОФВ}_1 \geq 80\%$ та відсутність гіперреактивності бронхів.

3) до пункту “в” відносять інтермітуючу бронхіальну астму, якій характерні непостійні епізодичні короткотривалі денні симптоми. Хворий не потребує призначення контролюючої терапії.

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

4. Стаття 48: рішення про потребу військовослужбовця у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою та вирішення питання про надання відстрочки призовнику приймається лише за умови ускладненого перебігу гострих респіраторних інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів, грипу, пневмонії тощо (деструкція, пара- та метापневмонічний ексудативний плеврит, емпієма плеври, ателектаз, інфекційно-токсичний шок, інфекційний міокардит, тривала нефропатія (понад тиждень), токсичний гепатит, виражена асенізація тощо). Щодо реконвалесцентів після неускладненого перебігу пневмонії (графи I–III Розкладу хвороб), загострення хронічних захворювань (графи II–III Розкладу хвороб) – тяжкого загострення бронхіальної астми (астматичного статусу), загострення ХОЗЛ, що потребувало тривалої оксигенації, приймається постанова про потребу у звільненні від виконання службових обов'язків.

За цією самою статтею оглядаються громадяни та військовослужбовці після хірургічного втручання на органах грудної клітки, верхніх дихальних шляхів з приводу захворювань за умови неповного функціонального відновлення організму після закінчення стаціонарного лікування.

XI. Хвороби органів травлення (K00-K93), їх наслідки

1. Стаття 49: пункт “в” застосовується у випадках, коли сума каріозних, пломбованих та видалених зубів більше 9 і при цьому – не менше 4 зубів з клінічними або рентгенологічними ознаками хронічного запалення з ураженням пульпи і періодонта, включаючи зуби з пломбованими кореневими каналами.

2. Стаття 50: підставою для застосування пункту “а” цієї статті є наявність генералізованої форми пародонтиту, пародонтозу з частими загостреннями та абсцедуванням.

Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного дослідження всієї зубощелепної системи з рентгенографією та виявленням супутніх захворювань. При пародонтиті, пародонтозі призовників беруть на облік та направляють на лікування.

1) 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-го ступенів.

2) до пункту “б” належать пародонтити та пародонтози, захворювання слизової оболонки порожнини рота, лейкоплакії та інші захворювання, уключаючи преканцери. Призовники після постановки на військовий облік, а також військовослужбовці направляються на лікування.

3. Стаття 51:

1) до пункту “а” належать:

дефекти нижньої щелепи після хірургічного лікування, незаміщені трансплантатами;

дефекти, деформації щелепно-лицевої ділянки, а також хронічні, що часто загострюються (більше 2 разів на рік), захворювання щелеп, слинних залоз, скронево-нижньощелепових суглобів;

анкілози скронево-нижньощелепних суглобів;

контрактури та несправжні суглоби нижніх щелеп за відсутності ефекту від лікування або за відмови від нього;

актиномікоз щелепно-лицевої ділянки, який не піддається лікуванню.

2) до пункту “б” належать:

аномалії прикусу 2-3 ступенів з роз’єднанням прикусу більше 5 мм або з жувальною ефективністю менше 60 % за М.Г. Агаповим;

хронічні сіалоаденіти з частими загостреннями;

актиномікоз щелепно-лицевої ділянки із задовільними результатами лікування;

хронічний остеомієліт щелеп з наявністю секвестральних порожнин та секвестрів.

В окремих випадках залежно від фактичної працездатності, умов служби, думки командування частини військовослужбовці за контрактом з набутими вадами та деформаціями щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті за пунктом “в”.

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

Призовники з указаними захворюваннями після постановки на військовий облік направляються на лікування. Щодо військовослужбовців після лікування постанова приймається за статтею 56 Розкладу хвороб. Якщо хірургічне лікування не застосовувалось, то огляд проводиться за відповідними пунктами цієї статті.

4. Стаття 52:

1) 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;

тяжкі форми хронічних неспецифічних виразкових колітів, ентеритів (у тому числі і хвороба Крона) з вираженим занепадом живлення (ІМТ менше 18,5);

злуковий процес у черевній порожнині зі значним порушенням моторно-евакуаторної функції або який потребує повторного хірургічного лікування;

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 (ІІІ стадія);

протиприродний задній прохід, кишковий або каловий свищ як завершений етап хірургічного лікування;

недостатність сфінктера заднього проходу ІІІ ступеня;

хронічний парапроктит зі стійкими або такими, що часто відкриваються та важко піддаються лікуванню, свищами.

2) до пункту "б" належать хронічні рецидивуючі неспецифічні виразкові коліти, хвороба Крона (крім тих, що зазначені в пункті "а");

ГЕРХ з виразковим езофагітом, з позастравохідними проявами, що потребує повторного тривалого стаціонарного лікування (два та більше разів на рік), з помірним порушенням функції травлення, стравохід Баррета. ГЕРХ повинна бути підтверджена ендоскопічним та/або рентгенологічним дослідженнями (обов'язково в горизонтальному положенні);

дивертикул стравоходу великих розмірів (більше 2 см), що погано спорожнюється і супроводжується дисфагією та не потребує хірургічного лікування, або множинні дивертикули (> 2) стравоходу та шлунку, дивертикул з явищами дивертикуліту;

дивертикулярна хвороба кишечника; часто рецидивні (більше 2 разів на рік);

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);

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;

випадіння прямої кишки при фізичному навантаженні (I-II стадія);

недостатність сфінктера заднього проходу I, II ступеню;

випадіння прямої кишки при дефекації (I стадія);

недостатність сфінктера заднього проходу I ступеню;

хронічний парапроктит з частими (два рази і більше на рік) загостреннями;

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 постанова приймається за пунктом "а" чи "б".

3) до пункту "в" належать:

ГЕРХ з ерозивним або катаральним езофагітом та нечастими загостреннями;

синдром подразнення товстої кишки;

хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту без порушення функції.

5. Стаття 53: наявність виразкової хвороби обов'язково повинна бути підтверджена ендоскопічним та/або рентгенологічним дослідженнями в умовах штучної гіпотонії. При виразковій хворобі та наявності рентгенологічного підтвердження за останні 3-5 років експертні висновки можуть бути зроблені на підставі ендоскопічних досліджень.

1) до пункту "а" належать:

екстирпація шлунка або його субтотальна резекція;

наслідки резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу з порушенням функції шлунково-кишкового тракту;

наслідки стовбурової або селективної ваготомії, ушивання (висічення) перфоративної виразки з наявністю ускладнень у вигляді демпінг-синдрому, порушення живлення II-III ступеня, 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.

2) 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 постгеморагічної анемії (лікована консервативно) або перфорацією (протягом 5 років після зазначених ускладнень);

виразкова хвороба, ускладнена грубою рубцевою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки при помірних порушеннях евакуаторно-моторної функції. Грубою деформацією дванадцятипалої кишки вважається деформація, яка виявляється при повноцінно виконаній дуоденографії в умовах штучної гіпотонії, що супроводжується сповільненою евакуацією (затримка контрастної речовини в шлунку більше 2 годин);

наслідки стовбурової або селективної ваготомії, резекції шлунка, накладення шлунково-кишкового анастомозу без ускладнень;

За графами I-III Розкладу хвороб 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 II-III Розкладу хвороб:

з виразковою хворобою, яка була ускладнена кровотечею (лікованою консервативно), перфорацією, а також множинними виразками за умови стійкої ремісії більше п'яти років;

з виразковою хворобою, яка була ускладнена кровотечею без розвитку постгеморагічної анемії.

У фазі ремісії захворювання достовірною ознакою перенесеної виразки цибулини дванадцятипалої кишки є післявиразковий рубець при ендоскопічному дослідженні 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.

6. Стаття 54: стандартом діагностики цирозу печінки є гістологічне дослідження біоптатів печінки, отриманих при черезшкірній чи лапароскопічній біопсії.

При технічних труднощах або відмові пацієнта від проведення дослідження діагноз цирозу печінки може бути підтверджений типовою клінічною картиною, характерною для даного захворювання: наявність портальної гіпертензії, зміни архітекτονіки органу, набряково-асцитичного синдрому, порушення білково-синтетичної функції, цитолітичного синдрому, синдрому холестазу, гепаторенального та гепатолієнального синдромів. Обов'язковим є дослідження крові на альфа-фетопротейн для виключення розвитку гепатоцелюлярного раку.

1) до пункту “а” належать:

цироз печінки (клас “А”, “В”, “С” за Чайльдом – Пью);

хронічні гепатити (крім вірусних), що мають тяжкий перебіг, важко лікуються або не піддаються лікуванню, зберігаються стійкі (більше 3 місяців) та значно виражені порушення функцій печінки (значна цитолітична активність з підвищенням показників трансаміназ > 10 разів), жовтяниця, стійке порушення білковосинтетичної функції, коагулопатія, печінкова енцефалопатія);

хронічні рецидивуючі панкреатити з тяжким перебігом (значною токсемією, розвитком панкреанекрозу, механічною жовтяницею), що

потребують хірургічного лікування, зі значним порушенням функції підшлункової залози, занепадом харчування, значною втратою ваги (ІМТ менше 19), інсулінзалежним панкреатогенним цукровим діабетом;

стан після резекції долі печінки (гемігепатектомії);

післяхолецистектомічний синдром, що супроводжується рецидивуючим холедохолітіазом, стриктурами зовнішніх та внутрішньопечінкових протоків, рецидивуючим холангітом, жовтяницями, частими загостреннями хронічного панкреатиту з важким перебігом та порушенням функцій;

наслідки резекції підшлункової залози з накладанням панкреатодигестивних анастомозів, накладання білідигестивних анастомозів, ускладнення після хірургічного лікування (жовчні, панкреатичні нориці).

2) до пункту “б” належать:

хронічні гепатити (крім вірусних) з частими загостреннями (більше 2 разів на рік) з помірним порушенням функцій (помірною активністю з підвищенням показників трансаміназ у 5–10 разів), минучою гострою печінковою недостатністю, жовтяницею) при задовільних результатах лікування при контрольному обстеженні в терміни до 3 місяців;

наслідки лікування панкреатиту з виходом у псевдокісту підшлункової залози;

стан після сегментарної або атипової резекції печінки;

жовчокам’яна хвороба, холестероз жовчного міхура, що супроводжуються частими загостреннями (більше 2 разів на рік) хронічного холециститу, холангіту та панкреатиту, при відмові від хірургічного лікування.

3) до пункту “в” належать:

хронічні гепатити (крім вірусних) з незначним порушенням функцій та (або) мінімальною активністю (при підвищенні рівня АЛТ до 5 разів);

відсутність жовчного міхура без проявів післяхолецистектомічного синдрому протягом 12 місяців після оперативного лікування;

хронічні безкам’яні холецистит та холангіт з частими (два та більше на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування;

хронічні панкреатити з частими (два та більше на рік) загостреннями з незначним порушенням секреторної та інкреторної функції;

безсимптомний перебіг хронічних холециститів з наявністю холестеринових поліпів або конкрементів жовчного міхура;

дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічні панкреатити, холециститу з рідкими загостреннями (менше двох разів на рік), що не потребують стаціонарного лікування при хороших результатах лікування.

7. Стаття 55: за наявності грижі обстежуваним за графами I-III Розкладу хвороб пропонується хірургічне лікування. Після успішного лікування вони придатні до військової служби та до навчання у ВВНЗ.

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

1) 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.

2) 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;

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 до навчання у ВВНЗ.

Наслідки та стани після оперативного лікування грижі у вигляді больового синдрому без ознак рецидиву не дають підстав для застосування цієї статті та не перешкоджають проходженню військової служби.

За наслідками та станами після оперативного лікування грижі з резекцією кишечника медичний огляд за графами I-III Розкладу хвороб проводиться з урахуванням ступеню порушення функцій кишечника за пунктами “а”, “б” чи “в” відповідних статей Розкладу хвороб.

8. Стаття 56: передбачає стани після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань органів травлення та їх хірургічного лікування.

Особам, що оглядаються за графою I, надається відстрочка на лікування і вони визнаються тимчасово непридатними до військової служби, навчання у ВВНЗ, за графами II-III Розкладу хвороб – тимчасово непридатними до військової служби за контрактом протягом року з подальшим оглядом залежно від результатів лікування.

Військовослужбовцям виносяться рішення про звільнення від виконання обов'язків військової служби або потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою. Відпустка надається у випадках, коли для відновлення працездатності необхідний термін – не менше 1 місяця.

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

1. Стаття 57: поширені форми хвороб шкіри та підшкірної клітковини характеризуються висипаннями на значній поверхні шкірного покриву, з ураженням двох та більше анатомічних областей.

Під обмеженими формами хвороб шкіри та підшкірної клітковини розуміють поодинокі осередки 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. Безперервно рецидивними формами вважаються форми з неповним клінічним одужанням після проведеного курсу лікування; загострення спостерігається в строк до одного місяця після виписки зі стаціонару.

1) віднесений до пункту “а” поширений безперервно рецидивуючий дифузний бляшковий псоріаз передбачає дуже тяжку форму захворювання (ураження понад 70% шкірного покриву) або тяжку форму захворювання (ураження понад 50% шкірного покриву) з ураженням шкіри в паховій ділянці, промежині, геніталіях або долонь і підшов з утворенням тріщин.

2) 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.

2. Стаття 58: під поширеною формою гніздового облісіння розуміють наявність трьох та більше вогнищ облісіння, де площа кожного з вогнищ не менше 2 x 2 см.

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

1) до пункту “а” належать вогнища вітиліго на відкритих ділянках тіла, які викликають значний косметичний дефект.

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

3. Стаття 59: 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 термін не менше одного місяця.

Після проведеної відпустки для лікування у зв'язку з хворобою медичний огляд проводиться залежно від результатів лікування з обов'язковим урахуванням можливості носіння військового одягу, взуття або спорядження за відповідними статтями Розкладу хвороб.

ХІІІ. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99), їх наслідки

1. Стаття 60:

1) до пункту "а" належать системні захворювання сполучної тканини, що характеризуються поліморфною картиною ураження (системний червоний вовчак, системна склеродермія, дерматоміозит, системні васкуліти, змішане захворювання сполучної тканини та інші) незалежно від вираженості змін з боку органів та систем, частоти загострень та ступеня функціональних порушень.

До цього пункту також належать ревматоїдний (у тому числі ювенільний), псоріатичний, подагричний артрит, спондилоартрит, анкілозуючий спондиліт з вираженими змінами в суглобах та хребті за даними рентгенографії (ІІІ стадія та вище), зі значними порушеннями функцій опорно-рухового апарату (порушення функції суглобів та хребта ІІ ступеня та вище) та/або ураженням інших органів та систем (системні форми з ураженням серця, судин, легень, нервової системи, нирок, очей), або збереженням високої активності процесу, незважаючи на лікування відповідно до діючих рекомендацій.

2) до пункту “б” належать повільно прогресуючі форми запальних захворювань суглобів та хребта з помірно вираженими ексудативно-проліферативними змінами та функціональною недостатністю суглобів і хребта до II ступеня за відсутності системних проявів.

До цього ж пункту належать васкуліти без ураження життєво важливих органів та систем (серця, великих судин, легень, центральної нервової системи, нирок, очей).

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

За цим пунктом також проводиться огляд призовникам, військовослужбовцям строкової служби із затяжним перебігом гострих запальних артропатій при збереженні незначних клініко-лабораторних ознак активності процесу (ШОЕ не більше 25 мм/год, СРБ не більше ніж у 2 рази вище норми).

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

2. Стаття 61: постанова про придатність до військової служби в разі захворювань кісток та суглобів приймається після стаціонарного обстеження та лікування. При цьому слід враховувати схильність захворювання до рецидивів або прогресування, стійкість ремісії та особливості військової служби. При незадовільних результатах лікування або відмові від нього постанова про придатність до військової служби приймається за пунктами “а”, “б” чи “в” залежно від ступеня порушень функцій на період медичного огляду.

1) до пункту “а” належать:

кістковий або фіброзний анкілоз великого суглоба в хибному положенні;

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

асептичний некроз головки стегнової кістки або інших кісток, що утворюють великі суглоби;

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

деформуючий артроз в одному з великих суглобів III-IV стадій (наявність грубих кісткових розростань суглобових країв не менше 2 мм, руйнування суглобового хряща – ширина суглобової щілини менше 2 мм) з частими (2 та більше разів на рік) рецидивами загострень, з больовим синдромом та деформацією вісі кінцівки;

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

псевдоартроз стегнової та великогомілкової кістки;

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 за графами II, III Розкладу хвороб, визначається за пунктом “б”.

2) до пункту “б” належать:

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

остеомієліт (у тому числі і первинно хронічний) з 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 синовіїтом суглоба та супроводжуються помірною гіпотрофією м'язів кінцівки.

3) до пункту “в” належать:

деформуючий артроз в одному з великих суглобів І 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;

несійкість і рецидивний синовіїт великих суглобів при помірних фізичних навантаженнях;

остеохондропатії з незакінченим процесом.

При остеохондропатіях із незакінченим процесом під час призову на строкову військову службу за графою І громадянам за статтею 65 Розкладу хвороб надається відстрочка від призову, після закінчення якої рішення про придатність або непридатність їх до військової служби приймається за пунктами “б” або “в” залежно від результатів лікування або при відмові від нього.

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 закладу охорони здоров'я (установи), рентгенограмами суглоба до та після усунення вивиху.

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

З приводу нестабільності великих суглобів пропонується хірургічне лікування. Після успішного хірургічного лікування стосовно військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою за статтею 65 з подальшим оглядом ВЛК. Огляд осіб за графою I після хірургічного лікування на великих суглобах або при відмові від нього проводиться за пунктами "а", "б" чи "в" цієї статті.

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

Таблиця 14

Оцінка обсягу рухів у суглобах (у градусах)

Суглоб	Рух	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Плечовий плечовим поясом	Згинання	180	115	100	80
	Розгинання	40	30	20	15
	Відведення	180	115	100	80
Ліктьовий	Згинання	40	80	90	100
	Розгинання	180	150	140	120
	Пронація	180	135	90	60
	Супінація	180	135	90	60

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

3. Стаття 62: 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 призовників та військовослужбовців з порожнистою стопою, слід мати на увазі, що стопи з підвищеними поздовжніми склепіннями часто є варіантом норми.

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

Плоска стопа без клінічних проявів є варіантом норми. При плоскостопості сплюснення склепіння часто не викликає ніяких суб'єктивних розладів, тому не може бути підставою для застосування цієї статті. Ця стаття передбачає фіксовану плоскостопість, яка виникає в результаті декомпенсації вальгусної стопи або внаслідок дитячої та юнацької плоскостопості, яка з чисто м'язової форми перейшла у зв'язково-суглобову фіксовану деформацію.

1) 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 променево-ліктьовий суглоб) або на рівні усіх п'ястних кісток, або відсутність усіх пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей;

відсутність: у правшій або лівшій – кисті на рівні 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 із кистей; першого пальця на рівні п'ястно-фалангового суглоба та другого – п'ятого пальців – на рівні дистальних кінців середніх фаланг на кожній із кистей; другого – п'ятого пальців – на рівні дистальних кінців основних фаланг на кожній із кистей; перших та других пальців на рівні п'ястно-фалангових суглобів на кожній із кистей (огляд військовослужбовців за графами II-III Розкладу хвороб у цих випадках проводиться за пунктом “б”);

кінська, п'ятова, варусна, порожниста стопа та інші необоротні різко виражені викривлення стоп, що роблять неможливим користування стандартним взуттям;

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

2) 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 за графами II-III у цих випадках проводиться за пунктом “в”);

плоскостопість 3-го 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;

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

3) 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 переломовивихи, 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 2-го ступеня за наявності остеоартрозу у суглобах стопи;

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 10°) з артрозом у суглобах передплесни;

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

пошкодження структур кисті та пальців, які не вказані в пунктах “а” чи “б”;

плоскостопість 1-го та 2-го ступенів без явищ артрозу у суглобах стопи.

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

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

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

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

У разі деформацій першого пальця стопи, що супроводжуються поперечною плоскостопістю та іншими деформаціями стопи, які затрудняють носіння стандартного взуття, огляд проводиться за пунктами “б” чи “в” залежно від ступеня порушень функцій.

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

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

Таблиця 15

Оцінка ступеня поздовжньої плоскостопості

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

4. Стаття 63: за наявності ампутаційних кукс кінцівок на будь-якому рівні після злоякісних новоутворень або захворювань судин (ендартеріїт, атеросклероз тощо) постанова приймається у тому числі й за статтями Розкладу хвороб, які передбачають основне захворювання.

За наявності ампутаційної куksi на будь-якому рівні верхньої та/або нижньої кінцівок огляд проводиться за цією статтею, окрім випадків, що передбачені статтею 62.

5. Стаття 64:

1) до пункту “а” належать:

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

травматична спондилопатія (хвороба Кюммеля);

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

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

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

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

корпородез або спондилодез хребта за наявності кейджу будь-якого типу та/або транспедикулярної конструкції;

корпорекомія за наявності будь-якого виду фіксації;

нестабільний спондилолістез більше 1/3 з неврологічною симптоматикою.

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

2) до пункту "б" належать:

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

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

поширений (ураження трьох та більше міжхребцевих дисків або тіл хребців у кожному з відділів хребта) деформуючий спондильоз 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;

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

стан після видалення міжхребцевого диска (для обстежуваних за графою I Розкладу хвороб).

3) до пункту “в” належать:

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця 16

Оцінка обсягу рухів хребта

Відстань	Рух	Норма	Обмеження рухів		
			незначне	помірне	значне
1	2	3	4	5	6
Від бугорка потиличної кістки до остистого відростка VII шийного хребця	Нахил голови вперед	3-4 см	2,5 см	2 см	< 2 см
	Відкидання голови назад	8-10 см	6-7 см	4-5 см	3 та менше см
	Повороти в шийному відділі хребта	85°	70-75°	60-65°	30-50°
Від остистого відростка VII	Згинання вперед	6-7 см	4-5 см	2-3 см	< 2 см

шийного хребця до I крижового хребця	Прогинання назад	5-6 см	3-4 см	2-2,5 см	< 2 см
	Повороти в попереково му та грудному відділах хребта	25-30°	19-24°	15-18°	10-14°

6. Стаття 65: призовники, які перенесли гострі запалення суглобів, до завершення лікування – тимчасово непридатні. У разі відсутності ознак запалення протягом 6 місяців (на воєнний час – через 3 місяці) після перенесеної гострої хвороби громадяни визнаються придатними до військової служби та навчання у ВВНЗ.

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

XIV. Хвороби сечостатевої системи (N00–N99), їх наслідки

1. Стаття 66: громадяни, які призиваються на військову службу (приймаються на військову службу за контрактом), вступають у ВВНЗ, та військовослужбовці, у яких виявлені ознаки захворювань нирок, підлягають стаціонарному обстеженню.

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

Таблиця 17

Критерії визначення ХХН

(зниження швидкості клубочкової фільтрації < 60 мл/хв./ $1,73$ м² та один із наступних, за їх наявності понад 3 місяці)

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

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

Таблиця 18

Діагностичні критерії стадій ХХН

Стадія ХХН	Характеристика стадії	ШКФ (мл/хв./ $1,73$ м ²)
1	2	3
I	Нормальна або висока ШКФ	≥ 90
II	Незначно знижена ШКФ	60-89
III	Помірно знижена ШКФ	30-59
IV	Виразено знижена ШКФ	15-29
V	Термінальна ниркова недостатність	< 15

Таблиця 19

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

Стадія ХНН	Ступінь ХНН	ШКФ (мл/хв./1,73 м ²) по CKD-EPI	Рівень креатиніну (ммоль/л)
I	0 ступінь	≥ 90	$< 0,123$
II	1 ступінь	$< 90 \geq 60$	$> 0,123 \leq 0,176$
III	2 ступінь	$< 60 \geq 30$	$> 0,176 \leq 0,352$
IV	3 ступінь	$< 30 \geq 15$	$> 0,352 \leq 0,528$
V	4 ступінь	< 15 або лікування методами діалізу	$> 0,528$

1) до пункту “а” належать хронічні захворювання нирок (хронічний гломерулонефрит, хронічний первинний пієлонефрит, амілоїдоз нирок тощо), ускладнені ХНН 2 – 4 ступеня або ХНН IV-V стадій.

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

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

3) за пунктом “в” оглядаються громадяни та військовослужбовці з хронічними захворюваннями нирок та незначним порушенням їх функції або ХНН I-II стадій.

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

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

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

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

2. Стаття 67:

1) до пункту "а" належать:

захворювання, що супроводжуються значно вираженими порушеннями видільної функції нирок або ХНН 2 – 4 ступеня;

сечокам'яна хвороба з ураженням обох нирок при незадовільних результатах лікування, які не піддаються оперативному лікуванню;

двобічний нефроптоз III стадії зі значними порушеннями функцій;

тазова дистопія нирок 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, гідронефрозом та вторинним хронічним пієлонефритом;

рецидив стриктури уретри після оперативного лікування чи бужування, що потребує повторного оперативного лікування, або систематичного бужування.

2) до пункту “б” належать:

сечокам’яна хвороба з частими (2 та більше разів на рік) нападами ниркової коліки, самостійним відходженням камінців та значним чи помірним порушенням функцій нирок;

нефункціонуюча нирка або відсутність однієї нирки, видаленої з приводу захворювань, без порушень функцій другої нирки;

двобічний нефроптоз II стадії з стійким больовим синдромом, вторинним двобічним пієлонефритом з частими загостреннями (2 та більше разів на рік, що потребують стаціонарного лікування), або вазоренальною гіпертензією;

однобічний нефроптоз III стадії;

тазова дистопія нирок з помірними порушеннями функцій;

склероз шийки сечового міхура при вторинних однобічних змінах сечовидільної системи (односторонній гідроуретер, гідронефроз, вторинний пієлонефрит тощо);

стриктура уретри, яка вимагає бужування не більше 2 разів на рік при задовільних результатах лікування.

3) до пункту “в” належать:

поодинокі камінці (до 0,5 см у діаметрі) нирок, сечоводів з рідкими (менше 2 разів на рік) нападами ниркової коліки без ХНН;

двобічний чи однобічний нефроптоз II стадії з незначними клінічними проявами та незначними порушеннями функцій нирок без ХНН;

хронічні захворювання сечовидільної системи (цистит, уретрит) з частими (2 та більше разів на рік) загостреннями, що потребують стаціонарного лікування;

тазова дистопія нирок з незначними порушеннями функцій;

наслідки (протягом не менше 1 року) після інструментального видалення або самостійного відходження поодинокого камінця із сечовивідних шляхів без повторного утворення камінців;

дрібні (до 0,5 см) поодинокі камінці нирок, сечоводів без порушення функції;

однобічний або двосторонній нефроптоз I чи II стадії без порушення видільної функції нирки.

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.

3. Стаття 68: при захворюваннях чоловічих статевих органів за показаннями пропонується хірургічне лікування.

1) до пункту “а” належать:

доброякісна гіперплазія передміхурової залози III стадії зі значним порушенням сечовиділення при незадовільних результатах лікування або відмові від оперативного лікування;

відсутність статевого члена чи обох яєчок.

2) до пункту “б” належать:

доброякісна гіперплазія передміхурової залози II стадії з помірним порушенням сечовиділення;

рецидивна (після повторного хірургічного лікування) одностороння або двостороння водянка яєчка або сім'яного канатика.

Одноразовий рецидив водянки оболонки яєчка або сім'яного канатика не є підставою для застосування пункту “б”.

3) до пункту “в” належать:

доброякісна гіперплазія передміхурової залози I стадії;

хронічні захворювання сечовидільної системи (цистит, уретрит, простатит тощо);

водянка яєчка або сім'яного канатика;

фімоз, інші хвороби чоловічих статевих органів без клінічних проявів.

Відсутність одного яєчка після видалення з приводу неспецифічного захворювання, поранення або інших пошкоджень не є підставою для застосування цієї статті, не перешкоджає проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ.

4. Стаття 69: під час медичного огляду жінок з хворобами молочної залози обов'язково повинен бути огляд мамолога і за необхідності (по показанням) проведення ультразвукового дослідження молочних залоз, мамографії.

При визначенні ступеня порушення функцій слід враховувати:

ступінь змін у молочних залозах;

поширеність патологічного (одно- або двостороннього) процесу;

наявність локалізованих ділянок ущільнення, кістозних змін;

вираженість больового синдрому при пальпації, нагрубання молочної залози;

частота і тривалість загострення захворювання та ефективність проведеного лікування.

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

1) до пункту "а" належать захворювання молочної залози з поширеними двосторонніми змінами або односторонніми змінами у молочних залозах та частими загостреннями.

2) до пункту "б" належать захворювання молочної залози з поширеними двосторонніми або односторонніми змінами у молочних залозах з нечастими загостреннями.

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

5. Стаття 70: передбачає хронічні запальні хвороби яєчників, маткових труб, тазової клітковини, очеревини, матки, шийки матки, піхви і вульви. Діагноз має бути встановлений у стаціонарних умовах.

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

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

3) пункт “в” передбачає хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів з незначними проявами та нечастими загостреннями.

6. Стаття 71:

1) до пункту “а” належать:

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

повне випадіння матки або піхви. 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 (сечостатевої, кишково-статевої) 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).

2) 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 статеву щілина розкривається і з'являється шийка матки або передня чи задня стінка піхви, але не виходить за її межі. При опущенні статевих органів, ускладнених нетриманням сечі, медичний огляд проводиться за пунктами “а” чи “б” залежно від результатів лікування. Дистопія матки без порушення функції не є підставою для застосування цієї статті та не перешкоджає проходженню військової служби, навчанню у ВВНЗ;

дисплазія шийки матки тяжкого ступеня;

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

3) до пункту “в” належать:

ендометріоз з незначними клінічними проявами;

дистопія матки, що супроводжується менорагіями, запорами, болями в ділянці куприка, низу живота;

незначне опущення стінок піхви;

рубцеві та спайкові процеси малого тазу без больового синдрому;

дисплазія шийки матки легкого та середнього ступеня;

статевий інфантилізм при задовільному загальному розвитку;

безпліддя та інші незапальні хвороби жіночих статевих органів з незначними порушеннями функцій.

7. Стаття 72: громадяни під час призову на строкову військову службу (при прийомі 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.

Військовослужбовцям строкової служби, які перенесли гострий гломерулонефрит навіть з хорошим результатом лікування, огляд проводиться за пунктом “а” статті 66 Розкладу хвороб, а військовослужбовці, оглянуті за графами II–III Розкладу хвороб, потребують відпустки для лікування у зв’язку з хворобою.

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 додатків; спайкової хвороби малого тазу – потребують відпустки для лікування у зв’язку з хворобою.

XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99), їх наслідки

1. Стаття 73: вагітні, незалежно від терміну та перебігу вагітності, на військову службу за контрактом не приймаються, визнаються непридатними до військової служби у військовому резерві, у національному персоналі, при вступі на навчання до ВВНЗ, до підготовки до участі та до участі у МО, а також – тимчасово непридатними за вимогами підпункту “г” пункту 20.3 глави 2 розділу II цього Положення. Вагітним військовослужбовцям-жінкам проходження військової служби за кордоном протипоказане.

Обсяг обстеження вагітних жінок-військовослужбовців, періодичність оглядів та переривання вагітності проводяться відповідно до стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів.

При ускладненнях перебігу вагітності лікування проводиться у стаціонарі.

XVI. Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (Q00-Q99), їх наслідки

1. Стаття 74: 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.

1) до пункту “а” належать:

мікроцефалія, вади з редукцією частини головного мозку, вроджена гідроцефалія, інші аномалії головного та спинного мозку зі значними порушеннями функцій нервової системи;

вроджені вади серця із СН ІІА стадії та вище;

вади розвитку бронхо-легеневого апарату та плеври зі значним порушенням функції зовнішнього дихання;

вади щелепно-лицевої ділянки (у тому числі розщілини піднебіння та губи);

вади органів травлення з вираженими клінічними проявами;

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

вроджений отосклероз;

відсутність однієї нирки (або припинення її функцій) з порушенням функцій нирки, яка залишилася, незалежно від ступеня їх вираження;

полікістоз нирок, гіпоплазія, дисплазія, подвоєння нирок та їх елементів, підковоподібна нирка, аномалії сечоводів або сечового міхура зі значними порушеннями функцій або хронічною нирковою недостатністю незалежно від ступеня;

вроджені вади ниркових судин з явищами вазоренальної гіпертензії та нирковими кровотечами;

вади статевих органів (відсутність статевого члена, обох яєчок, атрезія піхви тощо);

деформація таза, що супроводжується кіфосколіозами 2-3 ступенів або значним обмеженням рухів у кульшових суглобах;

варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги більше ніж на 5 см;

варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток більше 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок більше 15 см;

іхтіоз вроджений, іхтіозоподібна еритродермія.

2) до пункту “б” належать:

вроджені 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;

калиткова або промежинна гіпоспадія;

варусна деформація шийки стегнової кістки з укороченням ноги від 2 до 5 см;

варусне викривлення ніг, якщо відстань між виступами внутрішніх виростків стегнових кісток – від 12 до 20 см, або вальгусне викривлення, якщо відстань між внутрішніми кісточками гомілок – від 12 до 15 см;

іхтіоз рецесивний.

3) до пункту “в” належать:

атрезія слухового проходу при сприйнятті шепітної мови на друге вухо на відстані від 2 до 4 м;

поодинокі солітарні кісти нирок більше 2 см в діаметрі з незначним порушенням функції без ХНН;

затримка одного або обох яєчок у черевній порожнині, у пахвинних каналах або біля зовнішніх їх отворів;

свищ сечовипускного каналу від кореня до середини статевого члена;

варусна деформація шийки стегна з укороченням ноги менше ніж на 2 см; домінантний іхтіоз;

врожені вади серця (крім двостулкового клапана аорти) без ознак СН;

сакралізація п'ятого поперекового або люмбалізація першого крижового хребців;

незрошення дужок п'ятого поперекового або першого крижового хребців;

двостулковий клапан аорти без ознак серцевої недостатності або аортальної регургітації.

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

XVII. Травми, отруєння та деякі наслідки дії зовнішніх чинників (S00-T98), їх наслідки

1. Стаття 75: передбачає наслідки травм, поранень (від 4 місяців до 1 року з моменту отримання травми, поранення) області голови та шиї, а також наслідки травм від дії повітряної вибухової хвилі (акубаротравма, контузія) та інших зовнішніх чинників.

1) 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 20 см², заміщений пластичним матеріалом або аутокісткою;

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

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

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

наслідки травм у вигляді церебрально-злиплого або злипло-кістозного арахноїдиту з різким або помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (більше 400 мм.вод.ст.), вираженою гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків більше ніж на 20 мм), вестибулярними розладами тяжкого ступеня (визначаються відповідно до пояснень щодо застосування пункту “а” статті 35) та ліквородинамічними розладами (5 та більше криз на місяць), епілептичними нападами середньої частоти (до 3 разів на рік), з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 градусів на обох очах);

посттравматичний оптикохіазмальний арахноїдит з розвитком атрофії зорових нервів з вираженими розладами зору (у разі стійкого концентричного

звуження поля зору від точки фіксації до рівня менше 30 градусів на обох очах);

часті випадки епілептичних нападів (4 та більше разів на рік) посттравматичного характеру;

ураження черепно-мозкових нервів зі значними та помірними порушеннями функцій;

порушення діяльності ЦНС, які призводять до значних та помірних розладів сенсорних систем (порушення слуху, зору, нюху, смаку, відчуття рівноваги), голосоутворення і мовлення;

наслідки післятравматичних дисекцій, оклюзій, стенозів аневризм судин головного мозку зі значним порушенням функцій ЦНС;

ушкодження структур слухової системи (переломи кісток та ушкодження тканин білявушної ділянки, перелом піраміди скроневої кістки, руйнування структур середнього та внутрішнього вуха, ураження слухового нерва та центральних відділів слухового аналізатора тощо). Визначення ступеня порушення слуху здійснюється відповідно до пояснень щодо застосування статті 36, де наведені відомості стосовно класифікації ступеней порушення слухової функції. Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35;

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

післятравматичний анофтальм одного чи обох очей;

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

2) до пункту “б” належать:

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

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

дефекти та деформації кісток щелепно-лицевої ділянки після ортопедичних методів лікування із задовільними результатами;

наслідки травм головного мозку, за яких осередкові симптоми та розлади функцій не досягають ступеня вираженості, передбаченого пунктом “а”;

посттравматичний арахноїдит з помірним підвищенням внутрішньочерепного тиску (300-400 мм.вод.ст.), помірною гідроцефалією (розширення передніх рогів бокових шлуночків до 15-20 мм), помірними ліквородинамічними розладами (3-4 кризи на місяць), епілептичними нападами низької частоти, з розвитком атрофії зорових нервів з помірним розладом зору (у разі стійкого концентричного звуження поля зору від точки фіксації до рівня від 30 до 45 градусів на обох очах);

паралічі мімічних м'язів внаслідок ушкодження основного стовбура або великих гілок черепних нервів;

наслідки перелому основи черепа;

ураження черепно-мозкових нервів з помірними порушеннями функцій;

порушення діяльності ЦНС, які призводять до помірних розладів сенсорних систем (порушення слуху, зору, нюху, смаку, відчуття рівноваги), голосоутворення і мовлення;

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

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

3) 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) вдавлені переломи кісток черепа без органічного ураження центральної нервової системи та порушення функцій;

наслідки травматичного пошкодження горла, трахеї, гортані у вигляді незначного порушення функції зовнішнього дихання;

наслідки травм (поранень) ока та орбіти, зорового нерва та його провідних шляхів, при яких порушення зорових функцій не досягають ступеня вираженості, вказаному у пункті “б”;

факт травми головного мозку (понад рік після перенесеної травми, поранення) за відсутності порушень функцій нервової системи.

При наслідках інших травм (поранень), які включені 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 з застосуванням статті 14 Розкладу хвороб.

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

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

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

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

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

2. Стаття 76:

1) до пункту “а” належать:

стани після свіжих (до 4 місяців після травми) множинних проникних нестабільних переломів тіл двох та більше хребців II-III ступенів компресії незалежно від результатів лікування;

наслідки переломів (від 4 місяців до 1 року після травми), вивихів та переломовивихів тіл хребців після хірургічного лікування із застосуванням спондило- або корпородезу (ступінь придатності до військової служби військовослужбовців за графами II–III визначається за пунктами “а” чи “б”;

віддалені наслідки (більше 1 року 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 односторонніх переломів кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця при незадовільних результатах лікування;

наслідки травматичних пошкоджень спинного мозку (струс, забій, здавлення тощо) з тяжкими 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 однобічному процесі: плеча – більше 4 см, передпліччя – більше 3 см, стегна – більше 8 см, гомілки – більше 6 см);

стани після свіжих (до 4-х місяців після поранення, травми) при повному та частковому до 75% анатомічному пошкодженні на рівні сплетінь, плеча та стегна за наявності виражених та стійких рухових, чутливих розладів без розладів трофіки, що підтверджено даними ЕНМГ, УЗД, МРТ;

хронічні трофічні виразки, пролежні, а також наслідки пошкоджень, які супроводжуються стійким больовим синдромом.

2) до пункту “б” належать:

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, зазначеного в пункті “а”;

наслідки травм і поранень нервів, нервових корінців та сплетінь, при яких через парез групи м'язів або окремих м'язів помірно порушується основна функція кінцівки.

3) до пункту “в” належать:

стан після свіжого неускладненого перелому тіла хребця I ступеня (військовослужбовцям за контрактом надається відпустка для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) на підставі статті 81 Розкладу хвороб);

наслідки неускладненого перелому дужок, відростків хребців за наявності незначного порушення функції хребта і больового синдрому після лікування та відпустки для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва);

наслідки травматичного пошкодження спинного мозку, за яких у неврологічному статусі виявляються незначні розлади рухових або чутливих функцій у поєднанні з вегетосудинною нестійкістю;

наслідки пошкоджень нервів, нервових корінців та сплетінь, за яких функція кінцівки незначно порушується.

4) до пункту "г" належать:

віддалені наслідки травм спинного мозку без порушень рухових, чутливих та інших функцій нервової системи;

віддалені наслідки пошкоджень нервів, нервових корінців та сплетінь, коли їхні функції повністю відновлені, а незначно виражені чутливі порушення в зоні іннервації пошкодженого нерва практично не обмежують функцію кінцівки.

Наслідками переломів вважаються сукупність змін, що виникли в період від 4 місяців до 1 року від моменту отримання травми.

Віддаленими наслідками переломів вважаються сукупність змін, що виникли в період більше 1 року від моменту отримання травми.

3. Стаття 77:

До пункту "а" належать пошкодження внутрішніх органів грудної, черевної порожнини, позаочеревено, органів тазу, політравми внаслідок травм (поранень):

бронхолегеневого апарату із значним порушенням функції зовнішнього дихання;

розповсюджена облітерація перикарда, аневризми серця або аорти;

стан після резекції стравоходу, шлунка, тонкої або товстої кишки, накладання шлунково-кишкових анастомозів при вираженому занепаді живлення або значному порушенні функції травлення (демпінг-синдром, що не піддається лікуванню, стійкі проноси);

стан після накладання білідигестивних анастомозів;

жовчні або панкреатичні нориці при незадовільних результатах лікування;

стан після резекції долі печінки (гемігепатектомії) або резекції підшлункової залози з накладанням панкреатодигестивних анастомозів;

відсутність нирки при порушенні функції нирки, яка залишилась, незалежно від ступеня її вираженості;

повний розрив промежини (розрив, за якого цілісність м'язів промежини порушена повністю і вони заміщені рубцевими тканинами, які переходять на стінку прямої кишки, недостатність сфінктера заднього проходу III з його деформацією);

стан після видалення легені;

стан після ушкодження органів двох або більше порожнин з помірними порушеннями їх функцій.

За наслідками поранень грудної клітки, поранень серця, перикарда після оперативного видалення чужорідних тіл з середостіння, перикарду, серця, розташованих біля кореня легені, серця або біля великих судин, трахеї, головних бронхів, стравоходу, медичний огляд за графами I–III Розкладу хвороб проводиться з урахуванням порушення функцій гемодинаміки, зовнішнього дихання тощо за пунктами “а”, “б” чи “в” відповідних статей Розкладу хвороб.

2) 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;

стан після сегментарної або атипової резекції печінки;

відсутність нирки при нормальній функції нирки, яка залишилась.

3) 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.

4) до пункту “г” належать віддалені наслідки (1 і більше років після травми, поранення) травм і поранень органів грудної, черевної порожнин,

органів, розташованих позаочеревинно, та органів таза після стаціонарного обстеження з виходом в одужання.

За наявності чужорідних тіл, розташованих в корені легені, в серці, в перикарді або безпосередньо біля великих судин, при неможливості їх видалити або при відмові пораненого медичний огляд проводиться за пунктом “а”, незалежно від ускладнень та порушення функції органів та систем.

При проведенні медичного огляду поранених (травмованих) військовослужбовців, які завершили лікування та повернулися з відпустки для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва), за наявності у них помірних змін функції зовнішнього дихання – визнавати непридатними до служби в підрозділах спеціального призначення, ДШВ, морській піхоті, спеціальних спорудах або повторно приймати постанову про потребу у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва).

При наявності у таких пацієнтів значних рентгенологічних та/або ендоскопічних змін (посттравматичний пневмофіброз, що поширюється на долю легені та більше; рубцеві деформації трахеї та бронхів) – приймати постанову про непридатність до військової служби з переоглядом через 6 -12 місяців.

При наявності у таких пацієнтів незначних змін функції зовнішнього дихання – приймати постанову про придатність до військової служби.

4. Стаття 78:

1) до пункту “а” належать:

неправильно зрощені вертикальні переломи кісток таза з порушенням цілісності тазового кільця;

наслідки переломів кісток таза з пошкодженням тазових органів при незадовільних результатах лікування;

наслідки центрального вивиху стегнової кістки (анкілоз або деформуючий артроз кульшового суглоба III-IV ступенів та деформація вісі кінцівки);

наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток зі значними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини;

2) до пункту “б” належать:

наслідки центрального вивиху стегнової кістки з помірними порушеннями функцій кінцівки;

наслідки перелому шийки стегна при незадовільних результатах лікування;

укорочення (у тому числі відносно) верхньої кінцівки від 5 до 8 см включно або нижньої кінцівки – від 2 до 5 см включно;

наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з помірними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини.

3) до пункту “в” належать:

наслідки перелому шийки стегна, що лікувався з використанням остеосинтезу при незначних порушеннях функцій кульшового суглоба;

невилучені металеві конструкції;

наслідки (віддалені наслідки) переломів довгих та інших кісток з незначними порушеннями функцій кінцівки або функції зовнішнього дихання при множинних переломах ребер та грудини;

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

віддалені наслідки (більше 1 року) травм і поранень верхніх та нижніх кінцівок, ізольовані переломи кісток (у тому числі і таза без деформації тазового кільця), суглобів та їх капсульно-зв'язкового апарату, м'язів, сухожилків та кровоносних судин за відсутності порушень функцій.

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

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

При проведенні медичного огляду поранених (травмованих) військовослужбовців, які мають множинні ушкодження ребер (більше 3), грудини, лопатки з наявністю кісткових дефектів, деформації грудної клітини та незначні або помірні зміни функції зовнішнього дихання, – визнавати непридатними до служби в підрозділах спеціального призначення, ДШВ, морській піхоті, спеціальних спорудах.

5. Стаття 79:

1) 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 20% площі шкіри тіла та ускладнених амілоїдозом нирок;

тяжка акубаротравма.

Вибухова травма - це бойове багатофакторне ураження, яке виникає внаслідок сукупної ушкоджуючої дії на організм людини ударної хвилі, газових струменів, вогню, токсичних продуктів вибуху та горіння, уламків корпусу боєприпасів, вторинних снарядів. Вибухова травма завжди супроводжується впливом звуків високої інтенсивності, що може спричинити акубаротравму.

Акубаротравма – це насамперед ураження слухової системи, тому завжди супроводжується порушеннями слухової функції. Тяжка акубаротравма – це симптомокомплекс, що проявляється низкою клінічних проявів у різних

комбінаціях, які суттєво впливають на стан пацієнта: значним, часто прогресуючим, зниженням слухової функції (зокрема, підвищенням порогів слуху до тонів), порушеннями розбірливості мови, змінами у центральних відділах слухового аналізатора, посиленою або спотвореною чутливістю до звуків, непереносимістю гучних звуків (явища феномену прискореного зростання гучності), суб'єктивним вушним шумом, вестибулярними дисфункціями. Тяжка акубаротравма може супроводжуватися системними (екстраауральними) проявами (насамперед, порушеннями з боку серцево-судинної та центральної нервової систем), психоемоційними розладами, порушеннями зору, нюху і мовлення (голосу). Діагноз встановлюється у закладах охорони здоров'я (установах) з використанням інструментальних методів обстеження.

Ступінь порушення слухової функції визначається за допомогою результатів аудіометричного обстеження за рівнем порогів слуху до тонів в дБ. При цьому розраховується середнє арифметичне значення порогів слуху на тони чотирьох частот – 0,5; 1; 2 і 4 кГц – на тональній аудіометричній кривій пацієнта і порівнюється з стандартизованими орієнтирами згідно затвердженої класифікації. Визначення ступеня порушення слуху здійснюється відповідно до пояснень щодо застосування статті 36, де наведена Міжнародна класифікація. Тяжка акубаротравма встановлюється при порушення слуху важкого ступеня і вище; може бути встановлена при прогресуючій сенсоневральній приглухуватості середньо-важкого ступеня у поєднанні з важкими вестибулярними проявами (ознаки розладів важкого ступеня за однією або кількома вестибулометричними методиками обстеження) і вираженими системними проявами.

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

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

Ступені порушення голосової та супутньої дихальної функції визначаються, у тому числі, відповідно до пояснень щодо застосування статті 45.

Тяжкість акубаротравми визначається при поєднанні уражень кількох органів і систем, насамперед, слухового і вестибулярного аналізаторів на фоні екстраауральних проявів а також, можливо, розладів нюхового аналізатора, зору, системи голосоутворення. Саме комплексне ураження обумовлює загальний тяжкий стан пацієнта. Тому тяжка акубаротравма визначається у випадку ураження не менше двох систем з тяжким ступенем ураження однієї з них, обов'язково – слуховими і вестибулярними розладами, як правило, на фоні екстраауральних змін. Порушення мовлення (голосу), нюху та зору при акубаротравмі є ознаками тяжкої акубаротравми.

2) до пункту “б” належать:

наслідки термічних та хімічних опіків, які помірно обмежують рухи в суглобах або значно утруднюють носіння військової форми одягу, взуття і спорядження, у вигляді келоїдних, гіпертрофічних рубців, що не вкриваються виразками, а також рубців, які спотворюють обличчя, при незадовільних результатах лікування або відмові від нього;

стан після перенесених глибоких опіків від 10 до 20% площі шкіри тіла;

стан після перенесеної гострої променевої хвороби після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування;

незначні стійкі зміни у функціях органів і систем як наслідок перенесених гострих отруєнь бойовими отруйними речовинами (БОР), компонентами ракетного палива (КРП) після повного курсу стаціонарного та реабілітаційного лікування;

акубаротравма середнього ступеня тяжкості – без тяжкого ураження слухового і вестибулярного аналізаторів, порушень нюху, зору і мовлення (голосу). Випадки з середнім ступенем слухових і вестибулярних порушень, без

виражених системних змін та ураження інших сенсорних систем і порушень голосоутворення. Ступені порушення вестибулярної функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 35. Ступені порушення слухової функції визначаються відповідно до пояснень щодо застосування статті 36.

3) до пункту “в” належать:

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

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

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

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

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

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

При оцінці обсягу рухів у суглобах слід керуватися таблицею “Оцінка обсягу рухів у суглобах” (в градусах), що викладена 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 в тому числі за відповідними статтями Розкладу хвороб залежно від ступеня порушень функцій органів і систем.

За ступенем патогенності мікроорганізми I–II груп патогенності відповідно до вимог ДСП 9.9.5.035.99 “Безпека роботи з мікроорганізмами I–II груп патогенності”, затверджених постановою головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року № 35, поділяються:

перша група:

збудник особливо небезпечної бактеріальної інфекції – чуми;

вірусні збудники геморагічних лихоманок (Марбурга, Ебола, Ласса, Хуанін, Мачупо та Конго-Кримської), натуральної віспи та мавпячого вірусу В;

друга група:

збудники небезпечних бактеріальних інфекцій: холери, сибірської виразки, сапу, меліойдозу, 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 гарячок, ящуру, гарячок з менінгіальним синдромом та артрити;

рикетсії КУ-лихоманки, епідемічного висипного тифу та хвороби Бриля, висипного тифу щурів, гарячки цуцугамуші, плямистої гарячки Скелястих гір, везикулярного рикетсіозу;

грибкові інфекції бластомікозу, кокцидоїдозу та гістоплазмозу;

хламідії орнітозу (пситакозу);

отрути біологічного походження – ботулінічні токсини всіх видів, правцевий токсин та отрута павука каракурта.

Перелік особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 1995 року № 133.

6. Стаття 80: серед найбільш розповсюджених гострих отруєнь, які зустрічаються в практиці військових лікарів, є:

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

Метиловий спирт використовується як компонент моторного та ракетного палива.

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

Наслідки отруєнь вказаними спиртами та їх ефірами залежать від своєчасного надання невідкладної допомоги з проведення всього комплексу реанімаційних та лікувальних заходів та наявності ранніх стійких незворотних ускладнень з боку органів і систем (зору, ЦНС, серцево-судинної системи, нирок тощо).

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

3) отруєння лікарськими засобами, медикаментами зустрічаються переважно в побутових умовах, у тому числі й у військових колективах. У першу чергу 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 МО.

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

Потребу у звільненні від виконання обов'язків військової служби або у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою, у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) після проведеного лікування ВЛК вирішують у кожному окремому випадку індивідуально за статтею 81 Розкладу хвороб.

7. Стаття 81: передбачає стани після перенесених гострих травм, поранень, отруєнь та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин громадянами та військовослужбовцями, які лікувалися консервативними або хірургічними методами.

Після переломів дрібних кісток, кісточок, поперечного або остистого відростка хребця, видалення металевих та інших конструкцій щодо військовослужбовців приймається постанова про потребу у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) або у звільненні від виконання службових обов'язків, а щодо громадян, які приймаються на

військову службу за контрактом, приймається постанова “тимчасово непридатні” (призовникам надається відстрочка від призову).

Постанова про тимчасову непридатність приймається (громадянам, за графою I Розкладу хвороб, надається відстрочка від призову) на строк до 12 місяців, коли для повного відновлення функціональних розладів органів, систем потрібен термін більше одного місяця.

У разі неускладнених закритих переломів довгих або інших кісток, що потребують тільки іммобілізації гіпсовою пов'язкою або з приводу яких виконано металоостеосинтез, військовослужбовці за контрактом можуть бути виписані із закладу охорони здоров'я (установи) на амбулаторне лікування з оглядом ВЛК для визначення потреби у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) 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 для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) проводиться після завершення лікування у лазареті.

Військовослужбовці строкової служби з переломами довгих кісток, які лікувалися зануреним металоостеосинтезом, після появи ознак формування кісткового мозоля можуть бути направлені командиром військової частини на обстеження та медичний огляд для встановлення ступеня придатності до військової служби.

При залишкових явищах після перенесених гострих отруєнь, токсичної дії речовин та інших зовнішніх чинників військовослужбовцям приймається постанова про потребу у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) або у звільненні, а для громадян – про тимчасову непридатність (надається відстрочка).

Після реалізованої відстрочки на лікування щодо громадян під час призову на військову службу (прийому на військову службу за контрактом), вступу у 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.

XVIII. Інші хворобливі прояви, які не внесені до Розкладу хвороб

1. Стаття 82: передбачає недостатній фізичний розвиток, конституціональну високорослість, незбалансоване харчування.

Висновок про рівень фізичного розвитку особи з конституціональною високорослістю, з незбалансованим харчуванням дається на підставі індивідуальної оцінки ступеня розвитку м'язової системи, зросту та ваги тіла, окружності грудної клітки, ступеня вираженості підшкірно-жирової клітковини після стаціонарного обстеження з метою виключення патології (ендокринної системи, органів травлення).

Громадяни та військовослужбовці з хорошим фізичним розвитком та збалансованим харчуванням, пропорційною будовою тіла, на зріст не менше 150 см і вагою тіла 45 кг та більше, визнаються придатними до військової служби, до навчання у ВВНЗ та призначаються за видами (родами) військ, військової спеціальності відповідно до ТДВ.

2. Стаття 83:

1) до пункту “а” належать: сімейна дизавтономія (Райлі-Дея), багатосистемна дегенерація, нейрогенна ортостатична гіпотензія (синдром Шая-Дрейджера).

2) до пункту “б” належить значно виражена ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність – синдром Бредбері-Еглстона) з частими синкопальними станами (прості та судомні

знепритомнення 1 раз на місяць і частіше), які підтверджуються військовими або медичними документами.

3) до пункту “в” належить ідіопатична периферична вегетативна невропатія (ідіопатична вегетативна недостатність – синдром Бредбері-Еглстона) з помірно вираженими проявами, синкопальними станами (прості та судомні знепритомнення рідше 1 разу на місяць), які підтверджується військовими або медичними документами.

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

Психогенну вегетативну дистонію з гіпервентиляційним та кардіалгічним синдромами розглядати як соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи (F45.3 за МКХ 10) згідно зі статтею 17 Розкладу хвороб.

Психовегетативні пароксизми – панічні розлади (F41.0 за МКХ 10) розглядати згідно зі статтею 17 Розкладу хвороб.

3. Стаття 84: передбачає ангіотрофоневроз кінцівок як особливу форму ангіодистонії.

1) до пункту “а” належать ангіотрофоневрози III–IV стадій (гангренозно-некротична форма), для яких характерна наявність фліктен, надзвичайно болючих поверхневих виразок на кінчиках пальців, які активні або загоюються, акросклероз, склеродактилія, дистрофічні зміни нігтьових пластин, підвищена вразливість пальців, абсолютна непереносимість низьких температур. Порушення тону судин та кровонаповнення кінцівок підтверджуються результатами капіляроскопії, та реовазографії.

2) до пункту “б” належать ангіотрофоневрози I–II стадії, печія, біль, блідість, оніміння пальців, які виникають при переохолодженні, проявляються протягом 6 місяців від початку захворювання і характеризуються (від кількох хвилин до години) нападopodobним больовим синдромом, що супроводжується акроціанозом пальців, незначним та помірним гіпергідрозом та незначним їх

набряком, з незначним та відсутністю позитивного результату від повторних курсів лікування.

4. Стаття 85: передбачає заїкання із захлинанням як особливі розлади емоцій.

1) до пункту “а” належать заїкання із захлинанням високого ступеня, що охоплює весь мовний апарат та робить мову малозрозумілою.

2) до пункту “б” належать стійкі, що не піддаються тривалому, систематичному лікуванню, афонії функціонального походження.

Якщо є заїкання, то оглянутий підлягає поглибленому обстеженню невропатологом, психіатром, оториноларингологом, а за можливості – й логопедом. Обстеження таких осіб проводиться у неврологічному стаціонарі.

Експертний висновок про ступінь придатності до військової служби виносить невропатолог на підставі даних обстеження та ретельного вивчення документів, одержаних з військової частини, ТЦК та СП, з місця навчання або роботи.

Ступінь вираження заїкання визначається шляхом динамічного нагляду за станом мовної функції в різних умовах та оцінюється за моментом найбільш вираженого прояву захворювання.

Суттєве значення в експертній оцінці має характеристика командування та вказівка на те, якою мірою заїкання впливає на виконання військовослужбовцем службових обов’язків на займаній посаді.

Помірним заїканням, яке не обмежує придатності оглянутого до військової служби, вважається лише затримка вимови (спотикання) на початку фрази, решта слів невеликої фрази на одному диханні вимовляється вільно або злегка сповільнено, але без повторювання слів.

5. Стаття 86: передбачає наявність неорганічного енурезу.

Громадяни та військовослужбовці, які страждають на нічне нетримання сечі, направляються на стаціонарне обстеження та лікування. Факт наявності

нічного нетримання сечі повинен бути підтверджений службовою, медичною характеристиками та актами спостереження з військової частини.

Обстеження повинно бути повним і комплексним за участю невропатолога, уролога та психіатра. Якщо нетримання сечі є одним із симптомів захворювання нервової або сечостатевої систем, то постанова приймається за статтею Розкладу хвороб, яка передбачає основне захворювання.

За відсутності патології з боку сечостатевої системи експертний висновок виносить невропатолог.”

3) додаток 3 викласти в такій редакції:

“Додаток 3
до Положення
про військово-лікарську експертизу
в Збройних Силах України
(пункт 1.2 глави I розділу II)

Таблиця

додаткових вимог до стану здоров'я

Перелік хвороб, статті Розкладу хвороб. Показники фізичного розвитку	Назви родів військ (сил), частин, підрозділів, окремих військово-облікових спеціальностей, шкідливих факторів військової служби, кандидатів на навчання у ВВНЗ, осіб, які несуть службу у спеціальних спорудах										
	Графа 1	Графа 2	Графа 3	Графа 4	Графа 5	Графа 6	Графа 7	Графа 8	Графа 9	Графа 10	Графа 11

		Механіки-водії та члени екіпажів танків, самохідно- артилерійських установок, інженерних машин на базі танків, бойових броньованих машин, пускових установок ракетних частин										
		Підрозділи спеціального призначення										
		ДШВ, морська піхота в особливий період під час оголошення мобілізації та/або введення правового режиму воєнного стану										
		Штурмові підрозділи Сухопутних військ та Сил територіальної оборони Збройних Сил України										
		Підводні човни, надводні кораблі ВМС Збройних Сил України										
		Водолаз, водолазний спеціаліст, лікар медичної групи рятувального загону, лікар-фізіолог, оператор жорстких пристроїв, водолаз-глибоководник, акванавт										
		Національний контингент, національний персонал, що не входить до складу національного контингенту, які залучаються у складі військових підрозділів до участі в МО										
		Особи, які відбираються для служби та які проходять службу з ДІВ, КРП, джерелами ЕМП, джерелами ЛВ, мікроорганізмами І-ІІ груп патогенності, особливо небезпечними інфекційними хворобами										
		Особи, які не мають офіцерського звання та вступають до військових навчальних закладів, військових підрозділів вищих навчальних закладів та навчаються в них										
		Особи, які мають офіцерське звання та вступають до військових навчальних закладів, військових підрозділів вищих навчальних закладів та навчаються в них										
		Особи, які призначаються на посади та несуть службу у спеціальних спорудах										
Графа		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Зріст (см)	Не вище	180				185	190					180
	Не нижче									150		
Вага (кг)	Не більше	90				90						
	Не менше											
Гострота зору для віддалі без корекції (не нижче)		водії 0,8/0,4, члени екіпаж у 0,5/0,1	0,5/0,5	0,5/0,5	0,5/0,5	0,5/0,4	0,6/0,6	0,6/0,6	0,5/0,2			0,5/0,4
Гострота зору з корекцією										0,8/0,5	0,5/0,4	
Кольорова відчуття	дихромазія	НП	НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП
	Аномальна трихро						НП			А, В – НП С –	А, В – НП С –	НП

	мазія будь- якого типу									придат ні	придат ні	
Обмеження полів зору більше ніж на 20° на одному оці						НП				НП	НП	
Рефракція						Коро- ткосо- рість або далеко- зорість не більше 1,0Д/1, 0Д				Коро- ткосо- рість або далеко- зорість 4,0Д/4, 0Д, астигма- тизм 2,0Д/2, 0Д	Коро- ткосо- рість або далеко- зорість 6,0Д/6, 0Д, астигма- тизм 3,0Д/3, 0Д	
Слух, шепітна мова (метрів, не менше)	водії 3/3; члени екіпаж у 1/4 або 3/3	4/4	4/4	4/4	4/4	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/3 або 4/4	5/5
	вираху- ване серед- ньоари- фметич- не значен- ня порогів слуху на частот- тах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними поро- гової тональ- ної аудіо- метрії складає	по всій тона- льній шкалі і до 15дБ *	по всій тона- льній шкалі і до 15дБ *	по всій тона- льній шкалі і до 15дБ*	по всій тона- льній шкалі і до 15дБ *	по всій тональ- ній шкалі до 10дБ*	по всій тональ- ній шкалі до 10дБ*	по всій тональ- ній шкалі до 10дБ*	по всій тональ- ній шкалі до 10дБ *	вираху- ване серед- ньоари- фметич- не значен- ня порогів слуху на частот- тах 0,5; 1; 2 та 4 кГц за даними поро- гової тональ- ної аудіо- метрії складає до	по всій тона- льній шкалі і до 10дБ *	

	до 34,9дБ*									34,9дБ*	
Стаття 1-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп	нп	нп
Стаття 2-в		нп	нп		нп	нп	нп				нп
Стаття 4-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 4-в		нп	нп		нп	нп	нп	нп			
Стаття 5-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 5-в		нп	нп		нп	нп	нп	нп			
Стаття 8-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 9-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 10-б		нп	нп			нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 12-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 13-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп
Стаття 14-б	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 15-б	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 16-б	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 17-б	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп
Стаття 18-б	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 19-б	нп	нп	нп		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 20-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 21-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 22-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 23-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп
Стаття 25-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 26-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп
Стаття 27-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп
Стаття 28-б	водії - нп	нп	нп		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 29-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 30-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 31-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп
Стаття 31-в	водії - нп	нп			нп	нп	нп	нп	нп	нп	
Стаття 34-б		нп			нп	нп	нп	нп	нп		
Стаття 35-б		нп			нп	нп	нп	нп	нп		
Стаття 36-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп			нп
Стаття 38-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп	нп	нп
Стаття 39-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп	нп	нп
Стаття 40-б		нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп	нп	нп
Стаття 41-б	водії - нп	нп	нп	нп	нп	нп	нп		нп	нп	нп

Стаття 42-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 43-б	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 45-б		НП			НП	НП	НП	НП			
Стаття 46-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	КРП-НП	НП	НП	НП
Стаття 46-в						НП		КРП-НП	НП		
Стаття 47-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	КРП-НП	НП	НП	НП
Стаття 47-в		НП				НП		КРП-НП	НП		
Стаття 49-б					НП	НП	НП	НП			
Стаття 49-в					НП	НП	НП	НП			
Стаття 51-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 51-в					НП	НП	НП	НП			
Стаття 52-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 53-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП		НП
Стаття 54-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	КРП-НП	НП	НП	НП
Стаття 55-б		НП	НП			НП	НП		НП		
Стаття 57-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 58-б						НП	НП	НП			
Стаття 60-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 61-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 62-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 64-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 66-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП		НП
Стаття 67-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 68-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП			НП
Стаття 69-а		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 70-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 71-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 73-б		НП	НП	НП		НП	НП	НП	НП		
Стаття 74-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП		НП
Стаття 75-б	водії - НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 76-в		НП			НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 77-в		НП			НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 78-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 79-б		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 79-в						НП	НП	НП			
Стаття 80-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 83-б	водії - НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 84-б		НП	НП		НП	НП	НП	НП	НП		НП
Стаття 85-а		НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП
Стаття 85-б						НП	НП	НП	НП		
Стаття 86		НП	НП			НП	НП	НП	НП		

Примітка:

НП - непридатні.

КРП –компоненти ракетного палива

* - величини відстані сприйняття шепітної мови (ШМ) та розмовної мови (РМ), а також камертональні проби застосовуються лише як орієнтири для відбору

пацієнтів до подальшого обстеження і не можуть бути підставою для визначення ступеня втрати слуху. Таке дослідження сприйняття мови здійснюється на етапах, де немає можливості аудіометричного обстеження. Якщо при акустичному дослідженні отоларингологом виявляється відхилення від вимоги, то тоді пацієнт (обстежуваний) потребує подальшого обстеження. У разі якщо акуметрія відповідає вимогам, проведення суб'єктивної аудіометрії не обов'язкове”

4) у додатку 4:

після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”;

доповнити новим абзацом такого змісту:

“Відмітка про ознайомлення з постановою ВЛК

(підпис, ім'я та прізвище оглянутого, дата ознайомлення)”.

5) у додатку 5 слово “де” виключити.

6) у додатку 7:

після слова “Діагноз” доповнити словами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”;

слово ““А”” виключити.

7) у додатку 8 слово ““А”” виключити.

8) у додатку 9:

після слів “Встановлений діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”;

доповнити новим абзацом такого змісту:

“Відмітка про ознайомлення з постановою ВЛК

(підпис, ім'я та прізвище оглянутого, дата ознайомлення)”.

9) у додатку 10 після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

10) у додатку 11 після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

11) у додатку 12 після слів “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

12) у додатку 13 пункти 9–12 вважати пунктами 8–11 відповідно, слова “військового комісара” замінити словами “керівника ТЦК та СП”, після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

13) у додатку 16 після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

14) у заголовку графи 5 додатку 17 після слова “Діагноз” доповнити словами та цифрами “(включаючи код, згідно чинного НК 025)”.

15) у додатку 18:

заголовок додатка викласти в такій редакції:

“Перелік

медичних протипоказань для військовослужбовців та членів їх сімей, які виїжджають за кордон у відрядження та при поверненні їх з-за кордону за медичними показаннями”.

16) у додатку 19:

заголовок додатку викласти в такій редакції:

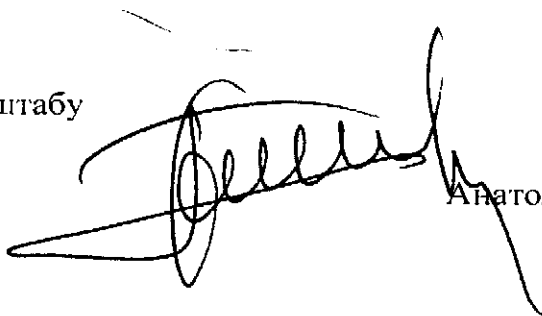
“Протокол № _____

засідання штатної військово-лікарської комісії

(назва питатної військово-лікарської комісії)".

після слова "Діагноз" доповнити словами та цифрами "(включаючи код, згідно чинного НК 025)".

Начальник Генерального штабу
Збройних Сил України
генерал-майор

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Анатолій БАРГИЛЕВИЧ