

Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования, обязательных медицинских осмотров членов экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением, кандидатов, поступающих на обучение, и студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации

В соответствии со статьями 52 и 53 Воздушного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383; официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> 8 июня 2020 г.) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок проведения медицинского освидетельствования, обязательных медицинских осмотров членов экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением, кандидатов, поступающих на обучение, и студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации, согласно приложению к настоящему приказу.

2. Установить срок действия Порядка проведения медицинского освидетельствования, обязательных медицинских осмотров членов экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением, кандидатов, поступающих на обучение, и студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации до 1 января 2027 года.

Министр

В.Г. Савельев

Приложение к приказу
Минтранса России

от _____ 2021 г. № _____

Порядок

проведения медицинского освидетельствования, обязательных медицинских осмотров членов экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением, кандидатов, поступающих на обучение, и студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации

Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет правила проведения медицинского освидетельствования в целях врачебно-летной экспертизы (далее — ВЛЭ), предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров, категории лиц, подлежащих медицинскому освидетельствованию, а также требования к вынесению медицинского заключения кандидату на получение медицинского заключения или возобновление медицинского заключения (далее — кандидат на получение медицинского заключения), и заключения о наличии (отсутствии) у работника медицинских противопоказаний к работе в контакте с вредными производственными факторами.

2. Настоящий Порядок распространяется на должностных лиц уполномоченного органа в области гражданской авиации и организаций гражданской авиации, медицинских работников, участвующих в медицинском освидетельствовании и предварительных, периодических медицинских осмотрах специалистов авиационного персонала гражданской авиации, абитуриентов, поступающих на обучение и студентов (курсантов), обучающихся на пилота или диспетчера управления воздушным движением (далее — диспетчер УВД).

3. Для целей настоящего Порядка используются термины и определения в соответствии с ICAO Doc 9713 Словарь по международной гражданской авиации, а также термины и их определения согласно Приложению № 1 к настоящему Порядку.

4. Медицинское освидетельствование в целях ВЛЭ, обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся врачебно-летными экспертными комиссиями гражданской авиации, центральной врачебно-летной экспертной комиссией гражданской авиации (далее — ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)).

5. Медицинское освидетельствование в целях ВЛЭ проводится:

1) лицам, поступающим на обучение в образовательные организации гражданской авиации (далее — абитуриенты) и обучающимся в них студентам (курсантам) по программам подготовки авиационного персонала;

2) членам летного экипажа;

3) членам кабинного экипажа;

4) частным пилотам;

5) пилотам авиации общего назначения (далее — пилоты АОН);

6) диспетчерам УВД.

6. Лицам, признанным годными по состоянию здоровья к выполнению работы по соответствующим должностям выдаются медицинские заключения 1, 2

или 3 классов утвержденной формы, приведенной в Приложении № 2 к настоящему Порядку. Медицинское заключение является неотъемлемой частью свидетельства авиационного специалиста гражданской авиации.

7. Классы медицинских заключений:

1) Медицинское заключение 1 класса применяется к абитуриентам, поступающим на обучение на пилота в образовательные организации гражданской авиации, студентам (курсантам), обучающимся на пилота в образовательных организациях гражданской авиации, кандидатам и обладателям свидетельств:

коммерческого пилота (самолет, дирижабль, вертолет);

линейного пилота (самолет, вертолет);

пилота многочленного экипажа (самолет).

2) Медицинское заключение 2 класса применяется к кандидатам и обладателям свидетельств:

штурмана;

бортинженера (бортмеханика);

летчика-наблюдателя;

бортрадиста;

бортоператора;

бортпроводника;

частного пилота (самолет, вертолет);

пилота планера;

пилота свободного аэростата;

пилота сверхлегкого воздушного судна.

3) Медицинское заключение 3 класса применяется к абитуриентам, поступающим на обучение на диспетчера УВД в образовательные организации гражданской авиации, студентам (курсантам), обучающимся на диспетчера УВД в образовательных организациях гражданской авиации, кандидатам и обладателям свидетельств:

внешнего пилота;

диспетчера управления воздушным движением в воздухе, стажерам.

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

10. Сроки действия медицинского заключения:

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

Если обладателями свидетельства линейного пилота (самолет, вертолет) и

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

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

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

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

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

10.3. Медицинское заключение 3 класса действительно в течение срока, не превышающего 48 месяцев, для студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации сроком до 12 месяцев.

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

10.4. Сроки действия, указанные выше, устанавливаются с учетом возраста кандидата на момент прохождения медицинского освидетельствования.

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

10.6. Обладатели свидетельств авиационного персонала не имеющие медицинского заключения, или срок действия медицинских заключений которых истек, к выполнению служебных обязанностей не допускаются, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 11 настоящего Порядка.

11. В период действия режима повышенной готовности и чрезвычайной ситуации по представлению руководства эксплуатанта, оперативного органа единой системы организации воздушного движения срок действия медицинского заключения может быть продлен руководителем межрегионального территориального управления воздушного транспорта уполномоченного органа в области гражданской авиации, по согласованию с медицинским экспертом-

председателем выдавшей медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), не более чем на 45 дней.

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

13. Обладатели медицинских заключений должны безотлагательно уведомить врача по авиационной и космической медицине, врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), осуществляющего врачебное наблюдение указанного авиационного специалиста в межкомиссионный период, при ухудшении здоровья или с момента возникновения таких факторов, влияющих на выполнение профессиональных функций, как:

- 1) проведение хирургической операции или инвазивной процедуры;
- 2) назначение регулярного приема какого-либо лекарственного препарата;
- 3) получение значительного повреждения, которое влечет за собой неспособность выполнять профессиональные обязанности, согласно соответствующему свидетельству авиационного персонала (далее - свидетельство);
- 4) заболевание, которое влечет за собой неспособность выполнять профессиональные обязанности соответствующего свидетельства;
- 5) беременность и роды;
- 6) госпитализация;
- 7) впервые назначение корректирующих линз;
- 8) впервые рекомендовано использование слухового аппарата;
- 9) впервые установлен предварительный диагноз профессионального заболевания;
- 10) впервые установлен заключительный диагноз профессионального заболевания;
- 11) определена стойкая утрата профессиональной трудоспособности.

13.2. Обладатели свидетельств не допускаются до выполнения функций, представляемых соответствующими свидетельствами, квалификационными отметками или медицинскими заключениями, если:

- 1) они осведомлены о каком-либо снижении их годности по состоянию здоровья, которое может повлечь невозможность безопасного осуществления функций, представляемых соответствующими свидетельствами, квалификационными отметками или медицинскими заключениями;
- 2) они принимают или используют какие-либо предписанные или не предписанные лекарственные препараты, которые могут препятствовать безопасному осуществлению функций, представляемых соответствующими

свидетельствами, квалификационными отметками или медицинскими заключениями;

3) получают какое-либо медицинское, хирургическое или иное лечение, которое может представлять угрозу безопасности полетов.

Обладатели медицинского заключения обращаются к врачу по авиационной и космической медицине, проводящему медицинские осмотры или врачу-специалисту ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) при возникновении какого-либо заболевания и/или утомления, при любых сомнениях по поводу состояния здоровья, при любых случаях, связанных с самочувствием и/или здоровьем, которые могут повлиять на способность безопасно выполнять его функции.

Обладатель медицинского заключения и работодатель ответственны за невыполнение требований пункта 13.1 и 13.2 Порядка.

14. Обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся в рамках медицинского освидетельствования в соответствии с настоящим Порядком. Диспансеризация проводится в рамках медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) или по месту жительства в соответствии с порядком, установленным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

15. Врачом по авиационной и космической медицине, осуществляющим динамическое врачебное наблюдение в межкомиссионный период, проводятся обязательные осмотры: по рекомендациям ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), после выздоровления от заболевания (травмы), отпуска (наиболее продолжительной его части в случае разбивки на несколько частей), отстранения на предполетном (предсменном) медицинском осмотре, авиационных происшествий и авиационных инцидентов, восстановления после перерыва в работе, а также студентам (курсантам) образовательных организаций гражданской авиации по подготовке пилотов и диспетчеров УВД.

16. Врачи-специалисты ВЛЭК ГА, медицинские эксперты, возглавляющие ВЛЭК ГА, врачи-специалисты ЦВЛЭК ГА и медицинские эксперты ЦВЛЭК ГА, соответствуют требованиям, установленным Приложением № 4 к настоящему Порядку.

17. Кабинеты врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оснащаются в соответствии с перечнем, установленным Приложением № 6 к настоящему Порядку.

18. ЦВЛЭК ГА осуществляет:

1) анализ и оценку медицинских заключений, выданных ВЛЭК ГА и разработку рекомендаций по совершенствованию медицинского

освидетельствования авиационного персонала;

2) утверждение заключений ВЛЭК ГА в случаях, установленных Порядком;

3) проведение оценки уровня квалификации в области авиационной медицины и врачебно-лётной экспертизы медицинских экспертов и врачей-специалистов ВЛЭК ГА перед их назначением и утверждением уполномоченным органом;

4) медицинское освидетельствование в случаях рассмотрения апелляций кандидатов на получение медицинского заключения на решение ВЛЭК ГА;

5) выдачу медицинских заключений 1, 2 и 3 классов;

6) медицинское освидетельствование в сложных, спорных случаях, а также в случаях вынесения официальных медицинских заключений о годности при несоответствии кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям к состоянию здоровья;

7) внесение ограничений в медицинское заключение или приостановление (возобновление) его действия;

8) анализ информации о случаях невозможности выполнения профессиональной деятельности в полете, медицинских данных в процессе выдачи медицинских заключений с целью выявления факторов риска для безопасности полетов;

9) проведение контроля качества и безопасности деятельности ВЛЭК ГА, врачей по авиационной и космической медицины;

10) консультативную помощь медицинским экспертам по своим специальностям, в том числе по защищенным электронным каналам связи с использованием телемедицинских технологий;

11) направление кандидатов на получение медицинского заключения на стационарное обследование в специализированное отделение для авиационного персонала и специализированные отделения ЦКБ ГА медицинскими экспертами ЦВЛЭК ГА по профилю заболевания.

12) формирование ежегодного отчета о результатах проведения ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА медицинского освидетельствования в целях ВЛЭ и предоставление его в уполномоченный орган гражданской авиации не позднее 31 марта года, следующего за отчетным.

19. ВЛЭК ГА осуществляет:

1) проведение медицинского освидетельствования в целях ВЛЭ авиационного персонала, студентов и курсантов, абитуриентов;

- 2) проведение обязательных медицинских осмотров - предварительных (перед поступлением на работу), периодических (в течение трудовой деятельности));
- 3) выдачу медицинских заключений 1, 2 и 3 классов;
- 4) направление авиационного персонала в ЦВЛЭК ГА в сложных, спорных случаях;
- 5) направление авиационного персонала по профилю заболевания на стационарное обследование в специализированные отделения ЦКБ ГА;
- 6) принятие решения о необходимости внеочередного медицинского освидетельствования;
- 7) определение группы диспансерного наблюдения, назначения по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья, лечебно-оздоровительным мероприятиям, реабилитационному и санаторно-курортному лечению авиационного персонала;
- 8) внесение ограничений в медицинское заключение или приостановление его действия;
- 9) анализ и направление в ЦВЛЭК ГА информации о случаях невозможности выполнения профессиональной деятельности в полете, медицинских данных в процессе выдачи медицинских заключений с целью выявления факторов риска для безопасности полетов;
- 10) подготовку ежегодного отчета о результатах медицинского освидетельствования авиационного персонала и направление его в ЦВЛЭК ГА не позднее 10 февраля года, следующего за отчетным.

Порядок медицинского освидетельствования во врачебно-летней экспертной комиссии гражданской авиации

20. Специалисты авиационного персонала, поступающие на работу в авиационные предприятия из организаций не гражданской авиации, проходят медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) для получения медицинского заключения независимо от наличия у них заключения о годности по состоянию здоровья, полученного в других медицинских учреждениях.

21. Медицинское освидетельствование проводится по направлению работодателя или по личному заявлению на проведение медицинского освидетельствования, которое заполняется по форме, установленной в Приложении № 7 к настоящему Порядку, и подается во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

21.1. Медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) или медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА перед началом

медицинского освидетельствования проверяет заявление и документ, удостоверяющий личность кандидата на получение медицинского заключения.

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

21.3. Кандидаты на получение медицинского заключения, в дни обследования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) освобождаются от любой работы, а накануне им предоставляется день отдыха.

22. Для получения медицинского заключения кандидат на получение медицинского заключения предоставляет во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) следующие документы:

удостоверение личности

документы о состоянии здоровья (личное медицинское дело, медицинские книжки за все годы, амбулаторная карта или выписка из нее, пленки ЭКГ, рентгеновские снимки, данные других исследований и наблюдений за все годы).

При первичном медицинском освидетельствовании кандидат на получение медицинского заключения соответствующего класса предоставляет также военный билет (для лиц, наличие военного билета у которых предусмотрено в соответствии с законодательством в области воинской обязанности и военной службы) с выпиской из военкомата при наличии ограничения; заключение врачебной психиатрической комиссии и врача-психиатра-нарколога.

Лица, поступающие на обучение в образовательные организации гражданской авиации (абитуриенты), предоставляют документ, удостоверяющий личность, медицинскую справку по форме 086/у; военный билет или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу (для военнообязанных); заключения врача-психиатра, врача психиатра-нарколога; результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, RW.

При подготовке к очередному медицинскому освидетельствованию врач по авиационной и космической медицине организует проведение обследования и после личного осмотра, оформляет эпикриз о состоянии здоровья.

23. Абитуриенты подлежат профессионально-психофизиологическому отбору, который проводится через три дня после освидетельствования во ВЛЭК ГА в порядке и объеме, регламентированном руководством по психологическому

обеспечению отбора, подготовки и профессиональной деятельности летного и диспетчерского состава гражданской авиации.

24. Обязательный объем медицинских исследований в целях ВЛЭ, которые проводятся кандидатам на получение медицинских заключений 1, 2 и 3 классов определен в Приложении № 5 к настоящему Порядку.

При выявлении рисков, влияющих на безопасность полетов, объем медицинских исследований может быть расширен врачами-специалистами ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), медицинским экспертом-председателем ВЛЭК ГА, медицинским экспертом-председателем ЦВЛЭК ГА или медицинским экспертом-заместителем председателя ЦВЛЭК ГА.

24.1. При медицинском освидетельствовании проводится проверка соответствия состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения Требованиям к состоянию здоровья (далее – Требования), установленным Приложениями № 8, 9, 10 к настоящему Порядку.

25. Стационарное обследование по направлению медицинских экспертов-председателей ВЛЭК ГА, медицинского эксперта-председателя ЦВЛЭК ГА или медицинского эксперта-заместителя председателя ЦВЛЭК ГА проводится в специализированных отделениях ЦКБ ГА, в том числе в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА при выявлении заболеваний, влияющих на безопасность полетов.

25.1. Стационарное обследование проводится в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА и специализированных отделениях ЦКБ ГА, в том числе в рамках мероприятий ведомственной целевой программы.

25.2. Стационарное обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА проводится согласно требованиям, установленным настоящим Порядком.

25.3. Обязательное медицинское обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА с целью раннего выявления заболеваний, представляющих угрозу безопасности полетов и проведения своевременного лечения, проводится кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса при достижении ими возраста 50 лет (обследование проводится, как правило, в срок до 5 рабочих дней) с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА, и 60 лет (обследование проводится, как правило, в срок до 7 рабочих дней) с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА. После достижения возраста 60 лет медицинское обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного

персонала ЦКБ ГА проводится ежегодно с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА.

25.4. В случае, если на момент вступления в силу настоящего Порядка обладатель медицинского заключения 1 класса (кандидат на получение медицинского заключения 1 класса) достиг возраста, при достижении которого проводится обязательное медицинское обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА, но не проходил его ввиду отсутствия соответствующих требований в законодательстве, действующем на момент его освидетельствования, очередное медицинское освидетельствование проводится после обязательного обследования в отделении медицинского обследования и освидетельствования авиационного персонала ЦКБ ГА в соответствии с пунктом 25.3 настоящего Порядка.

В случае, если кандидат на получение медицинского заключения 1 класса, достигший возраста, при достижении которого проводится обязательное медицинское обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования летного состава ЦКБ ГА, проходит медицинское освидетельствование впервые, медицинское освидетельствование проводится в соответствии с пунктом 25.3 настоящего Порядка.

26. Решение о необходимости внеочередного медицинского освидетельствования принимает медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА, медицинский эксперт-председатель ЦВЛЭК ГА, или медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА, по представлению врача по авиационной и космической медицине, врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

27. При тяжелом заболевании (травме) члена экипажа гражданского воздушного судна, диспетчера УВД, студента (курсанта) образовательных организаций гражданской авиации медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) может быть вынесено заочно по представленным документам лечебного учреждения.

28. Оформление результатов медицинского освидетельствования:

28.1. врачи-специалисты члены ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) заносят в Протокол медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), форма которого установлена Приложением № 12 к настоящему Порядку, данные медицинского осмотра (по профилю специальности), результаты лабораторных и инструментальных исследований, формулируют диагноз (если выявлено заболевание) в соответствии с Международным классификатором болезней (МКБ). На основании анализа всех полученных данных врач-специалист член ВЛЭК ГА выносит заключение о соответствии/несоответствии кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям. При соответствии

медицинским требованиям врач-специалист ВЛЭК ГА определяет группу динамического наблюдения кандидата на получение медицинского заключения и назначает рекомендации для их выполнения в межкомиссионный период;

28.2. по окончании медицинского освидетельствования кандидата на получение медицинского заключения медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА, медицинский эксперт-председатель ЦВЛЭК ГА или медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА обобщает результаты освидетельствования, оформляет и подписывает Протокол медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

28.2.1. Формулировки медицинских заключений в Протоколе медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА):

- годен к обучению на пилота, диспетчера УВД;
- годен к летной работе коммерческим пилотом (пилотом коммерческой авиации) (самолет, дирижабль, вертолет), линейным пилотом (самолет, вертолет), пилотом многочленного экипажа, штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;
- годен к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, внешним пилотом, диспетчером УВД (стажером);
- годен к полетам: частным пилотом (самолет и вертолет), пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна, пилотом-планеристом.
- нуждается в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием;
- нуждается в обследовании с последующим медицинским освидетельствованием;
- негоден к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД;
- негоден к работе пилотом коммерческой авиации, линейным пилотом, пилотом многочленного экипажа, штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;
- негоден к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД (стажером), внешним пилотом;
- негоден к полетам: частным пилотом, пилотом планера, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна.

28.3. При соответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям, оформляется медицинское заключение, а копия медицинского заключения в течение 2-х рабочих дней по

электронным каналам связи передается в уполномоченный орган в области гражданской авиации.

28.3.1. При несоответствии состояния здоровья кандидата установленным требованиям ему выдается справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) о медицинском освидетельствовании и извещение об отказе в выдаче медицинского заключения в соответствии с формой, установленной Приложением № 14 к настоящему Порядку. Справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) о медицинском освидетельствовании и извещение об отказе в выдаче медицинского заключения в течение двух рабочих дней по электронным каналам связи передается в уполномоченный орган в области гражданской авиации.

28.4. В сложных экспертных случаях вся медицинская документация направляется на рассмотрение в ЦВЛЭК ГА по электронным каналам связи. ЦВЛЭК ГА проводит консультации врачей-специалистов и председателей-медицинских экспертов ВЛЭК ГА с использованием телемедицинских технологий. При необходимости проведения личного осмотра врачом-специалистом ЦВЛЭК ГА авиационный персонал направляется председателем-медицинским экспертом ВЛЭК ГА на консультацию по предварительному согласованию с врачом-медицинским экспертом ЦВЛЭК ГА.

28.5. Утверждение в ЦВЛЭК ГА заключений ВЛЭК ГА проводится при вынесении ВЛЭК ГА заключений:

- негоден к летной работе пилотом коммерческой авиации, линейным пилотом;
- негоден к обучению на пилота, диспетчера УВД в образовательных организациях гражданской авиации;
- годен к летной работе (при восстановлении пилотов, ранее признанных негодными к летной работе, а также поступающих на работу в авиационные предприятия из организаций не гражданской авиации).

ВЛЭК ГА не позднее чем через пять дней с момента вынесения медицинского заключения направляет в ЦВЛЭК ГА для утверждения медицинского заключения Протокол о медицинском освидетельствовании вместе с медицинской документацией освидетельствованного авиационного персонала.

ЦВЛЭК ГА в течение трех дней после получения медицинской документации выносит окончательное медицинское заключение. При необходимости авиационный персонал может быть вызван на личный осмотр и обследование.

29. При несоответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям к состоянию здоровья для

конкретных свидетельств, ЦВЛЭК ГА может быть вынесено официальное медицинское заключение при соблюдении следующих условий:

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

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

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

30. В случае, когда принятие решения о годности возможно при установлении ограничения, медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) или медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА оценивает состояние здоровья кандидата на получение медицинского заключения, способности, навыки, опыт, выполняемую им деятельность и степень сохранности функциональных резервов организма.

31. Ограничение устанавливается при неполном соответствии кандидата на получение медицинского заключения медицинским требованиям, установленным настоящим Порядком, при условии, что данное состояние не ставит под угрозу безопасность полетов.

31.1. Перечень ограничений, которые выносит ВЛЭК ГА:

- запрещение продления норм полетного времени для лиц с нарушением слуха;
- HAL – действительно только при использовании корректирующих средств;
- VDL – коррекция по причине нарушения зрения на дальнее расстояние, наличие запасных очков;
- VML – коррекция по причине нарушения зрения на большое, среднее и близкое расстояние, наличие запасных очков;
- VNL – коррекция по причине нарушения зрения на близкое расстояние, наличие запасных очков.
- CCL – коррекция зрения только с помощью контактных линз.

31.2. Перечень ограничений, которые выносит ЦВЛЭК ГА:

по статьям Требований, предусматривающим негодность к летной работе (УВД, обучению) ЦВЛЭК ГА выносит официальное медицинское заключение о годности:

- HAL – действительно только при использовании корректирующих средств;
- VDL – коррекция по причине нарушения зрения на дальнее расстояние, наличие запасных очков;
- VML – коррекция по причине нарушения зрения на большое, среднее и близкое расстояние, наличие запасных очков;
- VNL – коррекция по причине нарушения зрения на близкое расстояние, наличие запасных очков.
- CCL – коррекция зрения только с помощью контактных линз.
- TML – ограничение срока действия медицинского заключения (действительно в течение ... месяцев);
- OCL – допущен к полетам только в качестве второго пилота (годен в качестве второго пилота);
- OML – годен в составе многочленного экипажа;
- OAL – допущен к управлению ограниченными типами ВС (годен на данном типе воздушного судна);
- запрещено продление норм полетного времени;
- OPL – допущен только к полетам без пассажиров (годен только без пассажиров).

31.3. Информация об ограничениях вносится в медицинское заключение (на оборотной стороне документа) в раздел «Особые отметки».

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

Экспертное решение ЦВЛЭК ГА может быть обжаловано в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

33. При медицинском освидетельствовании авиационного персонала соблюдается принцип конфиденциальности медицинской информации.

Врач по авиационной и космической медицине, медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) или медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА информирует уполномоченный орган в области гражданской авиации о существующем (возможном) риске для безопасного исполнения специалистом авиационного персонала функций, предусмотренных соответствующим свидетельством или квалификационными отметками.

34. После завершения первичного освидетельствования и признания кандидата на получение медицинского заключения годным по состоянию здоровья к исполнению обязанностей авиационного персонала (обучению), на него формируется личное медицинское дело, в которое подшивается протокол медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), протоколы

консультативных заключений врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также прочие документы, с учетом которых был установлен диагноз и выносилось решение о годности (негодности) по состоянию здоровья.

35. Личное медицинское дело пополняется после каждого освидетельствования кандидата и хранится во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) не менее 50 лет (после окончания профессиональной деятельности обладателя свидетельства - не менее 10 лет).

Личное медицинское дело авиационного специалиста хранится по месту проведения ВЛЭ в бумажном виде, в электронном варианте данные полностью передаются в Программу для ЭВМ «Паспорт здоровья авиационного персонала». При необходимости передачи материалов личного дела в бумажном варианте оформляется заверенная копия, которая направляется по месту запроса в опечатанном виде. Электронная версия может быть получена посредством передачи через Программу для ЭВМ «Паспорт здоровья авиационного персонала» по защищенным каналам связи.

35.1. По результатам медицинского освидетельствования за текущий год врач по авиационной и космической медицине составляет заключительный акт по результатам медицинского освидетельствования членов экипажей воздушных судов, диспетчеров УВД, по форме приведенной в Приложении № 15 к настоящему Порядку, который утверждается председателем-медицинским экспертом ВЛЭК ГА и направляется руководителю предприятия (начальнику службы) не позднее 10 февраля года, следующего за отчетным.

35.2. При медицинском освидетельствовании в целях ВЛЭ авиационному персоналу заполняется медицинская карта авиационного персонала (Приложение № 13) с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

35.3. При медицинском освидетельствовании вновь поступающих на летную работу, работу по УВД, бортпроводником и бортоператором заполняется один экземпляр медицинской карты авиационного персонала с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

35.4. При медицинском освидетельствовании кандидатов, поступающих в образовательные организации гражданской авиации, заполняется один экземпляр медицинской карты авиационного персонала с фотографией кандидата, заверенной печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

35.5. По завершении медицинского освидетельствования медицинские карты с данными обследования (ЭКГ, аудиограмма, флюорограмма и др.) передаются кандидатам, признанным годными к обучению.

35.6. Медицинские документы лицам, окончившим учебное заведение

гражданской авиации, а также специалистам авиационного персонала при переводе в другие авиационные предприятия и увольнении их из организации гражданской авиации выдаются на руки в опечатанном виде под роспись.

35.7. Ведение неутвержденной медицинской документации на авиационный персонал не допускается.

Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)

36. Обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) (далее - ПМО) проводятся на основании действующих нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ.

36.1. В целях организации проведения обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров организации гражданской авиации составляют список лиц, подлежащих предварительным осмотрам при поступлении на работу, и список работников, подлежащих периодическим осмотрам, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения с учетом результатов специальной оценки условий труда. Указанные списки остаются действительными на весь период действия результатов специальной оценки условий труда.

36.2. Обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры проводятся на основании направления на медицинский осмотр, выданного работодателем по форме, установленной Приложением № 11 к настоящему Порядку.

36.3. Обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры авиационного персонала проводятся в процессе медицинского освидетельствования с учетом действующих на авиационный персонал вредных производственных факторов производственной среды и трудового процесса, идентифицированных по результатам специальной оценки условий труда.

36.4. Постоянно действующая врачебная комиссия – комиссия, которая формируется для проведения обязательных предварительных и периодических

медицинских осмотров в медицинской организации, на базе которой сформирована ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

Возглавляет комиссию врач-профпатолог; в состав комиссии входят врач-терапевт, а также врачи-специалисты ВЛЭК ГА, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности «профпатология» или имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология».

Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации, на базе которой сформирована ВЛЭК ГА.

36.5. При проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров учитываются данные, полученные по результатам проведения медицинского освидетельствования в целях ВЛЭ и динамического наблюдения в межкомиссионный период за состоянием здоровья авиационного персонала гражданской авиации.

36.6. Ответственность за качество проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагается на медицинскую организацию, на базе которой сформирована ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

36.7. Предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся работникам, у которых условия труда на рабочем месте по результатам специальной оценки условий труда являются вредными (отнесены к подклассу 3.1 и выше).

36.8. При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работникам в обязательном порядке проводятся обследования с учетом вредных производственных факторов и уровней их воздействия на рабочем месте по результатам специальной оценки условий труда, а также видов работ на основании действующих нормативных правовых актов в сфере здравоохранения.

36.9. По окончании прохождения предварительного или периодического медицинского осмотра врач-профпатолог ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оформляет и подписывает заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра по форме, установленной Приложением № 16 к настоящему Порядку, которое заверяется печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

36.10. Заключение составляется в трех экземплярах и выдается: первый - работнику, второй - врачу по авиационной и космической медицине организации, в которой осуществляет трудовую деятельность (поступает на работу) работник; третий приобщается к медицинской карте, оформляемой ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

36.11. В случае выявления медицинских противопоказаний по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ работнику проводится экспертиза профессиональной пригодности в соответствии действующими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения.

36.12. Для работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных

условиях труда, при стаже работы пять лет во вредных условиях труда (подклассы 3.1 - 3.4, класс 4) и в последующем один раз в пять лет периодические осмотры проводятся в центре профпатологии или иной медицинской организации, имеющей право на проведение предварительных и периодических осмотров, экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией, специализированных в области гражданской авиации, а также в центрах профпатологии, в которых председатель врачебной комиссии врач-профпатолог имеет удостоверение по повышению квалификации по специальности «авиационная и космическая медицина». Работники, имеющие стойкие последствия несчастных случаев на производстве, один раз в пять лет проходят периодические осмотры в центрах профпатологии.

В случае отсутствия центра профпатологии в населенном пункте, в котором расположена ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), периодический осмотр работников, имеющих общий трудовой стаж работы 5 лет и более, может проводиться мобильными медицинскими бригадами врачей-специалистов центров профпатологии. Работники перед проведением периодических осмотров мобильными медицинскими бригадами врачей-специалистов центров профпатологии проходят в медицинских организациях диагностические исследования. Периодические осмотры работников мобильными медицинскими бригадами врачей-специалистов центров профпатологии могут проводиться в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов.

Врачам-специалистам центра профпатологии работник при проведении ему периодического осмотра предъявляет выписку из медицинской карты, в которой отражены заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и иных исследований, заключение по результатам предварительного или периодического осмотра за предыдущие годы работы во вредных и (или) опасных условиях труда. В год проведения данного осмотра периодический осмотр в другой медицинской организации не проводится.

36.13. Врач по авиационной и космической медицине на основе заключений обязательных периодических медицинских осмотров составляет ежегодный заключительный акт по их результатам в данной организации по форме, приведенной в Приложении № 17 к настоящему Порядку.

36.14. Заключительный акт утверждается работодателем и заверяется печатью организации.

36.15. Заключительный акт составляется в трех экземплярах, которые направляются не позднее 1 февраля следующего за отчетным года в Фонд социального страхования, в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного

контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Копия заключительного акта в электронной форме направляется в Научно-исследовательский центр профпатологии и гигиены труда гражданской авиации. Один экземпляр заключительного акта хранится у работодателя.

Приложение № 1

Термины и определения

Для целей настоящего Порядка используются термины и их определения в соответствии с ICAO Doc 9713 Словарь по международной гражданской авиации, а также следующие термины и определения:

| | |
|---|--|
| врач по авиационной и космической медицине | врач, прошедший подготовку по авиационной и космической медицине и обладающий достаточной компетенцией для медицинских осмотров обладателей свидетельств в межкомиссионный период |
| врачебно-летная экспертиза | комплексная оценка результатов обязательных медицинских осмотров и медицинского освидетельствования лиц авиационного персонала гражданской авиации врачебно-летной экспертной комиссией с вынесением медицинского заключения о годности (негодности, временной негодности) по состоянию здоровья к выполнению трудовых функций, предоставляемых свидетельством специалиста авиационного персонала и квалификационными отметками |
| врачебно-летная экспертная комиссия гражданской авиации | врачебная комиссия, создаваемая на базе медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летной экспертизе, возглавляемая медицинским экспертом, с персональным составом специалистов, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере воздушного транспорта (гражданской авиации) (уполномоченный орган сфере гражданской авиации) |
| медицинский эксперт | врач, назначенный уполномоченным органом, обладающий квалификацией и опытом практической работы в области авиационной медицины, а также квалификацией в области |

| | |
|---|--|
| | определения и оценки медицинских показаний, которые могут затрагивать безопасность полетов |
| медицинское заключение | документ, который выдается на основании результатов врачебно-лётной экспертизы и содержит необходимую информацию, подтверждающую (опровергающую) возможность безопасного исполнения функций, предоставляемых свидетельством специалиста авиационного персонала и квалификационными отметками |
| медицинское освидетельствование | совокупность организационно связанных между собой мероприятий, направленных на изучение и оценку состояния здоровья кандидатов на получение медицинского заключения, проводимых в объемах, необходимых и достаточных для формирования обоснованного заключения о его пригодности к исполнению функций, предоставляемых свидетельством специалиста авиационного персонала и квалификационными отметками |
| межкомиссионный период | период между медицинскими освидетельствованиями авиационного персонала |
| обязательный медицинский осмотр | медицинский осмотр, проводимый авиационным врачом в межкомиссионный период с целью оценки динамики состояния здоровья авиационного персонала |
| обязательный предварительный медицинский осмотр | медицинский осмотр, проводимый при поступлении авиационного персонала на работу, а также при приеме абитуриентов на обучение в целях определения соответствия состояния здоровья поручаемой работе с учетом вероятности воздействия вредных производственных факторов |
| обязательный периодический медицинский осмотр | медицинский осмотр авиационного персонала, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, |

ранних признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья работников, для формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ с учетом вероятности воздействия вредных производственных факторов

официальное
медицинское заключение

вынесенное применительно к конкретному случаю ЦВЛЭК ГА заключение, с привлечением при необходимости специалистов по производству полетов или других экспертов

центральная врачебно-
летная экспертная
комиссия гражданской
авиации (ЦВЛЭК ГА)

врачебная комиссия, состоящая из медицинских экспертов, назначаемых уполномоченным органом, создаваемая на базе медицинской организации, подведомственной уполномоченному органу в области гражданской авиации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летней экспертизе

федеральное бюджетное
учреждение
«Центральная
клиническая больница
гражданской авиации»
(ЦКБ ГА)

медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере воздушного транспорта, уполномоченному за осуществление выдачи свидетельств лицам из числа специалистов авиационного персонала гражданской авиации, допускаемым к выполнению функций членов экипажа гражданского воздушного судна, сотрудника по обеспечению полетов гражданской авиации, а также функций по техническому обслуживанию воздушных судов и диспетчерскому обслуживанию воздушного движения

Приложение № 2

Российская Федерация
(Russian Federation)

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

Серия ААН 0000000

Форма бланка

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____ класса
Medical Conclusion _____ class

группа крови _____

резус фактор _____

Фамилия _____
Surname

Имя _____ Отчество _____
Name

Дата рождения _____
Date of birth

_____ наименование ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА (штамп ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА)
Medical Aviation Centre

от "_____" _____ 20__ г.
Date of issue

Согласно Порядка МО ГА
In accordance with FAR of Russia

ПРИЗНАН ГОДНЫМ к _____
Approved for flight operating _____

Медицинское заключение действительно по "_____" _____ 20__ г.
Conclusion is valid till

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

М.П.
Stamp

(линия отреза)

Медицинское заключение _____ Серия АА N 0000000

Выдано: _____
(Ф.И.О.) _____ (должность)

Дата выдачи: "___" _____ 20__ г.
Роспись в получении: _____

Оборотная сторона

| Дата обязательного медицинского осмотра | Заключение о подтверждении действия медицинского заключения | Подпись и печать врача |
|--|--|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ограничения действия:

Примечание. Размер бланка 11 x 8 см.

Бланки медицинских заключений имеют степень защищенности от подделок полиграфической продукции на уровне ценной бумаги на предъявителя, являются документами строгой отчетности, имеют учетную серию и номер.

Приобретение, учет и хранение бланков медицинских заключений осуществляются уполномоченным органом в области гражданской авиации

**Порядок образования и работы центральной
врачебно-летной экспертной комиссии, врачебно-летних экспертных
комиссий, медицинских экспертов**

1. ЦВЛЭК ГА образуется приказом уполномоченного органа в области гражданской авиации в подведомственной ему медицинской организации ФБУ «Центральная больница гражданской авиации» в составе медицинского эксперта-председателя, медицинского эксперта-заместителя председателя, врачей-специалистов, осуществляющих освидетельствование (врач-терапевт, врач-невролог, врач-хирург, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог), врача-кардиолога, врача-психиатра, врача-психиатра-нарколога, врача-профпатолога, врача-методиста, медицинского психолога и секретаря (из числа специалистов среднего медицинского персонала).

2. ВЛЭК ГА осуществляют деятельность в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летней экспертизе и авиационной и космической медицине, проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров. ВЛЭК ГА образуется приказом медицинской организации. В состав ВЛЭК ГА входят медицинский эксперт-председатель, врачи-специалисты, осуществляющие освидетельствование (врач-терапевт, врач-невролог, врач-хирург, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог), врач-профпатолог, медицинский психолог и секретарь (из числа специалистов среднего медицинского персонала).

2.1. Приказом уполномоченного органа в области гражданской авиации, в подведомственной ему медицинской организации, могут быть организованы выездные мобильные медицинские бригады для проведения медицинского освидетельствования в целях врачебно-летней экспертизы, которое проводится в соответствии с требованиями настоящего Порядка. Члены выездной мобильной медицинской бригады соответствуют требованиям, предъявляемым к членам ВЛЭК ГА.

3. ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) возглавляет медицинский эксперт – председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), который выносит медицинское заключение по результатам проверки соответствия состояния здоровья установленным требованиям, проведенной врачами-специалистами ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), включающей медицинские осмотры и обследования, установленные Приложением № 5 к настоящему Порядку, и дополнительные обследования, которые назначаются

врачами-специалистами ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в целях врачебно-летней экспертизы.

Медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) является ответственным за координацию работы врачей-специалистов комиссии.

4. Состав ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) утверждается уполномоченным органом в области гражданской авиации сроком на три года.

5. На период отсутствия медицинского эксперта-председателя ЦВЛЭК ГА его обязанности исполняет медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА. На период отсутствия медицинского эксперта-председателя ВЛЭК ГА лицо, его замещающее, назначается уполномоченным органом в области гражданской авиации по представлению медицинского эксперта-председателя ВЛЭК ГА. На период отсутствия врача-специалиста ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА для работы в составе комиссии допускается привлечение врачей-специалистов, требования к которым определены приложением № 4 к настоящему Порядку.

6. Изменения в составы предоставляются ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в уполномоченный орган в области гражданской авиации не позднее, чем за три дня до начала исполнения должностных обязанностей включаемых в состав членов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

7. Для утверждения состава ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) руководитель организации, планирующей осуществлять проверку соответствия состояния здоровья специалистов авиационного персонала требованиям настоящего Порядка, направляет в уполномоченный орган гражданской авиации следующие документы:

- 1) заявление об утверждении состава ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), подписанное руководителем организации;
- 2) копии учредительных документов;
- 3) копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летней экспертизе;
- 4) приказ (распоряжение) руководителя медицинской организации, на базе которой сформирована ВЛЭК ГА, о создании ВЛЭК ГА;
- 5) положение о ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА);
- 6) предлагаемый состав ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) (фамилия, имя отчество (при наличии));
- 7) должностные инструкции членов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА);
- 8) сведения о профессиональной подготовке председателя-медицинского эксперта ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), заместителя председателя-медицинского эксперта ЦВЛЭК ГА, членов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) (копия диплома, документы о дополнительной профессиональной подготовке, повышении квалификации,

сертификаты специалиста);

9) сведения об оснащении кабинетов врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

Копии представленных документов заверяются организацией, подавшей заявление.

8. Уполномоченным органом в области гражданской авиации в течение 30 календарных дней с даты поступления документов проводится их оценка и, в случае соответствия представленных документов пункту 7, осуществляется выездная проверка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) на соответствие требованиям настоящего Порядка.

9. По результатам проверки оформляется акт, который подписывается лицами, проводившими проверку.

10. При выявлении в ходе проверки несоответствия требованиям настоящего Порядка организация в течение 10 дней после окончания проверки уведомляется органом по выдаче свидетельств об отказе в утверждении состава ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) с указанием причин отказа.

11. Полномочия ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) прекращаются или ограничиваются приказом органа по выдаче свидетельств по результатам проверок органом по выдаче свидетельств ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

12. Информация об адресах и телефонах ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), графике их работы, а также информация об их полномочиях публикуется на официальном сайте уполномоченного органа в области гражданской авиации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Требования
к членам центральной врачебно-лётной экспертной комиссии, врачебно-лётных экспертных комиссий, медицинским экспертам, врачам по авиационной и космической медицине

1. Медицинский эксперт-председатель ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА должны иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по специальности «Авиационная и космическая медицина», иметь практические навыки в области авиационной медицины и иметь опыт работы по врачебно-лётной экспертизе, для медицинского эксперта-председателя ЦВЛЭК ГА - не менее пяти лет, для медицинского эксперта-заместителя председателя ЦВЛЭК ГА, медицинского эксперта-председателя ВЛЭК ГА - не менее трех лет.

Врачи-специалисты ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) должны иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по врачебной специальности, документ о прохождении подготовки по авиационной и космической медицине, иметь практические навыки в области авиационной медицины.

Врач по авиационной и космической медицине должен иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по специальности «Авиационная и космическая медицина».

2. Медицинский эксперт-председатель ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА, врачи-специалисты ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), врачи по авиационной и космической медицине должны повышать квалификацию по врачебной специальности и авиационной и космической медицине один раз в пять лет.

3. Медицинский эксперт-председатель ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-заместитель председателя ЦВЛЭК ГА, медицинский эксперт-председатель ВЛЭК ГА, члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА, врач по авиационной и космической медицине должны:

а) знать требования к состоянию здоровья специалистов авиационного персонала гражданской авиации, содержащиеся в настоящем Порядке, а также стандарты и рекомендуемую практику ИКАО;

б) учитывать риски изменения (ухудшения) состояния здоровья для обеспечения безопасности полетов при вынесении экспертного решения о годности

специалистов авиационного персонала гражданской авиации к профессиональной деятельности;

в) давать рекомендации по динамическому наблюдению за состоянием здоровья авиационного персонала гражданской авиации;

г) соблюдать медицинскую этику, деонтологию, врачебную тайну.

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ В ЦЕЛЯХ ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Терапевтическое обследование:

полость рта, зев, кожные покровы, видимые слизистые, лимфатические узлы и щитовидная железа, соответствие общего вида возрасту;

органы дыхания, кровообращения (определение функциональной способности), пищеварения и мочевыделения.

2. Хирургическое обследование:

антропометрия (рост, масса тела, окружности талии, индекс массы тела, окружность грудной клетки, спирометрия, динамометрия кистей);

общий осмотр (телосложение, развитие мускулатуры и подкожно-жирового слоя, осанка, походка);

состояние кожи, лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, периферических сосудов, костей, суставов, органов брюшной полости, наружных половых органов, области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы с 30 лет.

3. Неврологическое обследование:

внешний осмотр (кожные рубцы, татуировки, атрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания, следы от инъекций, особенности анатомического строения);

черепно-мозговые нервы;

двигательная, рефлексорная, чувствительная сферы, статика и координация;

вегетативно-нервная система (дермографизм, акроцианоз, гипергидроз, тремор, ортоклиностагическая проба);

эмоционально-психическая сфера.

4. Обследование ЛОР-органов:

внешний осмотр;

внутренний осмотр (эндоскопия), передняя и задняя риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, определение носового дыхания и обоняния;

акуметрия (шепотной, разговорной речью);

барофункция уха;

исследование статокINETической устойчивости (вестибулометрия) проводится методом непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса (НКУК) в течение 3 мин. или методом прерывистой кумуляции ускорений Кориолиса (ПКУК) в течение 2 мин.: кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров, бортпроводников; летному составу и бортпроводникам;

Состояние слуха оценивается с использованием тональной пороговой аудиометрии (ТПА), с определением порога слышимости по воздушной и костной

проводимости на каждое ухо отдельно на частотах 0,25, 0,5, 1, 2, 3, 4, 6 и 8 кГц.

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

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

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

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

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

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

5. Стоматологическое обследование:

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

6. Исследование органа зрения:

1) Первичный осмотр предусматривает:

Сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб.

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

(если это необходимо).

Рефрактометрия.

Исследование сохранности бинокулярного зрения (аппаратные методы).

Определение цветовосприятия (Полихроматические таблицы).

Исследование темновой адаптации и чувствительности к ослеплению.

Определение ближайшей точки конвергенции, исследование подвижности глазных яблок.

Проведение периметрии (по показаниям).

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

Измерение внутриглазного давления.

У кандидатов к первоначальному получению свидетельства проводится объективное исследование рефракции в условиях циклоплегии.

2) Регулярный осмотр предусматривает:

Сбор анамнеза, наличие или отсутствие жалоб.

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

Рефрактометрия

Исследование темновой адаптации и чувствительности к ослеплению.

Определение ближайшей точки конвергенции, исследование подвижности глазных яблок.

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

Измерение внутриглазного давления ежегодно (по трем классам мед. заключений).

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

7. Осмотр гинеколога.

8. Осмотр врача-психиатра через 2 года на третий после 45 лет и в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА (заключение психолога, изменение характерологических особенностей и поведения) ежегодно при прохождении освидетельствования или предварительного и периодического медицинских осмотров.

9. Осмотр врача-психиатра-нарколога с результатами тестирования на ПАВ ежегодно (по показаниям: положительные тесты на наркотические препараты; сведения из эпикриза врача ЛО; отстранения на предполётном осмотре) при прохождении освидетельствования или предварительного и периодического медицинских осмотров.

10. Психологическое обследование проводится:

а) при первичном освидетельствовании;

б) по окончании учебного учреждения, при трудоустройстве;

- в) переучивание на новый тип ВС;
- г) при выдвижении на должность КВС, пилота-инструктора;
- д) кандидатам на получение медицинских заключений 1 класса по достижении 45 лет один раз в два года, по достижении 50 лет ежегодно; кандидатам на получение заключения 3 класса - в возрасте 50 лет, далее каждые 2 года;
- е) при перерыве в работе более 4-х месяцев кандидатам на получение медицинских заключений 1 класса и 3 класса;
- ж) при стационарном обследовании;
- з) перед первой летной практикой и перед выпуском из учебного заведения;
- и) при направлении в полярные экспедиции и страны с жарким климатом;
- к) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА.

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

Объем психологического обследования регламентирован руководством по психологическому обеспечению отбора, подготовки и профессиональной деятельности летного и диспетчерского состава гражданской авиации.

Объем обследований в целях ВЛЭ.

| | Лабораторные и инструментальные обследования в целях ВЛЭ | Медицинское заключение 1 класса | Медицинское заключение 2 класса | Медицинское заключение 3 класса |
|----|--|---|---|---|
| 1. | Клинический анализ крови, глюкоза крови, общий анализ мочи, анализ мочи на ПАВ, анализ крови на холестерин | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 2. | Анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С | а) при первичном освидетельствовании; б) устройство на работу; в) стационарное обследование; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) устройство на работу; в) стационарное обследование; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) устройство на работу; в) стационарное обследование; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 3. | Биохимические исследования крови на билирубин и его фракции, ферменты АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ | а) при проведении авиационно-химических работ ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 4. | Биохимический анализ крови, анализ | В целях ВЛЭ при обосновании | В целях ВЛЭ при обосновании | В целях ВЛЭ при обосновании |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| | крови на гормоны | назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 5. | Исследование крови на ПСА (простатический специфический антиген) | а) для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет и далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет и далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет и далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 6. | Исследование кала на скрытую кровь | а) 1 раз в 2 года в возрасте от 40 до 64 лет, после 65 лет ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) 1 раз в 2 года в возрасте от 40 до 64 лет, после 65 лет ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) 1 раз в 2 года в возрасте от 40 до 64 лет, после 65 лет ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 7. | Анализ кала на гельминты и дизентерийную группу (бак. анализ). Соскоб на энтеробиоз. Мазок из зева на дифтерию. Анализ крови на брюшной тиф | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | При первичном освидетельствовании бортпроводников, далее по требованиям территориальных органов здравоохранения ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 8. | Мазки на гонорею. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | При первичном освидетельствовании бортпроводников, далее ежегодно ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 9. | Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки | Для женщин в возрасте от 18 до 64 лет - 1 раз в 3 года, далее ежегодно. | Для женщин в возрасте от 18 до 64 лет - 1 раз в 3 года, далее ежегодно. | Для женщин в возрасте от 18 до 64 лет - 1 раз в 3 года, далее ежегодно. |
| 10. | Флюорография легких или рентгенографию легких | а) при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в год; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в год; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в год; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 11. | Маммография обеих молочных желез в двух проекциях | Для женщин по достижении 40 лет 1 раз в 2 года. | Для женщин по достижении 40 лет 1 раз в 2 года. | Для женщин по достижении 40 лет 1 раз в 2 года. |
| 12. | Рентгенография придаточных пазух носа | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 13. | Тональная аудиометрия | а) при первичном освидетельствовании, студентам (курсантам) | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при | а) при первичном освидетельствовании, студентам (курсантам) |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| | | перед выпуском, далее – 1 раз в 4 года; б) по достижении возраста 40 лет - 1 раз в 2 года, при установлении заболевания органа слуха – ежегодно; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | перед выпуском, далее – 1 раз в 4 года; б) по достижении возраста 40 лет - 1 раз в 2 года, при установлении заболевания органа слуха – ежегодно; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 14. | ЭЭГ (электроэнцефалограмма) | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 15. | ЭКГ в покое (12 отведений по Вильсону) | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; б) по достижении возраста 40 лет 1 раз в 6 месяцев; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно; б) достижении возраста 40 лет 1 раз в 6 месяцев; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 16. | Электрокардиография с нагрузкой (велозргометрия или тредмил-тест) | а) в возрасте 40 лет, 50 лет, 55 лет, 60 лет и далее ежегодно; б) при стационарном обследовании; в) при наличие трех и более факторов риска развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое | а) в возрасте 60 лет, 65 лет и далее ежегодно; б) при стационарном обследовании; в) при наличие трех и более факторов риска развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое | а) в возрасте 50 лет, 55 лет, 60 лет, 65 лет и далее ежегодно; б) при стационарном обследовании; в) при наличие трех и более факторов риска развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| | | артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м ² , объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²); 6) повышение уровня мочевой кислоты плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м ² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м ² , объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²); 6) повышение уровня мочевой кислоты плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м ² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м ² , объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²); 6) повышение уровня мочевой кислоты плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м ² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 17. | Ультразвуковое исследование внутренних органов (брюшная полость, почки, щитовидная железа, органы малого таза) | а) в возрасте 40 лет; б) при стационарном обследовании; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) в возрасте 40 лет; б) при стационарном обследовании; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) в возрасте 40 лет; б) при стационарном обследовании; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 18. | Исследование магистральных артерий головы | а) в возрасте 40 и 50 лет; б) при стационарном обследовании; в) при наличии трех и более факторов риска | а) при наличии трех и более факторов риска развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин 2) | а) в возрасте 40 и 50 лет; б) при наличии трех и более факторов риска развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>развития атеросклероза: 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²); 6) повышение уровня мочевины плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;</p> | <p>дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²); 6) повышение уровня мочевины плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;</p> | <p>мужчин и 65 лет для женщин 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л); 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давления ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.); 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак); 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², объема талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²); 6) повышение уровня мочевины плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин); 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|-----|--|---|--|---|
| | | время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании; г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | медицинском освидетельствовании; в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 19. | ЭФГДС (Эзофагогастро-дуоденоскопия) | а) в возрасте 45 лет; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) в возрасте 45 лет; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) в возрасте 45 лет; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 20. | Внутриглазное давление | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. |
| 21. | Психологическое обследование | а) при первичном освидетельствовании; б) по окончании учебного учреждения, при трудоустройстве; в) переучивание на новый тип ВС; г) при выдвижении на должность КВС, пилота-инструктора; д) по достижении 45 лет один раз в два года, по достижении 50 лет ежегодно; е) при перерыве в работе более 4-х месяцев; ж) при стационарном обследовании; з) перед первой летной практикой и перед выпуском из учебного заведения; и) при направлении в полярные экспедиции и страны с жарким климатом; к) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | а) при первичном освидетельствовании; б) по окончании учебного учреждения, при трудоустройстве; в) переучивание на новый тип ВС; г) при выдвижении на должность диспетчера-инструктора, старшего диспетчера, руководителя полетов; д) в возрасте 50 лет, далее один раз в два года; е) при перерыве в работе более 4-х месяцев; ж) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭ ГАК/ЦВЛЭК ГА. |
| | Первично медицинское освидетельствование: а) абитуриентов, поступающих на обучение на пилота, бортинженера (бортмеханика), диспетчера УВД; б) бортпроводников, бортоператоров, поступающих на работу впервые; в) после перерыва в работе более 2 лет. | | | |
| | Дополнительные обследования проводятся в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. | | | |
| | Все лабораторно-диагностические исследования проводятся на базе медицинских учреждений с | | | |

| |
|--|
| функциями ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА, либо в организациях, имеющих лицензию на осуществлении соответствующей деятельности, при наличии договора с медицинскими учреждениями с функциями ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА, либо договора с работодателем по согласованию с медицинским учреждением с функциями ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА. Результаты исследований, полученных при проведении периодических медицинских осмотров на базе медицинских учреждений с функциями ВЛЭК ГА, засчитываются ВЛЭК ГА. |
|--|

**ПЕРЕЧЕНЬ
МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ КАБИНЕТОВ
ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА**

Для кабинета врача-хирурга:

1. ростомер;
2. весы медицинские;
3. спирометр;
4. динамометр ручной;
5. лента сантиметровая;
6. угломер;
7. перчатки хирургические;
8. кушетка медицинская;
9. негатоскоп;
10. столик манипуляционный.

Для кабинета врача-терапевта:

1. сфигмоманометр (тонометр);
2. стетофонендоскоп;
3. секундомер;
4. шпатели металлические или деревянные;
5. термометры медицинские;
6. кушетка медицинская.

Для кабинета врача-невролога:

1. тонометр;
2. фонендоскоп;
3. секундомер;
4. шпатели деревянные;
5. термометры медицинские;
6. молоток для неврологических исследований;
7. динамометр ручной;
8. кушетка медицинская;
9. лента сантиметровая;
10. набор для определения обоняния;
11. набор для определения вкусовых ощущений;
12. набор для определения чувствительных нарушений;
13. камертон;
14. негатоскоп.

Для кабинета врача-отоларинголога:

1. налобный осветитель, или налобный рефлектор;
2. диагностический аудиометр;
3. тимпанометр;
4. отоскоп;
5. камертоны;
6. кресло, вращающееся для исследования вестибулярного анализатора;
7. шпатели металлические для языка;
8. воронки ушные;
9. зеркала носовые;
10. зеркала гортанные;
11. зеркала носоглоточные;
12. лоточки почкообразные;
13. зонд ушной для исследования аттика;
14. зонды носовые пуговчатые;
15. зонды носовые с нарезкой;
16. стол тумбовый, стулья;
17. столик для инструментария;
18. кушетка медицинская;
19. смотровое кресло;
20. негатоскоп;
21. набор пахучих веществ для проведения ольфакометрии;
22. аудиометрическая шумозащитная кабина или шумоизолированный кабинет.

Для кабинета офтальмолога-офтальмолога:

1. аппарат для исследования остроты зрения (фороптер, проектор знаков, таблицы);
2. набор полихроматических таблиц для исследования цветовосприятия;
3. авторефрактометр;
4. набор стекол с пробной оправой;
5. прибор для исследования бинокулярного зрения (цветотест, синоптофор, набор тестов для определения бинокулярного баланса);
6. периметр;
7. прибор для исследования темновой адаптации и чувствительности к ослеплению;
8. щелевая лампа;
9. офтальмоскоп (прямой, непрямой- с диагностическими линзами);
10. тонометр;
11. экзофтальмометр
12. кушетка медицинская.

Для кабинета врача-кардиолога:

1. тонометр для измерения артериального давления на периферических артериях;
2. фонендоскоп;
3. кушетка медицинская;
4. секундомер;
5. термометр медицинский;
6. весы напольные;
7. ростомер;
8. лента сантиметровая;
9. ширма;
10. разовый шпатель;
11. принтер;
12. персональный компьютер с программным обеспечением;
13. электрокардиограф;
14. аппаратура для суточного мониторинга электрокардиограммы;
15. аппаратура для суточного мониторинга артериального давления;
16. аппарат для эхокардиографии;

Для кабинета психолога:

1. компьютерный класс для проведения психодиагностического тестирования;
2. лицензированные компьютеризированные психодиагностические программы;
3. секундомер;
4. средства сканирования и фотографирования документов;
5. комплекты раздаточных психодиагностических материалов пато- и нейропсихологических методик;
6. отдельное помещение для проведения индивидуального обследования и беседы.

Для кабинета врача-психиатра-нарколога:

1. кушетка медицинская;
2. термометр медицинский;
3. фонендоскоп;
4. тонометр для измерения артериального давления;
5. неврологический молоточек;
6. персональный компьютер с программным обеспечением и принтером.
7. экспериментально-психологические методики;
8. диктофон.

Для кабинета врача-психиатра:

1. кушетка медицинская;
2. фонендоскоп;
4. тонометр для измерения артериального давления;
5. набор экспериментально-психологических материалов;

6. диктофон.

Для кабинета врача-профпатолога:

1. сфигмоманометр (тонометр);
2. стетофонендоскоп;
3. секундомер;
4. шпатели металлические или деревянные;
5. термометры медицинские;
6. кушетка медицинская;
7. негатоскоп;
8. вибротестер;
9. динамометр.

Заявление на медицинское освидетельствование

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

Оборотная сторона

| | Да | Нет | | Да | Нет | | Да | Нет | | Да | Нет |
|--|----|-----|--|----|-----|--|---------------|-----|--|----|-----|
| Расстройство зрения, глазная хирургия | | | Заболевания сердца | | | Малярия или другое тропическое заболевание | | | Заболевания сердца, случаи внезапной сердечной смерти, диабет, инсульты у родителей, бабушек и дедушек | | |
| Ношение очков и/или контакт. линз | | | Злоупотребление наркотиками, алкоголем | | | Положительный результат анализа ВИЧ | | | Аллергия, астма, экзема | | |
| Изменения в рецепте на очки, конт. линзы | | | Частая или сильная головная боль | | | Заболевания, передаваемые половым путем | | | Гормональные нарушения | | |
| Глаукома | | | Головокружения или обмороки | | | Пребывание в больнице | | | Расстройство желудка, печени, кишечника | | |
| Диабет | | | Потеря сознания по любой причине | | | Любые другие заболевания или травмы | | | Эпилепсия, судороги в прошлом | | |
| Повышенное артериальное давление | | | Неврологические заболевания | | | Посещение врача в межкомиссионный период | | | Почечный камень, кровь в моче | | |
| Повышенный уровень холестерина | | | Психологические и психиатрические проблемы | | | Заболевания легких | | | Прочее | | |
| Травмы головы или сотрясение мозга | | | Укачивание, требующее приема лекарств | | | Отказ в выдаче или отзыв свидетельства в прошлом | | | | | |
| Тугоухость, заболевание ушей | | | Попытки самоубийства | | | Туберкулез | | | | | |
| Анемия и другие заболевания крови | | | Наследственные заболевания | | | Назначение пенсии или компенсации в связи с телесными повреждениями или болезнью | | | Для женщин: | | |
| Заболевание носа, горла, нарушения речи | | | Признание негодным к военной службе | | | | Вы беременны? | | | | |
| | | | | | | | | | Гинекологические заболевания | | |
| Примечания: | | | | | | | | | | | |
| <p>Заявление: настоящим заявляю, что я тщательно обдумал (а) приведенные выше данные, которые, по моему убеждению, являются полными и правильными. Я далее заявляю, что не скрываю какой-либо относящейся к делу информации и не пытаюсь ввести в заблуждение. Я понимаю, что в случае представления ложной или вводящей в заблуждение информации в связи с настоящим заявлением или отказа от представления подтверждающей медицинской информации полномочный орган может отказать в выдаче мне медицинского заключения или отозвать любое выданное ранее медицинское заключение, не исключая возможности любых других применимых действий в соответствии с законодательством Российской Федерации.</p> <p>Согласие на передачу медицинской информации: настоящим я даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также передачу и представление государственному полномочному органу по выдаче свидетельств медицинской информации, в том числе влияющей на безопасность полетов воздушных судов гражданской авиации.</p> | | | | | | | | | | | |
| Дата | | | | | | Подпись заявителя | | | | | |

Общие требования к состоянию здоровья

Требования к состоянию здоровья не могут быть сами по себе настолько подробными, чтобы учитывать все возможные отдельные случаи. Многие решения, связанные с оценкой годности по состоянию здоровья, остаются на усмотрение врачей-специалистов членов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) и председателя (заместителя председателя) ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)-медицинского эксперта. Медицинское заключение выносится на основе всестороннего медицинского обследования, проводимого в соответствии с Настоящим порядком. Также, возможно рассмотрение информации, содержащейся в документах ИКАО и стандартах, рекомендациях и порядках, принятых уполномоченным органом в сфере здравоохранения. При этом учитываются и факторы риска развития заболеваний, которые могут играть важную роль при медицинском освидетельствовании в целях ВЛЭ в каждом конкретном случае.

Кандидат на получение медицинского заключения может быть признан годным к работе, если:

1. он физически и психически способен выполнять свои профессиональные обязанности с обеспечением безопасности полетов;
2. он не имеет заболеваний, которые могут вызвать экстренную потерю трудоспособности;
3. он не имеет заболеваний, которые могут медленно, но в пределах срока действия его медицинского заключения ухудшить способность к выполнению профессиональных обязанностей;
4. он не имеет симптомов заболеваний, которые могут внезапно отвлечь его от безопасного выполнения своих профессиональных обязанностей.

Кандидат на получение или владелец медицинского заключения не должен иметь:

- 1) любых врожденных или приобретенных патологических состояний, обуславливающих нетрудоспособность,
- 2) любой активно текущей, латентной, острой или хронической болезни, обуславливающей нетрудоспособность,
- 3) ранений, повреждений и послеоперационных осложнений, которые могут быть причиной снижения функциональных возможностей, или повышают вероятность нарушения работоспособности по управлению воздушным судном и поэтому безопасному выполнению своих обязанностей.

Кандидат на получение медицинского заключения не должен иметь заболеваний и другой патологии, которая могла бы привести его к внезапной потере работоспособности при управлении воздушным судном и выполнении своих обязанностей.

Кандидат на получение медицинского заключения, не должен иметь каких-либо последствий или побочных эффектов от приема любых прописанных врачом или имеющихся в открытой продаже терапевтических, диагностических или профилактических медикаментов, которые могли бы вызвать нарушение

трудоспособности, снижающее безопасность полетов или безопасность осуществления профессиональных обязанностей данным лицом.

Кандидат на получение медицинского заключения не должен иметь:

- 1) любых врожденных или приобретенных патологических состояний,
- 2) любой активно текущей, латентной, острой или хронической болезни, обуславливающей нетрудоспособность,
- 3) ранений, повреждений и послеоперационных осложнений, которые могут быть причиной снижения функциональных возможностей, или повышают вероятность нарушения работоспособности по управлению воздушным транспортом и поэтому безопасному выполнению своих обязанностей.

Кандидат на получение медицинского заключения не должен иметь заболеваний и другой патологии, которая могла бы привести его к внезапной потере работоспособности при управлении воздушным транспортом и выполнении своих обязанностей.

Кандидат на получение медицинского заключения, не должен иметь каких-либо последствий или побочных эффектов от приема любых прописанных врачом или имеющихся в открытой продаже терапевтических, диагностических или профилактических медикаментов, которые могли бы вызвать нарушение трудоспособности, снижающее безопасность полетов или безопасность осуществления обязанностей данным лицом.

Примечание: применение лечебных средств из трав и альтернативных методов лечения требует особого внимания в связи с возможными побочными эффектами.

После всех процедур, требующих использования общей или спинальной анестезии, следует временное отстранение от полетов или УВД на срок как минимум 48 часов.

После всех процедур, требующих использования местной или региональной анестезии, следует временное отстранение от полетов или УВД на срок как минимум 12 часов.

Общие требования к состоянию здоровья по сердечно-сосудистой системе

Какие-либо заболевания сердечно-сосудистой системы, мешающие безопасно выполнять профессиональные обязанности соответствующего свидетельства, являются причиной вынесения решения о негодности.

Разрешается выдача медицинского заключения после купирования острых проявлений заболеваний сердца и сосудов и (или) обострения (декомпенсации) хронических заболеваний сердца и сосудов и проведения кардиологического обследования в объеме, определенном врачом-кардиологом, имеющим подготовку по авиационной и космической медицине, и/или врачом-кардиологом ЦВЛЭК ГА (далее - кардиологическое обследование), а также при условии назначения медикаментозной терапии при необходимости.

1. Учет факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистого риска.

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

Суммарный сердечно-сосудистый риск оценивается следующим образом:

Очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск оценивается при наличии:

- документированное атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание (перенесенный острый коронарный синдром, стабильная стенокардия, чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование или другие операции на артериях, инсульт/транзиторная ишемическая атака);

- атеросклеротическое поражение артерий со стенозированием $\geq 50\%$;

- сахарный диабет (СД) в сочетании с поражением органов-мишеней, ≥ 3 факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ФР), а также раннее начало СД 1 типа с длительностью > 20 лет;

- хроническая болезнь почек (ХБП) с скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин/1,73 м²;

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

- семейная гиперхолестеринемия в сочетании с атеросклеротическим сердечно-сосудистыми заболеваниями или с ФР.

Высокий суммарный сердечно-сосудистый риск оценивается при наличии:

- холестерин (ХС) > 8 ммоль/л и/или липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) $> 4,9$ ммоль/л;

- артериальное давление (АД) $\geq 180/110$ мм рт.ст.;

- семейная гиперхолестеринемия без ФР;

- СД без поражения органов-мишеней, СД ≥ 10 лет или с ФР;

- ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²;

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

- гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий со стенозированием от 25 до 49%;

- возраст ≥ 65 лет.

Умеренный суммарный сердечно-сосудистый риск оценивается при наличии:

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

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

Низкий суммарный сердечно-сосудистый риск оценивается при наличии:

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

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ФР):

- 1) возраст, ≥ 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин;

- 2) дислипидемия (повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин $\leq 1,0$ ммоль/л и для женщин 1,2 ммоль/л);

- 3) артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст.);

- 4) нарушение углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак $\geq 6,2$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин $\geq 6,0$ и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки $\geq 7,8$ ммоль/л и установленные ранее диагнозы: сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак);

- 5) избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², объема талии у мужчин ≥ 102 см, у женщин ≥ 88 см или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²);

- 6) повышение уровня мочевой кислоты плазмы крови (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин);

- 7) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ;

- 8) курение (в настоящее время или в прошлом);

- 9) Семейный анамнез развития сердечно-сосудистых (ССЗ) в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и < 65 лет для женщин).

Факторы риска определяются при проведении медицинских осмотров.

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

3. Допустимые лекарственные препараты для лечения сердечно-сосудистой патологии:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);

- блокаторы рецепторов ангиотензина II (сартаны, БРА);
- бета-адреноблокаторы;
- блокаторы кальциевых каналов (БКК);
- тиазидные и калийсберегающие диуретики;
- статины и фибраты;
- дезагреганты.

Приложение № 10

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

1.1. Заболевания коронарных артерий.

1.1.1. Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда (I20).

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с установленным диагнозом стенокардии, либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда, признаются негодными.

1.1.2. Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события, процедура реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий (I21-I25).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

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

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

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

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

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

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

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

для мужчин: толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,4$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 259 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела(ППТ) ≥ 132 г/м²; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 6,4$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,3$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 210 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела(ППТ) ≥ 109 г/м²;

конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 5,8$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

Выдача медицинского заключения 1 класса допускается только с применением ограничений OML (многочленный экипаж) или OCL (в качестве второго пилота) в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – уровни ХС < 5 ммоль/л, ЛПНП < 3 ммоль/л, артериальная гипертензия – уровень АД $< 140/90$ мм рт.ст., гипергликемия – уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $< 7\%$, снижение функции почек – уровень СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м², ожирение – снижение ИМТ < 30 кг/м², гиперурикемия – уровень мочевой кислоты ≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярное (минимум один раз в год) кардиологического обследования.

1.1.3. Нарушения ритма сердца и проводимости сердца

1.1.3.1. Наджелудочковая экстрасистолия (I49.1 - I49.2).

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

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с желудочковыми экстрасистолами 2, 3 и 4а градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, эпизодами желудочковой тахикардии, после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования, выносится решение о негодности.

1.1.3.3. Заболевания синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

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

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Не является основанием для вынесения решения о негодности после кардиологического обследования:

бессимптоматическая синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз $\leq 3,0$ сек при отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, допускается выдача медицинского заключения с применением ограничений OML или OCL.

1.1.3.4. Предсердная тахикардия (I47.1).

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

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахикардии, медицинское заключение 1 класса не выдается при:

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

1.1.3.5. Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48).

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

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

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

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

Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 1 класса:

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

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

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

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает $\leq 4,5$ см и индекс ВД ЛП/ППТ $\leq 2,5$ см/м²;

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

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

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

1.1.3.6. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1).

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

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

первичном медицинском освидетельствовании;

отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

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

индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

1.1.3.7. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной

тахикардией с дополнительными путями проведения кардиологическому обследованию.

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

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

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если:

была проведено проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтвержденная результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием или при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) > 300 мс;

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

регулярно (не реже 1 раза в год) кардиологическое обследование.

1.1.3.8. Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0- I44.3).

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2:1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гисса или паузами ≥ 3 сек;

атриовентрикулярной блокаде III степени;

установленном эндокардиальном кардиостимулятором;

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

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

1.1.3.9. Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4- I44.7).

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

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

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

значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

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

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

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

При впервые выявленной полной блокаде левой ножки пучка Гиса, медицинское заключение I класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения I класса минимизировали все корригируемые факторы

сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

отсутствует значимая структурная патология сердца;

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

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

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

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

Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гисса не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения при:

отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

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

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

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

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

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

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается:

первичном освидетельствовании;
 наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;
 выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

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

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

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

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

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

отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

1.1.5. Патология клапанов сердца.

1.1.5.1. Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1).

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

1.1.5.2. Аортальный стеноз (I35.0, I06.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от летного и кардиологического обследования.

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

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

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

увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

1.1.5.3. Аортальная регургитация (I35.1, I06.1).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

первичном освидетельствовании;

диаметре корня аорты $> 5,0$ см;

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

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

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

1.1.5.4. Патология митрального клапана (I34, I05).

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

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

площади митрального отверстия $\leq 1,5$ см² при митральном стенозе;

площади струи регургитации ≥ 4 см² или $\geq 20\%$ от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta $\geq 0,3$ см при митральной регургитации;

ревматическом митральном стенозе/регургитации;

неревматической неишемической регургитации митрального клапана, вызванной разрывом хорды или ишемическим повреждением папиллярных мышц; наличии фибрилляции предсердий или трепетания предсердий на фоне митрального стеноза/регургитации;

- увеличении КДР ЛЖ $\geq 6,1$ см;
- увеличении КСР ЛЖ $\geq 4,2$ см;
- увеличении толщины межжелудочковой перегородки $\geq 1,4$ см;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

1.1.5.5. Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца.

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

- первичном медицинском освидетельствовании;
- аортальной вальвулопатии;
- замене митрального клапана;
- наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;
- отсутствии постоянного синусового ритма;
- наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;
- выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;
- увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;
- наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

1.1.5.6. Перикардит, миокардит и эндокардит (I30- I33, I40).

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

Медицинское заключение 1 класса не возобновляется при:

- первичном освидетельствовании;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

1.1.6. Кардиомиопатии.

1.1.6.1. Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1- I42.2).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

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

градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое ≥ 50 мм рт.ст;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

1.1.6.2. Рестриктивная кардиомиопатия (I42.5).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается или не возобновляется при:

первичном медицинском освидетельствовании;

причиной развития кардиомиопатии не является гемохроматоз;

нарушении углеводного обмена;

наличии инфузионно-зависимой анемии;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только с применением ограничений OML или OCL обладателям свидетельств, если они минимизировали

все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

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

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

в течение первого года после верификации диагноза;

при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$;

при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по B.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

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

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

1.1.6.4. Саркоидоз с поражением сердца (D86.8).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается:

при первичном медицинском освидетельствовании;

в течение первых шести месяцев после верификации диагноза;

при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;

при отсутствии признаков гипоксемии;

при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе, при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

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

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

1.1.6.5. Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1–V3, удлинение комплекса QRS ≥ 110 мс с инверсией зубца Т в отведениях V1–V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гисса, инверсия зубцов Т в отведениях V1 - V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гисса, и т.д.) подлежат кардиологическому обследованию.

Установление диагноза является причиной отказа для допуска к работе.

1.1.6.6. Синдром спортивного сердца (I42.7).

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин $\geq 6,0$ см (для женщин $\geq 5,3$ см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин $\geq 3,2$ см/м² (для женщин $\geq 3,3$ см/м² требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями сердца.

После постановки диагноза «синдром спортивного сердца», при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты допускаются к летной работе без ограничений.

1.1.7. Врожденные пороки сердца.

1.1.7.1. Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

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

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте после 24 лет, при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных с соотношением QP/QS $\leq 1,5:1$ по данным эхокардиографии, при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта

коронарного синуса, возможна выдача медицинского заключения 1 класса с применением ограничений OML или OCL при соблюдении следующих условий:

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

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

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

при эхокардиографии площади струи регургитации ≤ 4 см² и/или $\leq 20\%$ от площади левого предсердия и/или фракции регургитации $\leq 30\%$ объема левого предсердия ширине *vena constanta* $\leq 0,3$ см при митральной регургитации;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

1.1.7.2. Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0).

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по V.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

1.1.8. Артериальная гипертензия и гипотензия (I10- I15, I95).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным повышением артериального давления $\geq 140/90$ мм рт.ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии

кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск осуществляется по результатам суточного давления артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления <130/80 мм рт.ст. и отсутствии эпизодов артериальной гипотензии <90/60 мм рт.ст.

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

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

Медицинское заключение 1 класса не выдается при:

вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

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

Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с артериальной гипотензией <90 мм рт.ст., сопровождающееся клинической симптоматикой, признаются негодными.

1.2 Периферические артерии и венозная система (I 70-I 89)

1.2.1. При облитерирующих заболеваниях артерий наличие болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности (I 70).

1.2.2. Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, являются основанием для определения негодности. Диагностированная артериальная аневризма (I 72) на фоне имеющихся клинических проявлений или, если аневризматическое расширение имеет диаметр более 5 см., является основанием для определения негодности. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 1 класса не ранее, чем 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I 71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 1 классу.

1.2.3. При варикозном расширении вен (I 83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности. Сроки восстановления на летнюю работу зависят от вида хирургического пособия, но не менее 3 недель. Решение о годности после вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости, по результатам дополнительного контрольного обследования.

1.2.4. После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах (I 80) конечностей вопрос о допуске решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, на основании клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности (I 87.0).

1.3 Система органов дыхания (J00-J99)

1.3.1. Кандидат на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.3.2. Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным нарушением функции легких признаются негодными. Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований. При этом ОФВ₁, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

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

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

1.3.5. Кандидаты на получение медицинского заключения с ХОБЛ в стадии ремиссии с ограниченным пневмосклерозом и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ₁, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой системы при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

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

1.3.7. Кандидаты на получение медицинского заключения с активными формами туберкулеза (A15) органов дыхания или с выраженными остаточными изменениями признаются негодными.

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

1.3.9. При восстановлении на работу кандидаты на получение медицинского заключения после закрытия листка нетрудоспособности представляют заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением допуска к работе.

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

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

1.3.12. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным саркоидозом (D86) признаются негодными. Восстановление на работу может быть не ранее, чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на обучение с любой формой саркоидоза признаются негодными.

1.4 Пищеварительная система (K00-K93)

1.4.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий соответствующего свидетельства.

1.4.2. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной вынесения о негодности. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как негодные.

1.4.3. Кандидаты на получение медицинского заключения со следующей патологией желудочно-кишечного тракта: рецидивирующие диспепсические расстройства (K58), требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии (K73); цирроз печени(K74,3-K74,6) -; симптомная желчнокаменная болезнь

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

Годность к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

1.4.4. При варикозном расширении вен пищевода (I85), независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными без права восстановления.

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

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

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

1.4.7. При установлении диагноза цирроза печени (K-74,3– K74,6) принимается решение о негодности.

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

1.4.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K63) признаются годными с

ограничением TML на протяжении 3 лет, если болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

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

1.4.11. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма (Q43,8) без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности.

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

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

1.4.14. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (K60-K63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются негодными.

1.4.15. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функции прямой кишки вопрос о годности рассматривается после выздоровления.

1.5 Метаболические нарушения и эндокринная система (E00-E90)

1.5.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

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

препаратов, вызывающих гипогликемию. Разрешается использование противодиабетических препаратов, которые не вызывают гипогликемию - ингибиторов альфа-глюкозидазы (глюкобай) и/или группы бигуанидов (метформин) как дополнение к диете.

1.5.4. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения подлежит наблюдению и лечению до двух месяцев. Допуск к работе решается после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты.

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

1.5.6. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления диагноза.

1.5.7. Решение о допуске к работе заявителя при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения не менее трех месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05) - без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03) - с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

1.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66). Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м². Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела - ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени - ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени - ИМТ >35,0.

1.5.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с ИМТ >35,0 признаются годными при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома. При метаболическом синдроме - комплексе метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, при повышенном артериальном давлении происходит увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемия, нарушающие углеводный, липидный, пуриновый обмен.

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

1.6 Гематология (D50-D89)

1.6.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.6.2. Оценка годности заявителей с гематологическими расстройствами, такими, как анемия (гемоглобин менее 105 граммов на литр) (D50); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства (D86); лейкемии (C91-C92); полицитемии (D45), гемоглобинопатии (D58.2); значительное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезёнки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

1.6.3. Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней) положительных результатах лечения (гемоглобин не менее 120 граммов на литр - у женщин, 130 граммов на литр - у мужчин), компенсированные гемоглобинопатии без склонности к рецидивам не являются причиной для вынесения решения о негодности. Анемия, которая не поддается лечению, является причиной вынесения решения о негодности.

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

1.6.5. При лейкозах (C91-C92), миеломной болезни (C92), лимфогрануломатозе (C81), злокачественных анемиях (D60-D64, тяжелых формах геморрагического диатеза (D69,9) кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

1.6.6. При лимфоме Ходжкина (C81) после завершения лечения; после проведенного лечения другой злокачественной патологии лимфоидной системы с восстановлением от острого инфекционного процесса и демонстрацией полной ремиссии; при острой и хронической лейкемии в период установления полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность), имеющих значение для безопасности полетов, - выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

1.6.7. Первичный эритроцитоз с риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (D75) определяет негодность.

1.6.8. Применение антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота в малых дозах) не является противопоказанием для работы (обучения), тогда как при приеме антикоагулянтных препаратов (гепарин, кумарин, варфарин) и клопидогреля выносится решение о негодности.

1.7 Мочеполовая система (N 00-N 99)

1.7.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональной или органической патологии мочеполовой системы, препятствующей безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.7.2. Пороки развития, последствия повреждений мочеполовых органов и операции на них, опущение почек, водянка яичка и семенного канатика, расширение

вен семенного канатика, сопровождающиеся нарушением функции, болевым синдромом являются основанием для определения негодности (N 25-N 39).

1.7.3 Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от её объёма и технологии. Лица, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведения яичка, эктопии), при умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного увеличения их при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее, чем через три недели после операции в зависимости от её вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

1.7.4. Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, такие как туберкулез почек и мочеполовых органов (А 18.1), пиелонефрит (N 11.0), цистит (N 30), уретрит (N 34), простатит (N 41) в фазе активного воспаления определяют негодность. Годность к работе оценивается в фазе стойкой ремиссии при отсутствии нарушения функций и нормализации показателей лабораторных и инструментальных исследований.

1.7.5. Острый гломерулонефрит (N 00 – N 08) требует лечения в течение 3-6 месяцев, после чего решается вопрос о переходе его в хроническую форму.

1.7.9. Допуск к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решаются на основании выраженности симптоматики.

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

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

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

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

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

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

1.7.12. Кандидаты на получение медицинского заключения, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по результатам расширенного урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

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

1.7.14. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики обладатели медицинского заключения признаются годными к работе при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек с ограничением OML в течение трёх лет.

При наличии конкрементов в мочевых путях (N 20 – N23) выносится заключение о негодности с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам контрольного обследования.

1.8 Инфекционные заболевания (A00-B99)

1.8.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.8.2. Признание годности ВИЧ-положительных (D20-D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением OML/TML рассматривается для отдельных лиц со стабильной, не прогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми ИКАО препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса дисквалифицирует.

1.8.3. При выявлении или подозрении у кандидата на получение медицинского заключения венерического заболевания подтверждение диагноза и лечение проводится в специализированном учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после излечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения дерматовенеролога.

1.8.4. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у заявителя, оцениваются по степени нарушения функции органов и систем организма. При этих заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции органов, общей астенизацией, выносятся решение о негодности.

1.8.5. Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза (B66) допускаются к выполнению профессиональных обязанностей, однако они находятся под наблюдением врача инфекционного кабинета до снятия с учета.

1.8.6. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционный гепатит (B15-B19), геморрагическую лихорадку (A98-A99), отстраняются от работы на 3-6 месяцев. Восстановление на работу возможно после полного восстановления функции органов и систем организма по результатам обследования.

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

1.9 Акушерство и гинекология (N 70-N 77) (N 80-N 98) (O 00-O 99)

1.9.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.9.2. Пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N 94) (метроррагия, боли); эндометриоз (N 80); симптомная миома матки (D 25); хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени (N 81); мочеполовые и кишечно-половые свищи (N 82); разрывы промежности (O 70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

1.9.3. Лечение острого периода патологии шейки матки (N 86-N 88) (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион, дисплазии) предполагает отстранение от полетов сроком от 3 недель до 3 месяцев. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Возобновление медицинского заключения после хирургического лечения заболеваний женской половой сферы рассматривается при лапароскопической операции через 4-6 недель после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) - через 2 месяца после операции.

1.9.4. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриодная и фолликулярная кисты (N 83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

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

1.9.6. С момента установления беременности (Z 33) авиационный персонал признается негодным к летной, диспетчерской работе, работе бортпроводником. Допуск к работе после родов или при прекращении беременности, осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.

1.10 Опорно-двигательный аппарат (M00-M99)

1.10.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют нарушений костно-мышечного аппарата, как врождённых, так и приобретённых, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (M 42)(межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (T 30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функции без болевого синдрома, не прогрессирующие, не мешающие ношению одежды и обуви заключение о годности выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением OAL, Кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота - негодны.

При инфантилизме (R 62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

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

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

Негодность к работе (обучению) определяют отсутствие стопы, врожденная или приобретенная патология стопы (Q 72, Z 89) нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу.

1.10.4. Плоскостопие (Q 66) любой степени без явлений выраженного остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является основанием для вынесения заключения о негодности.

1.10.5. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более 2 см. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления).

В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению, Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

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

1.10.6. При остеомиелите (M 86) при наличии секвестральных полостей, свищей Кандидаты на получение медицинского заключения негодны, подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

1.10.7. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнение продольной связки, обнаруженные рентгенологически, но без клинических проявлений, не являются основанием для вынесения заключения о негодности.

1.10.8. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

1.10.9. При переломе тел позвонков (S 22, S 32) с подвывихом, при туберкулезе (M 49.0) позвоночника (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносятся заключение о негодности. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков, при условии полного восстановления функции допускается освидетельствование после успешного оперативного лечения через 6 месяцев, после чрескожной вертебропластики через 2 месяца.

1.10.10. В случаях перелома поперечных, остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении функции и исчезновении болевого синдрома.

1.10.11. При консолидированных переломах костей таза (S 32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

1.10.12. Кандидаты на получение медицинского заключения с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (М 00-М 03, М 05-М 14, М 15-М 19) при остром и подостром течениях, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств, признаются негодными.

1.10.13. При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии, без выраженных нарушений функции органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов. При этом кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота признаются негодными.

1.11 Психиатрия (F00-F99)

1.11.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врождённых, так и приобретённых, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетелств и создавать угрозу безопасности полётов.

1.11.2. Кандидаты на получение медицинского заключения с психическими расстройствами или расстройствами поведения, причиной чего является злоупотребление спиртных напитков, либо однократное использование запрещённых психотропных веществ, рассматриваются как негодные вплоть до выздоровления и прекращения использования психотропных веществ, а также после положительного результата наркологического и психиатрического обследования, проводимого после успешного лечения (F10-F19).

1.11.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с установленными в наркологическом стационаре диагнозами «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя, психоактивных веществ (далее ПАВ: опиоидов, каннабиноидов, седативных средств, гипнотических препаратов, кокаина, других стимулирующих средств, галлюциногенов и летучих растворителей), кроме табака и кофеина признаются негодными. В тех случаях, когда при проведении скрининг-тестирования по показаниям или выборочно на наличие ПАВ (и их метаболитов) в биологических средах (моча и кровь) обнаруживаются положительный результат, кандидаты на получение медицинского заключения в установленном порядке направляются на консультацию к врачу наркологу ЦВЛЭК (F10-F19).

1.11.4. При повторном установлении факта употребления (состояния одурманивания) ПАВ выносится заключение о негодности. При подтверждённой

зависимости (злоупотреблении) от психоактивных веществ и алкоголя, выносится решение о негодности.

1.11.5. Кандидаты на получение медицинского заключения с клинически поставленными диагнозами шизофрении, эндогенной депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как непригодные по всем графам требований без права восстановления. Диагноз подтверждается в специализированном учреждении психиатрического профиля с вынесением комиссионного заключения психиатрической врачебно-консультативной комиссии (ВКК). (F00-F09; F20-F39; F60-F69).

1.11.6. Кандидаты на получение медицинского заключения с психиатрическими заболеваниями, такими как аффективное расстройство; невротическое нарушение; личностное нарушение; психическое расстройство или расстройство поведения проходят психиатрическое обследование в специализированном учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

1.11.7. При астеническом состоянии или неврастеническом, ситуационно обусловленном синдроме; при кратковременных психических соматогенно-обусловленных расстройствах, после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии, кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными через четыре - шесть месяцев после соответствующего психиатрического обследования при положительных результатах психологического тестирования, клинического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб с ограничением OML/TML в ЦВЛЭК (F40-F49).

1.11.8. Психопатии (независимо от форм и выраженности) и расстройства личности не психотического характера (паранойяльного, аффективного, шизоидного, возбудимого и других типов), психический инфантилизм, акцентуация характера, профессионально неблагоприятные психологические отклонения личности, выявляемые при психологическом тестировании, являются причиной вынесения решения о негодности (F40-F49).

1.11.9. Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмечаемых у заявителя, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация психиатра.

1.11.10. При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

1.12 Психология

1.12.1. При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также

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

1.12.2. Обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводится в соответствии с действующим «Руководством по психологическому обеспечению отбора, подготовки и профессиональной деятельности летного и диспетчерского состава гражданской авиации Российской Федерации», строится по определенному алгоритму.

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

1.12.4. Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из двух частей:

1. Диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения
2. Оценка профессионально-важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

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

1.12.6. Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1. Со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей заявителя:

- 1.1. недостоверные результаты по личностным тестам;
- 1.2. признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);
- 1.3. наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;
- 1.4. наличие признаков расстройства личности;
- 1.5. наличие профессионально-неблагоприятных личностных характеристик;
- 1.6. наличие признаков акцентуации характера;
- 1.7. присутствие языкового барьера;
- 1.8. наличие татуировок и шрамов.

2. Со стороны оценки профессионально важных качеств заявителя (когнитивные и высшие психические функции):

- 2.1. высокая вероятность эффекта тренированности;

2.2. общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий» уровни;

2.3. снижение результатов обследования отдельных психических функций.

1.12.7. При выявлении у кандидата на получение медицинского заключения профессионально неблагоприятных личностных особенностей, не достигающих уровня расстройства личности или выраженной акцентуации личности (характера), медицинский психолог ВЛЭК ГА направляет его в ЦВЛЭК ГА с целью уточнения заключения медицинского психолога (Приложение № 16).

1.12.8. Профессионально неблагоприятные личностные особенности охватывают область межличностных отношений и взаимодействия авиационного персонала, а так же уровень сохранности когнитивных процессов и высших психических функций.

1.12.9. В случае п.1.4., 1.5., 1.6, 1.8 кандидат на получение медицинского заключения направляется медицинским психологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) на консультацию к психиатру ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

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

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

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

- работа с психотерапевтом по профилю с предоставлением выписки.

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

1.12.13. В случае п.2.2, 2.3 «низкий» уровень сохранности когнитивных и высших психических функций сам по себе не может быть поводом для отстранения кандидата на получение медицинского заключения от работы, однако является фактором существенно отягощающим прогноз безопасности полетов (управление воздушным движением).

1.12.14. Проблема языкового барьера.

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

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

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

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

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

Татуировки допустимы:

- на закрытых участках тела;
- размер (площадь нанесения) не более 10x10;
- с символикой, не содержащей агрессивной, антинационалистической, террористической тематики.

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

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

Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

1.13 Неврология (G00-G99)

1.13.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства. При оценке стадии заболевания учитывается степень декомпенсации с оценкой ведущих симптомов функционирования и ограничения деятельности нервной системы (обратимых или необратимых), от чего зависит вынесение экспертного решения (годность; лечение; негодность).

1.13.2. Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ (G40-G42):

Кандидаты на получение свидетельства с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии; рецидивирующих приступах потерь сознания неуточнённого генеза рассматриваются как негодные к работе и обучению.

Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5 - летнего возраста; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком после прекращения лечения более 10 лет; отсутствии изменений электроэнцефалографии ЭЭГ, не исключаяющих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточнённой причины; прогрессирующей или не прогрессирующей болезни нервной системы; единичного эпизода потери сознания неуточнённой этиологии; потери сознания после (головной) черепно-мозговой травмы; проникающей травмы головы с поражением головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга - проходят обследование в неврологическом отделении ЦКБ ГА, перед проведением

оценки на пригодность. Отсутствие риска рецидива эпилептического приступа без применения лекарственных средств не исключает вынесения о годности по всем классам требований.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность (G40-G42).

При однократных эпилептических припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии - экспертная оценка зависит от основного заболевания. Сроки наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению допуска не менее 2 лет (Осложнения ЧМТ; сосудистых заболеваний, интоксикаций, резидуальных поражений гол.мозга раннего детского периода и др., при которых код МКБ 10 выносится по основному заболеванию).

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

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

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

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

1.13.4. Экспертиза при сосудистых заболеваниях:

Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза церебрального атеросклероза,

предусматривающего негодность, кроме выявления у абитуриентов и курсантов, которые признаются негодными (I67.2).

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

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

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

При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение по о негодности по всем классам требований. Вопрос о возврате к экспертному решению о допуске к работе возможен после 12 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА с применением официального медицинского заключения на ЦВЛЭК (I67.2).

В случае диагностики лакунарного ишемического инсульта (ИИ), для рассмотрения возможности выдачи положительного медицинского решения требуется период наблюдения без регистрации рецидивирующего течения, продолжительность которого зависит от механизма развития заболевания и сопутствующих факторов риска (12-24 мес.). Принятие положительного решения о допуске возможно после обследования в стационаре ЦКБ ГА, осмотре невролога ЦВЛЭК (I 69).

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

В случае геморрагического инсульта (ГИ) (I60-I62.9) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы. Наличие факторов риска и сопутствующих заболеваний приводящих к рецидивирующему течению предусматривают негодность без права восстановления в последующем по всем классам требований.

Субарахноидальное кровоизлияние или изменения сосудистой системы головного мозга (артериальные аневризмы церебральных сосудов (I60); сосудистые мальформации ЦНС (I67.1): артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото,

расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0), вторичные причины: артериальная гипертензия (I10-I15.9); васкулиты (I73.1;M30.1-M35.2); болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов (D68.8—D75.2; D 47.3)) и др. препаратов, угрожающие развитию САК являются основанием для принятия решения о негодности.

1.13.5. После хирургической коррекции аневризм сосудов головного мозга (I69.0; I 69.3;I69.4) при отсутствии признаков последствий кровоизлияний в виде очаговой неврологической симптоматики, судорожных припадков и нарушений когнитивных функций, через 12 месяцев возможно рассматривать вопросы продления профессиональной деятельности после стационарного обследования в неврологическом отделении ЦКБ ГА неврологом ЦВЛЭК.

Абитуриенты и курсанты признаются негодными без права восстановления.

1.13.6. Заявители с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (C69-C72; C47), сирингомиелия (G95.0) , рассеянный склероз (G35); б. Паркинсона (G20;G21) и другие заболевания прогрессирующего характера); острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис, остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы (A80-A89; B0-B24) с нарушением функций, ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата (G12-G12.9) (миастения G70-G73, миопатия G73.4; G 73.7, миотония G71.1, миоплегия) признаются негодными при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей и с учётом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

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

В случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС выносится решение о возможном допуске по всем классам Требований. Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

1.13.8. Доброкачественные внутричерепные образования после полного успешного удаления внутримозгового образования, после 12 месяцев наблюдения могут претендовать на восстановление в профессии. С учётом клинических проявлений, отсутствии поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений и др.), при отсутствии

судорожных припадков, после обследования в неврологическом или нейрохирургическом отделении ЦКБ ГА возможен допуск к профессиональной деятельности (D32.0;D36.1;D35.2; D35.4). В некоторых случаях при обнаружении доброкачественного образования небольших размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и др.) без нарушения функции, отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, отсутствии нарушений ликвородинамики позволяет разрешить выдачу положительного медицинского заключения без хирургического лечения (Кроме абитуриентов и студентов, которые признаются негодными к обучению).

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

1.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключения перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или лёгкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функции могут быть допущены к работе. Вопрос о восстановлении на лётную работу решается: после гриппозного энцефалита (G00.0) не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита (А85) - 2 года; острого клещевого энцефалита (А84) – 3 года.

Кандидаты на получение медицинского заключения переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом признаются негодными с правом восстановления через 1 год.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

1.13.12. Кандидаты на получение медицинского заключения с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями центральной нервной системы (ЦНС), нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами, признаются негодными без права признания годности в последующем (S 02.0; S06.1-S06.9;S14.1).

Медицинское освидетельствование заявителей, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее, чем через один год после травмы с ограничением OML в течение 3 лет (S06.2; S06.3), перенесшие сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга - через три-шесть месяцев после травмы (S06.0).

При вынесении медицинского заключения учитывается длительность периода измененного сознания и амнезии. Прогнозируя возможность развития поздней посттравматической эпилепсии, кроме характера и степени тяжести травмы, учитываются и другие факторы риска (включая психологические и психические

изменения). Оценка проводится с учетом анамнеза по результатам расширенного обследования, включая психологическое тестирование.

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

Годность к работе лиц с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии возможна в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (2-3 месяца после излечения основного заболевания (G99.1;G43).

1.13.14. Заболевания и повреждения периферической нервной системы - хронические с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году), при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются поводом для вынесения решения о негодности (M 54- M54.9; G 54.0- G54.8;G61.0;g62;G 63.2* (E10-E14+); G 63.3 G63.8 G 63.0).

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

1.13.16. После удаления грыжи межпозвонкового диска освидетельствование проводится через три-шесть месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

1.13.17. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками G 90 , годность определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются противопоказанием для заявителей, поступающих на учебу.

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

В основе обмороков у здоровых лиц лежит воздействие сверхсильных раздражающих факторов (экстракция или обработка зубов, амбулаторные операции, травмы, кровопотеря и так далее). Рефлекторные обмороки возникают у лиц с

функциональными расстройствами ЦНС (вегетативная дисфункция G 90, нейроциркуляторная дистония, неврозы, астеническое состояние).

При одно-двухкратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодным.

Возврат к положительному решению о допуске возможен после двух лет наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты признаются негодными.

1.14 Офтальмология (H00 – H59)

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

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

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

1.14.2. Острота зрения. (H52).

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

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

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

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

1.14.2.4. Кандидатам для получения медицинского заключения оптическая коррекция для дали (очки, контактные линзы) не требуется при следующих условиях:

- при остроте зрения без коррекции на каждый глаз 0.7 и выше.
- если острота зрения без коррекции менее 0.7 на один глаз, но при этом достигается острота бинокулярного зрения без коррекции 1.0.

В том числе и в условиях темновой адаптации. Обязательно наличие устойчивого бинокулярного зрения.

1.14.2.5. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0,7 или когда проявляются симптомы астигматизма, которые объясняются ошибкой рефракции. Определение надлежащей оптической коррекции для лица с ошибкой рефракции должно проводиться квалифицированным офтальмологом.

1.14.2.6. В случаях, когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат может быть признан годным при условии, что используемые корригирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении прав, предоставляемых запрашиваемым или имеющимся свидетельством или квалификационными отметками.

Кандидату с пресбиопией, который использует контактные линзы, может потребоваться назначение очков для чтения, для использования поверх контактных линз.

1.14.2.7. Перечисленные виды контактных линз не могут быть использованы:

- ортокератологические линзы;
- моновидение (если корригируют аметропию одного глаза на остроту зрения вдаль, а другой глаз используют без МКЛ для зрения вблизи);
- мультифокальные контактные линзы;
- косметические цветные линзы;
- линзы для изменения цветового восприятия.

При авиахимических работах коррекция контактными линзами не допускается.

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

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

Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

Рекомендации для подбора солнцезащитных очков для пилотов: оттенок линз должен быть нейтрального цвета (серый цвет приемлем). Фотохромные, поляризованные линзы не рекомендуются. Оправы должны быть хорошо подогнаны и достаточно большого размера, чтобы защитить глаза от попадания косых (отраженных) солнечных лучей.

1.14.3. Аккомодация. (H52).

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

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

1.14.4. Ошибка рефракции. (H52).

1.14.4.1. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны негодными при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии.

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

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

1.14.4.3. Кандидаты на получение медицинского заключения со следующими ошибками рефракции может быть оценен как соответствующий, при условии, что подобрана оптимальная, хорошо-переносимая коррекция, при этом, значительной офтальмологической патологии не выявлено.

Кандидат на получение медицинского заключения признается годным: Миопия, не выше 5.0D; Гиперметропия, не выше 4.0D; астигматизм, не превышающий +/- 2.0D; анизометропия, не превышающая 2.0D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 1.0 на каждый глаз. Кандидат на получение медицинского заключения при поступлении в учебное заведение ГА/ при прохождении первичного медицинского освидетельствования, признается годным: Миопия не выше 3.0 D, Гиперметропия не выше 4.0 D, Астигматизм не выше +/- 1.5D, Анизометропия не превышающая 2.0 D, при условии достижения оптимальной коррекции 1.0 на каждый глаз.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

1.14.4.4. Кандидатам на получение медицинского заключения с пониженной остротой зрения/ при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при прохождении предполетного осмотра.

1.14.4.5. Кандидатом на получение медицинского заключения предоставляются легкодоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

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

1.14.5. Цветовосприятие. (H53.5)

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

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

1.14.5.3. Кандидаты на получение медицинского заключения, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование- компьютерная аномалоскопия. К результату обследования должен быть приложен полный протокол, используемый для тестирования.

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

Для кандидатов на получение медицинского заключения, расстройство цветовосприятия по типу «цветослабость», таких как: дейтераномалия тип «С», «В», протаномалия тип «С», «В» - не является причиной для отказа в выдаче свидетельства. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими расстройствами цветовосприятия как: аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) тип «А»; Дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия); Монохромазия – должны быть признаны негодными.

1.14.6. Глазные болезни. Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразований. H00-H0.6; H10-H13; H15-H22; H25-H28; H30-H36; H43-H45; H46-H48; H53-H59; C69.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения), могут быть признаны годными при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранно, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанция), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке (острота зрения не ниже 0.6 без коррекции/ с коррекцией для лиц с аномалией рефракции), а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

Лица с отсутствием бинокулярного зрения признаются негодными, учитывая высокий риск развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценку бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого мед. освидетельствования.

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

1.14.6.1. Заболевания век и конъюнктивы: Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии паралича век и мышц. К данному пункту относятся такие заболевания как: недостаточность и выворот век (эктропион, энтропион), неправильное функционирование век, ухудшающее защиту глаза, лагофтальм, шрамы и сращение век между собой, птоз (врожденный или приобретенный), приводящий к сужению поля зрения, язвенные блефариты, злокачественные новообразования, доброкачественные опухоли, нарушающие функцию органа зрения и не подлежащие оперативному лечению.

Нерезко выраженные заболевания с редкими обострениями, не являются дисквалифицирующим фактором. К данному пункту относятся такие заболевания как: простые блефариты, врожденный птоз без нарушения зрительных функций (после консультации невролога), нерезко выраженные конъюнктивиты, небольшие бессимптомные и непрогрессирующие доброкачественные опухоли, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения. Онкологические образования кожи век: при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствие рецидива опухолевого роста. В данном случае, вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее, чем через 6 месяцев после окончательного излечения. Обязательно предоставляется заключение онколога.

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

1.14.6.2. Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей: кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

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

Состояния слезных органов и слезоотводящих путей, без нарушения слезоотведения, не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе. При восстановлении функции слезоотведения, а также в случаях отсутствия нижней слезной точки, при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оценивается канальцевая и носовая пробы).

1.14.6.3. После перенесенного острого заболевания: конъюнктивита, склерита, кератита, переднего увеита, легких повреждениях глазного яблока- заключение о допуске к летной работе выносится после выздоровления и прекращения лечения,

так как некоторые глазные препараты могут приводить к ухудшению зрения. Следует учитывать первопричину.

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

1.14.6.4(1). Заболевания глазного яблока с нарушением функций. Перечисленные ниже заболевания приводят к значительному ослаблению зрительных функций, что, в свою очередь, может препятствовать безопасному осуществлению профессиональных обязанностей.

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

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

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

Центральная серозная ретинопатия. Обладатели медицинского заключения должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

Отслойка сетчатки. Кандидаты на получение медицинского заключения и обладатели свидетельства, должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена в ЦВЛЭК при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки, после успешного проведения лазерного лечения, можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

Друзы зрительного нерва. Данное состояние не является причиной негодности, при условии приемлемой остроты зрения и сохранности периферического поля зрения. Подлежит динамическому наблюдению.

1.14.6.4(2). Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения.

К данной группе относятся:

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

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

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

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

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

1.14.7. Хирургия.

1.14.7.1. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются негодными к работе.

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

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

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

1.14.7.3. Кандидат на получение медицинского заключения, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как соответствующий при условии, что:

1) Предоперационная рефракция не превышала $+4.0\text{ D} / - 5.0\text{ D}$, $\text{cyl } +/- 2.5\text{D}$.

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

2) Операция прошла без осложнений.

3) Зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более $0,75\text{дптр}$ в дневное время).

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

5) Отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»).

6) Достигнутые результаты должны соответствовать допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования).

7) Результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению должны быть удовлетворительными.

8) Подлежит динамическому наблюдению.

9) Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен

включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

- ФРК (фоторефракционная кератэктомия) – вопрос о допуске решается не ранее, чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).
- Лазерный in-situ- кератомилез – вопрос о допуске решается через 4-6 недель, после проведенной операции.

1.14.7.4. Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

1.14.8. Глаукома. (H40-H42).

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

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

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

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

1.14.8.5. Категории авиационного персонала с диагнозом первичная открытоугольная глаукома с компенсированным ВГД, которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения, могут быть признаны годными к работе с применением официального медицинского заключения в ЦВЛЭК ГА.

1.14.8.6. В объем ежегодного обследования пациентов с глаукомой и внутриглазной гипертензией входит: измерение остроты зрения, измерение ВГД, биомикроскопия, исследование поля зрения, оценка побочных эффектов проводимой терапии. Также 1 раз в 3 месяца назначается контроль ВГД. Обязательными являются медицинские осмотры 1 раз в 6 месяцев.

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

1.14.8.8. Хирургия глаукомы. Тактика.

Вопрос о допуске к получению медицинского заключения решается:

Трабекулэктомия (или антиглаукоматозные операции с использованием дренажных систем)- не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции.

Селективная лазерная или аргонлазерная трабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

1.14.9. Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия. (H49-H51).

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

1.14.9.2. Бинокулярная функция. Кандидаты на получение медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться негодными:

Расстояние 6 метров:

- 1) 2.0 призмных D по вертикали (1 градус)
- 2) 10 призмных D при эзофории (5 градусов)
- 3) 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

- 1) 1.0 призмный D по вертикали (0)
- 2) 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса)
- 3) 12 призмных D при экзофории (6 градусов)

1.14.9.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с наличием гетеротропии (косолазие) должны быть признаны негодными.

1.15 Оториноларингология

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

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

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

1.15.2.2 Кандидаты на получение медицинского заключения с потерей слуха более 35 дБ на любой из частот 0,5 кГц, 1 кГц, 2 кГц и более 50 дБ на частоте 3 кГц

в любом ухе могут быть признаны годными при благоприятном течении заболевания с ограничениями и вынесением официального медицинского заключения (H90 - H91).

При функциональном исследовании слуха кандидаты на получение медицинского заключения должны демонстрировать удовлетворительную слуховую способность и иметь не менее 80% разборчивости речи на фоне шума на уровне не более 70 дБ.

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

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

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

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

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

1.15.3.1 Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как непригодные (H65 - H83). Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления.

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

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

После оперативных вмешательств на внутреннем и среднем ухе при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости, в зависимости от объема оперативного вмешательства, не ранее чем через 3-6 месяцев со дня операции проводится отомикроскопия, диагностическое и аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме, достаточном для решения вопроса о возможности и сохранности слуховой и барометрической функции (Н65 - Н83).

Перенесшие стапедопластику признаются негодными (Н80).

Кандидат на получение медицинского заключения с акустической невриномой должен быть признан непригодным (D36.1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с любой дисфункцией носовых пазух должны оцениваться как непригодные до полного выздоровления.

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

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

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

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

При аномалии прикуса I степени (расстояние между резцами менее 5 мм) кандидаты и обладатели свидетельств признаются годными.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как непригодные (F98.5; F98.6; R47-R49).

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

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

1.16 Дерматология (L00-L99)

Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

18.1 Кожные заболевания (псориаз (L 40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L 43), ихтиоз (Q 80, L 85), нейродермит (L 20.8), почесуха (L 28), крапивница (L 50), экзема (L 30), дерматит (L 20-L30), васкулиты и кожные проявления коллагенозов, грибковые (B 35), вирусные, бактериальные поражения кожи (L 00-L 08)), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а так же локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы) являются основанием для вынесения заключения о негодности.

18.2 Ограниченные, редко рецидивирующие формы, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о годности в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении дерматолога.

18.3 Кандидаты, страдающие пузырчаткой (L 10), проказой (A 30), грибковидным микозом (C 84)(лимфомой кожи) признаются негодными.

18.4 Оценка годности при заболеваниях придатков кожи (акне (L 70.5), различные виды алопеции (L 63), розацеа (L 71), гипертрихоз (L68) и т.д.) зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. При вторичном характере (на фоне патологии ЖКТ, эндокринных нарушений и др.) оценивается годность по основному заболеванию, учитываются риски развития аутоиммунных состояний, онкопатологии.

1.17 Онкология (С 00-D 48)

1.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных поражений (С 00-С 97), препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.17.2. При выявлении злокачественной опухоли Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. После лечения злокачественного заболевания Кандидаты на получение медицинского заключения проходят полное онкологическое обследование перед осуществлением медицинского освидетельствования.

1.17.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом внутричерепной злокачественной опухоли рассматриваются как негодные без права возобновления медицинского заключения.

1.17.4. При отсутствии метастазов в головной мозг, рецидивов, генерализации опухолевого процесса вопрос допуска к работе рассматривается не ранее, чем через шесть месяцев после окончания лечения (оперативного, химиотерапии, лучевой терапии, комбинированного) при полной и стабильной компенсации функций организма. В документах, представляемых для оценки, отражаются стадия опухоли по классификации (TNM), развернутое патоморфологическое заключение (анатомический тип роста опухоли, ее морфологическая характеристика, состояние региональных лимфоузлов), проведенное лечение (для хирургического - дата, характер операции и течение послеоперационного периода; для химиотерапии - сроки, количество, доза, переносимость; для лучевого - сроки и методика облучения,

суммарная очаговая доза, общая и местная лучевая реакция). Допуск к работе осуществляется с ограничением TML.

1.17.5. При патоморфологическом заключении «рак in situ» (D 00-D 09) независимо от локализации опухоли, решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

1.17.6. При выявлении доброкачественной опухоли (D 10-D 36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяется масштабами операции и их исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей, представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

1.17.7. Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб (E 05.2, E 01.1, E 04.9) кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N 40), мастопатии (N 60) оцениваются по степени нарушения функции органов и болевого синдрома.

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

1.17.9. При аденоме, если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится через 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

1.17.10. Доброкачественные опухоли небольших размеров, без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

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

2.1 Заболевания коронарных артерий (I20-I25).

2.1.1. Стенокардия. Безболевого ишемия миокарда (I20).

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с установленным диагнозом стенокардии, либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда, признаются негодными.

2.1.2. Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события, процедура реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий (I21-I25).

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

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

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

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

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

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

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

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

для мужчин: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,4$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 259 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ) ≥ 132 г/м²; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 6,4$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,3$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 210 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ) ≥ 109 г/м²; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 5,8$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

Выдача медицинского заключения 2 класса допускается в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – уровни ХС < 5 ммоль/л, ЛПНП < 3 ммоль/л, артериальная гипертензия – уровень АД < 140/90 мм рт.ст., гипергликемия – уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%, снижение функции почек – уровень СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м², ожирение – снижение ИМТ < 30 кг/м², гиперурикемия – уровень мочевой кислоты ≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярное (минимум один раз в год) кардиологического обследования.

2.1.3. Нарушения ритма сердца и проводимости сердца

2.1.3.1. Предсердная экстрасистолия (I49.1 - I49.2).

Наджелудочковая экстрасистолия не является основанием для вынесения решения о негодности за исключением ее симптомного течения или при индукции

наджелудочковыми экстрасистолами пароксизмальных наджелудочковых нарушений ритма сердца, подразумевающих вынесение решения о негодности, выявленных при проведении кардиологического обследования.

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

Бессимптомная желудочковая экстрасистолия 1 градации по B.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan (менее 5 экстрасистол в минуту по данным ЭКГ и менее 30 экстрасистол в час при мониторинговании суточной ЭКГ) не является основанием вынесения решения о негодности и проведения кардиологического обследования.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с желудочковыми экстрасистолами 2, 3 и 4а-б градаций по B.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 5 градаций по B.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, эпизодами желудочковой тахикардии, после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования, выносится решение о негодности.

2.1.3.3. Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5).

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

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

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

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Не является основанием для вынесения решения о негодности после кардиологического обследования:

бессимптоматическая синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз $\leq 3,0$ сек при отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, допускается выдача медицинского заключения 2 класса.

2.1.3.4. Предсердная тахикардия (I47.1).

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

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

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

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

2.1.3.5. Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48).

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

значимой структурной патологии сердца;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

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

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

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

Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 2 класса:

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

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

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

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает $\leq 4,5$ см и индекс ВД ЛП/ППТ $\leq 2,5$ см/м²;

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

отсутствии фибрилляции предсердий/ трепетания предсердий при трехкратном суточном мониторировании ЭКГ, выполненных с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев при условии отмены антиаритмической и антикоагулянтной терапии;

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

2.1.3.6. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией подлежат кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардии, медицинское заключение 2 класса не выдается при:

отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

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

индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

2.1.3.7. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией с дополнительными путями проведения кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса во время освидетельствования или в анамнезе феномена WPW и/или эпизодов атриовентрикулярной реципрокной тахикардии с дополнительными путями проведения, медицинское заключение 2 класса не выдается при:

первичном освидетельствовании (за исключением случаев, когда у кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с феноменом WPW при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) > 300 мс или у кандидата на получение медицинского заключения 2 класса проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу наличия дополнительных путей проведения);

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

индуцировании при электрофизиологическом исследовании эпизод атриовентрикулярной реципрокной тахикардии или при определении показателя

эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) <300 мс;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается если:

была проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтвержденная результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием или при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) > 300 мс;

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

регулярно (не реже 1 раза в год) кардиологическое обследование.

2.1.3.8. Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0- I44.3).

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2:1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гисса или паузами ≥ 3 сек;

атриовентрикулярной блокаде III степени;

установленном эндокардиальном кардиостимулятором;

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

В остальных случаях выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проводится кардиологическое обследование.

2.1.3.9. Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4- I44.7)

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным нарушением внутрижелудочковой проводимости подлежат кардиологическому обследованию.

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

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса полной блокады правой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 2 класса выдается при отсутствии:

значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;
отрицательной пробе ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум, необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);
на суточном мониторинге ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности;
жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

При впервые выявленной полной блокады левой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 2 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;
выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;
наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

отсутствует значимая структурная патология сердца;
отрицательная проба ЭКГ с физической нагрузкой (как минимум, необходимо достижение стадии IV протокола Брюса или ее эквивалента);
при суточном мониторинге ЭКГ отсутствуют нарушения ритма и проводимости, подразумевающие вынесение решения о негодности;

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

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

Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гисса не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения при:

отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

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

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

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с диагностированными ионными каналопатиями подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

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

Медицинское заключение 2 класса не выдается:

первичном освидетельствовании;

наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

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

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

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

Выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств при выявлении синдрома удлиненного ионных каналопатий в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование. Необходимо соблюдение следующих условий:

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по V.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

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

отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

2.1.5. Патология клапанов сердца.

2.1.5.1. Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с двустворчатым аортальным клапаном могут быть признаны годными без ограничений при

отсутствии значимой структурной патологии сердца, отсутствии жалоб и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также при регулярном (не реже 1 раза в 2 года) кардиологическом обследовании.

2.1.5.2. Аортальный стеноз (I35.0, I06.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от летного и кардиологического обследования.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

Первичном медицинском освидетельствовании;

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

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

увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

2.1.5.3. Аортальная регургитация (I35.1, I06.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной аортальной регургитацией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

диаметре корня аорты $> 5,0$ см;

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

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

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

При аортальной регургитации с КДР ЛЖ $\geq 6,2$ см и $\leq 6,5$ см и КСР ЛЖ $\geq 4,2$ см и $\leq 4,4$ см, выдача медицинского заключения допускается только при условии

регулярного(не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

2.1.5.4. Патология митрального клапана (I34 , I05).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной патологией и аномалиями митрального клапана подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

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

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

- площади митрального отверстия $\leq 1,5$ см² при митральном стенозе;
- площади струи регургитации ≥ 4 см² или $\geq 20\%$ от площади левого предсердия и/или ширине *vena constanta* $\geq 0,3$ см при митральной регургитации;
- ревматическом митральном стенозе/регургитации;
- неревматической неишемической регургитации митрального клапана, вызванной разрывом хорды или ишемическим повреждением папиллярных мышц;
- наличии фибрилляции предсердий или трепетания предсердий на фоне митрального стеноза/регургитации;
- увеличении КДР ЛЖ $\geq 6,1$ см;
- увеличении КСР ЛЖ $\geq 4,2$ см;
- увеличении толщины межжелудочковой перегородки $\geq 1,4$ см;
- выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;
- наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

В остальных случаях допускается выдача медицинского заключения только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

2.1.5.5. Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса обладателей свидетельств, перенесших замену аортального клапана биологическим протезом или хирургическое восстановление митрального клапана, проводится не ранее, чем через 6 месяцев после оперативного лечения.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

- аортальной вальвулопатии;
- замене митрального клапана;
- наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;
- отсутствии постоянного синусового ритма;
- наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;
- выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;
- увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;
- наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также, в случае необходимости, получают медикаментозную терапию.

2.1.6. Перикардит, миокардит и эндокардит (I30- I33, I40).

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

Медицинское заключение 2 класса не возобновляется при:

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

В течение первых двух лет после перенесенного заболевания, допуск к работе обладателей свидетельств при условии регулярного (не менее одного раза в год) проведения кардиологического осмотра.

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

2.1.7. Кардиомиопатии (I42).

2.1.7.1. Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1- I42.2).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной гипертрофической кардиомиопатией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

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

градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое ≥ 50 мм рт.ст;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

2.1.7.2. Рестриктивная кардиомиопатия (I42.5).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной рестриктивной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается или не возобновляется при:

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

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной дилатационной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается:

в течение первого года после верификации диагноза;
 при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.;
 при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по B.Low и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

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

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

2.1.7.4. Саркоидоз с поражением сердца (D86.8).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с впервые установленным диагнозом подлежат и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается:

в течение первых шести месяцев после верификации диагноза;
 при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;

при отсутствии признаков гипоксемии;

при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе, при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

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

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в шесть месяцев) осматриваются кардиологом, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

2.1.7.5. Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1–V3, удлинение комплекса QRS ≥ 110 мс с инверсией зубца Т в отведениях V1–V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гисса, инверсия зубцов Т в отведениях V1 - V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гисса, и т.д.) подлежат кардиологическому обследованию.

Установление диагноза является причиной отказа для допуска к работе.

2.1.7.6. Синдром спортивного сердца (I42.7).

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин $\geq 6,0$ см (для женщин $\geq 5,3$ см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин $\geq 3,2$ см/м² (для женщин $\geq 3,3$ см/м² требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями сердца.

После постановки диагноза «синдром спортивного сердца», при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты допускаются к летной работе без ограничений.

2.1.8. Врожденные пороки сердца.

2.1.8.1. Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными дефектами межпредсердной перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

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

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте до 24 лет, заключение 2 класса выдается без ограничений при условии регулярного (не менее 1 раза в год) кардиологического обследования.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте после 24 лет, при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с

соотношением максимальных с соотношением $QP/QS \leq 1,5:1$ по данным эхокардиографии, при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса, возможна выдача медицинского заключения 2 класса при соблюдении следующих условий:

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

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

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

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

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

2.1.8.2. Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными дефектами межжелудочковой перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межжелудочковой перегородки, наличии дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением $QP/QS \leq 1,5:1$ по данным эхокардиографии, возможна выдача медицинского заключения 2 класса при соблюдении следующих условий:

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

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинге ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

2.1.9. Артериальная гипертензия и гипотензия (I10- I15, I95).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным повышением артериального давления $\geq 140/90$ мм рт.ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск осуществляется по результатами суточного давления артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления $<130/80$ мм рт.ст. и отсутствии эпизодов артериальной гипотензии $<90/60$ мм рт.ст.

Допускается выдача медицинского заключения 2 класса без применения ограничений при стабильном уровне артериального давления $<145/95$ мм рт.ст. в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и, в случае необходимости, получают медикаментозную терапию.

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

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

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

Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с артериальной гипотензией <90 мм рт.ст., сопровождающееся клинической симптоматикой, признаются негодными.

2.2. Периферические артерии и венозная система (I 70-I 89)

2.2.1. При облитерирующих заболеваниях артерий наличие болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности (I 70).

Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, являются основанием для определения негодности. Диагностированная артериальная аневризма (I 72) на фоне имеющихся клинических проявлений или, если аневризматическое расширение имеет диаметр более 5 см., является основанием для определения негодности. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 2 класса не ранее, чем 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I 71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 2 классу.

2.2.2. При варикозном расширении вен (I 83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности. Сроки восстановления на летнюю работу зависят от вида хирургического пособия,

но не менее 3 недель. Решение о годности после вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости, по результатам дополнительного контрольного обследования.

После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах конечностей (I 80) вопрос о допуске решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, на основании клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности (I 87.0).

2.3 Система органов дыхания (J00-J99)

2.3.1 Кандидат на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.3.2 Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным нарушением функции легких признаются негодными. Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований. При этом ОФВ₁, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

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

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

2.3.5 Кандидаты на получение медицинского заключения с ХОБЛ в стадии ремиссии с ограниченным пневмосклерозом и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ₁, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой системы при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

2.3.6 При проникающем ранении грудной клетки, при наличии инородных тел в грудной стенке или в легочной ткани, отдаленных от крупных сосудов сердца, не

дающих клинических проявлений и при хорошей функции внешнего дыхания, возможно определение годности.

2.3.7 Кандидаты на получение медицинского заключения с активными формами туберкулеза органов дыхания (A15) или с выраженными остаточными изменениями признаются негодными.

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

2.3.9 При восстановлении на работу кандидаты на получение медицинского заключения после закрытия листка нетрудоспособности представляют заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением допуска к работе.

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

2.3.11 При диафрагмальных грыжах со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюкс-эзофагитом, выносится заключение о негодности;

2.3.12 Кандидаты на получение медицинского заключения с активным саркоидозом (D86) признаются негодными. Восстановление на работу может быть не ранее, чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на обучение с любой формой саркоидоза признаются негодными.

2.4 Пищеварительная система (K00-K93)

2.4.1. Кандидат на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий соответствующего свидетельства.

2.4.2. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной вынесения о негодности. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как негодные.

2.4.3. Кандидаты на получение медицинского заключения со следующей патологией желудочно-кишечного тракта: рецидивирующие диспепсические

расстройства (K58), требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии (K73); цирроз печени (K74.3-K74.6); симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями (K80); острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника (K25.0-K25.6); после перенесенного хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, включая хирургическое полное или частичное удаление органов или с нарушением функции какого-либо из органов рассматриваются как негодные к работе.

Годность к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

2.4.4. При варикозном расширении вен пищевода, независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными без права восстановления.

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

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

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

2.4.7. При установлении диагноза цирроза печени (K74.3-K74/6) принимается решение о негодности.

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

2.4.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K63) признаются годными с ограничением TML на протяжении 3 лет, если болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

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

2.4.11. При спаечной болезни (K66) с выраженными клиническими проявлениями Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма (Q43.8) без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности.

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

2.4.13. Диагностированная грыжа (K-40-K46), мешающая безопасно выполнять профессиональные обязанности, является причиной дисквалификации до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности. При паховых грыжах и грыжах брюшной стенки при отсутствии риска ущемления и болевого синдрома после консультации хирурга рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке. В данном случае выдается ограничение OML.

2.4.14. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (K60-K63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются негодными.

2.4.15. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функции прямой кишки вопрос о годности рассматривается после выздоровления.

2.5 Метаболические нарушения и эндокринная система (E00-E90)

2.5.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

2.5.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с выраженными формами болезней эндокринной системы признаются негодными, в том числе с сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый) (E10). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа (E11) оцениваются как непригодные, если не достигается полного контроля содержания сахара в крови и требуется постоянный прием гипогликемических лекарственных

препаратов и инсулина. Допуск к работе с ограничением OML осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения лекарственных препаратов, вызывающих гипогликемию. Разрешается использование противодиабетических препаратов, которые не вызывают гипогликемию - ингибиторов альфа-глюкозидазы (глюкобай) и/или группы бигуанидов (метформин) как дополнение к диете.

2.5.4. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения подлежит наблюдению и лечению до двух месяцев. Допуск к работе решается после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты.

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

2.5.6. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления диагноза.

2.5.7. Решение о допуске к работе заявителя при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения не менее трех месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05) - без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03)- с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

2.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66). Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м². Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела - ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени - ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени - ИМТ >35,0.

2.5.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с ИМТ >35,0 признаются годными при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома. При метаболическом синдроме - комплексе метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, при повышенном артериальном давлении происходит увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемия, нарушающие углеводный, липидный, пуриновый обмен.

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

2.6 Гематология (D50-D89)

2.6.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.6.2. Оценка годности заявителей с гематологическими расстройствами, такими, как анемия (гемоглобин менее 105 граммов на литр) (D50); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства (D68); лейкемии (C91-C92); полицитемии (D45), гемоглобинопатии (D58.2); значительное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезёнки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

2.6.3. Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней) положительных результатах лечения (гемоглобин не менее 120 граммов на литр - у женщин, 130 граммов на литр - у мужчин), компенсированные гемоглобинопатии без склонности к рецидивам не являются причиной для вынесения решения о негодности. Анемия, которая не поддается лечению, является причиной вынесения решения о негодности.

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

2.6.5. При лейкозах (C91-C92), миеломной болезни (C92), лимфогрануломатозе (C81), злокачественных анемиях (D60-D64, тяжелых формах геморрагического диатеза (D69,9) кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

2.6.6. При лимфоме Ходжкина (C81) после завершения лечения; после проведенного лечения другой злокачественной патологии лимфоидной системы с восстановлением от острого инфекционного процесса и демонстрацией полной ремиссии; при острой и хронической лейкемии в период установления полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность), имеющих значение для безопасности полетов, - выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

2.6.7. Первичный эритроцитоз с риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (D75) определяет негодность.

2.6.8. Применение антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота в малых дозах) не является противопоказанием для работы (обучения), тогда как при приеме антикоагулянтных препаратов (гепарин, кумарин, варфарин) и клопидогреля выносится решение о негодности.

2.7. Мочеполовая система (N 00-N 99)

2.7.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональной или органической патологии мочеполовой системы,

препятствующей безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.7.2. Пороки развития, последствия повреждений мочеполовых органов и операции на них, опущение почек, водянка яичка и семенного канатика, расширение вен семенного канатика, сопровождающиеся нарушением функции, болевым синдромом являются основанием для определения негодности (N 25-N 39). Лица, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведения яичка, эктопии), при умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного увеличения их при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными.

2.7.3. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от её объёма и технологии. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее, чем через три недели после операции в зависимости от её вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

2.7.4 Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, такие как туберкулез почек и мочеполовых органов (А 18.1), пиелонефрит (N 11.0), цистит (N 30), уретрит (N 34), простатит (N 41) в фазе активного воспаления определяют негодность к работе (обучению).

Острый гломерулонефрит (N 00-N 08) требует лечения в течение 3-6 месяцев, после чего решается вопрос о переходе его в хроническую форму.

Допуск к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решаются на основании выраженности симптоматики.

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

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

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

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

расценивается как дополнительный неблагоприятный синдром. При этом кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными к работе.

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

2.7.6. Кандидаты на получение медицинского заключения, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по результатам расширенного урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

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

2.7.8. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики обладатели медицинского заключения признаются годными к работе при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек с ограничением OML в течение трёх лет.

При наличии конкрементов в мочевых путях (N 20-N 23) выносится заключение о негодности с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам контрольного обследования.

2.8. Инфекционные заболевания (A00-D99)

2.8.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.8.2. Признание годности ВИЧ-положительных (D20-D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением OML/TML рассматривается для лиц со стабильной, не прогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми ИКАО препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса дисквалифицирует.

2.8.3. При выявлении или подозрении у кандидата на получение медицинского заключения венерического заболевания подтверждение диагноза и лечение проводится в специализированном учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после излечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения дерматовенеролога.

2.8.4. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у кандидата на получение медицинского заключения, оцениваются по степени

нарушения функции органов и систем организма. При этих заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции органов, общей астенизацией, выносится решение о негодности к работе. После лечения острых инфекций и инвазий, при бессимптомном течении болезни с незначительным нарушением функции органов кандидат на получение медицинского заключения допускается к работе. Бортпроводники допускаются к работе при отрицательных результатах бактериологического обследования.

При стойком бактерионосительстве (более 3-х месяцев) после перенесенной острой дизентерии, тифо-паратифозных заболеваний, бортпроводники признаются негодными к работе.

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

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

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

2.9. Акушерство и гинекология (N 70-N 77) (N 80-N 98) (O 00-O 99)

2.9.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.9.2. Пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N 94) (метроррагия, боли); эндометриоз (N 80); симптомная миома матки (D 25); хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени (N 81); мочеполовые и кишечно-половые свищи (N 82); разрывы промежности (O 70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

2.9.3. Лечение острого периода болезней шейки матки (N 86-N 88) (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион, дисплазии) предполагает отстранение от полетов сроком от 3 недель до 3 месяцев. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Возобновление медицинского заключения после хирургического лечения заболеваний женской половой сферы рассматривается при лапароскопической операции через 4-6 недель после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) - через 2 месяца после операции.

2.9.4. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриодная и фолликулярная кисты (N 83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не

сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

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

2.9.6. С момента установления беременности (Z 33) авиационный персонал признается негодным к летной, диспетчерской работе, работе бортпроводником. Допуск к работе после родов или при прекращении беременности, осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.

2.10. Опорно-двигательный аппарат (M00-M99)

2.10.1. Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса не имеют нарушений костно-мышечного аппарата, как врождённых, так и приобретённых, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.10.2. Физическое развитие заявителя и соответствие массы тела росту рассчитывается по ИМТ по Кетле при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития обучающихся в АУЦ учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела может отставать от роста), дефицит массы тела менее 25 процентов не расценивается как проявление недостаточного физического развития. Пороки развития, хронические болезни костей, суставов, хрящей, мышц и сухожилий, последствия травм и операций, рубцы после ожогов и обморожений у заявителя оцениваются в зависимости от степени прогрессирования, локализации, наличия косметического дефекта и имеющихся функциональных нарушений. Прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функции в значительной степени, болевым синдромом, мешающие ношению одежды, обуви, состояния являются основанием для признания негодности. При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (M 42) (межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (T 30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функции без болевого синдрома, не прогрессирующие, не мешающие ношению одежды и обуви заключение о годности выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением OAL, Кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота - негодны.

При инфантилизме (R 62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

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

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

Негодность к работе (обучению) определяют отсутствие стопы, врожденная или приобретенная патология стопы (Q 72, Z 89), нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу.

2.10.4. Плоскостопие (Q 66) без явлений выраженного остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является основанием для вынесения заключения о негодности.

2.10.5. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более 2 см. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления). При нарушениях походки, статической функции бортпроводники признаются негодными.

В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению, Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

Применение различного рода фиксаторов при остеосинтезе и операциях по протезированию, с благоприятным послеоперационным течением, достаточной функциональной состоятельностью, по данным анамнеза, осмотра, контрольного рентгенологического исследования, заключению травматолога-ортопеда не является основанием для вынесения заключения о негодности. После операций по протезированию суставов рассмотрение вопроса о годности возможно не ранее чем через 6 месяцев после вмешательства.

2.10.6. При остеомиелите (M 86) при наличии секвестральных полостей, свищей Кандидаты на получение медицинского заключения негодны, подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

2.10.7. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнение продольной связки, обнаруженные рентгенологически, но без клинических проявлений, не являются основанием для вынесения заключения о негодности.

2.10.8. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

2.10.9. При переломе тел позвонков (S 22, S32) с подвывихом, при туберкулезе (M 49.0) позвоночника (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносится заключение о негодности. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков, при условии полного восстановления функции допускается освидетельствование после успешного

оперативного лечения через 6 месяцев, после чрескожной вертебропластики через 2 месяца.

2.10.10. В случаях перелома поперечных, остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении функции и исчезновении болевого синдрома.

2.10.11. 17.10 При консолидированных переломах костей таза (S 32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

2.10.12. Кандидаты на получение медицинского заключения с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (M 00-M 03, M 05-M 14, M 15-M 19) при остром и подостром течении, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств, признаются негодными.

2.10.13 При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии, без выраженных нарушений функции органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов. При этом кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота признаются негодными.

2.11. Психиатрия (F0-F99)

2.11.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врождённых, так и приобретённых, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства и создавать угрозу безопасности полётов.

2.11.2. Кандидаты на получение медицинского заключения с психическими расстройствами или расстройствами поведения, причиной чего является злоупотребление спиртных напитков, либо однократное использование запрещённых психотропных веществ, рассматриваются как негодные вплоть до выздоровления и прекращения использования психотропных веществ, а также после положительного результата наркологического и психиатрического обследования, проводимого после успешного лечения (F10-19).

2.11.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с установленными в наркологическом стационаре диагнозами «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя, психоактивных веществ (далее ПАВ: опиоидов, каннабиноидов, седативных средств, гипнотических препаратов, кокаина, других стимулирующих средств, галлюциногенов и летучих растворителей), кроме табака и кофеина признаются негодными. В тех случаях,

когда при проведении скрининг-тестирования по показаниям или выборочно на наличие ПАВ (и их метаболитов) в биологических средах (моча и кровь) обнаруживаются положительный результат, кандидаты на получение медицинского заключения в установленном порядке направляются на консультацию к врачу наркологу(F10-19).

При повторном установлении факта употребления (состояния одурманивания) ПАВ выносится заключение о негодности. При подтвержденной зависимости (злоупотреблении) от психоактивных веществ и алкоголя, выносится решение о негодности.

2.11.4. Кандидаты на получение медицинского заключения с клинически поставленными диагнозами шизофрении, эндогенной депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как непригодные по всем графам требований без права восстановления. Диагноз подтверждается в специализированном учреждении психиатрического профиля с вынесением комиссионного заключения психиатрической врачебно-консультативной комиссии (ВКК).(F00-F09F20-F39;F60-F69).

2.11.5. Кандидаты на получение медицинского заключения с психиатрическими заболеваниями, такими как аффективное расстройство; невротическое нарушение; личностное нарушение; психическое расстройство или расстройство поведения проходят психиатрическое обследование в специализированном учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

При астеническом состоянии или неврастеническом, ситуационно обусловленном синдроме; при кратковременных психических соматогенно-обусловленных расстройствах, после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии, кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными через четыре - шесть месяцев после соответствующего психиатрического обследования при положительных результатах психологического тестирования, клинического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб с ограничением OML/TML (F40-F49)

Психопатии (независимо от форм и выраженности) и расстройства личности непсихотического характера (паранойяльного, аффективного, шизоидного, возбудимого и других типов), психический инфантилизм, акцентуация характера, профессионально неблагоприятные психологические отклонения личности, выявляемые при психологическом тестировании, являются причиной вынесения решения о негодности (F40-F49).

Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмечаемых у заявителя, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация психиатра.

При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

2.12. Психология

2.12.1. При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также когнитивные функции авиационного персонала, оказывающие влияние на безопасность полетов, также степень их ухудшения в динамике: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счёт, объём памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

2.12.2. Обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводится в соответствии с действующим «Руководством по психологическому обеспечению отбора, подготовки и профессиональной деятельности летного и диспетчерского состава гражданской авиации Российской Федерации», строится по определенному алгоритму.

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

2.12.3. Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из двух частей:

1. диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения;
2. оценка профессионально-важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

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

Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1. Со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей заявителя:
 - 1.1. недостоверные результаты по личностным тестам;
 - 1.2. признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);
 - 1.3. наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;
 - 1.4. наличие признаков расстройства личности;
 - 1.5. наличие профессионально-неблагоприятных личностных характеристик;
 - 1.6. наличие признаков акцентуации характера;
 - 1.7. присутствие языкового барьера;

1.8. наличие татуировок и шрамов.

2. Со стороны оценки профессионально важных качеств заявителя (когнитивные и высшие психические функции):

2.1. высокая вероятность эффекта тренированности;

2.2. общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий» уровни;

2.3. снижение результатов обследования отдельных психических функций.

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

Профессионально неблагоприятные личностные особенности охватывают область межличностных отношений и взаимодействия авиационного персонала, а также уровень сохранности когнитивных процессов и высших психических функций.

В случае п.1.4., 1.5., 1.6, 1.8 кандидат на получение медицинского заключения направляется медицинским психологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) на консультацию к психиатру ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

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

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

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

- работа с психотерапевтом по профилю с предоставлением выписки.

При восстановлении на летную работу (обучении в профильном учебном заведении ГА) кандидат на получение медицинского заключения обязан выписку из амбулаторной карты о пройденном лечении.

В случае п.2.2, 2.3 «низкий» уровень сохранности когнитивных и высших психических функций сам по себе не может быть поводом для отстранения кандидата на получение медицинского заключения от работы, однако является фактором существенно отягощающим прогноз безопасности полетов (управление воздушным движением).

2.12.4. Проблема языкового барьера.

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

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

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

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

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

Татуировки допустимы:

- на закрытых участках тела;
- размер (площадь нанесения) не более 10x10;
- с символикой, не содержащей агрессивной, антинационалистической, террористической тематики.

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

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

Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

2.13. Неврология (G00-G99)

2.13.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.13.2. Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ (G40-G42):

Кандидаты на получение свидетельства с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии; рецидивирующих приступах потерь сознания неуточнённого генеза рассматриваются как негодные к работе и обучению.

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

применения лекарственных средств не исключает вынесения о годности по всем классам требований.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность (G40-G42).

При однократных эпилептических припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии - экспертная оценка зависит от основного заболевания. Сроки наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению допуска не менее 2 лет.

2.13.3. Сосудистые поражения головного мозга(I60;I61;I62;I63; I64'I65; I67:I68;I69;G45;G95)

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

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

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

2.13.4. Экспертиза при сосудистых заболеваниях:

Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза церебрального атеросклероза, предусматривающего негодность, кроме выявления у абитуриентов и курсантов, которые признаются негодными (I67.2).

При выявлении стабильных стенозов брахиоцефальных сосудов (БЦС) небольших и умеренных размеров (до 50%) и отсутствии изменений в

неврологическом статусе, когнитивной сфере и по данным нейровизуализации, исключая органические поражения головного мозга (последствия инсульта, проявления дисциркуляторной энцефалопатии и др.) (I67.2) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к профессиональной деятельности (кроме абитуриентов и курсантов, которые признаются негодными).

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

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

При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение о негодности по всем классам требований. Вопрос о возврате к экспертному решению о допуске к работе возможен после 12 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА.

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

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

В случае геморрагического инсульта (ГИ), (I60-I69.2) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы. Наличие факторов риска и сопутствующих заболеваний приводящих к рецидивирующему течению предусматривают негодность без права восстановления в последующем по всем классам требований.

Субарахноидальное кровоизлияние или изменения сосудистой системы головного мозга (артериальные аневризмы церебральных сосудов (I60); сосудистые мальформации ЦНС (I67.1): артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0), вторичные причины: артериальная гипертензия; васкулиты (I73.1; M30.1-M35.2); болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов и др. препаратов, угрожающие развитию САК являются основанием для принятия решения о негодности D68.8-D75.2; D47.3).

2.13.5. После хирургической коррекции аневризм сосудов головного мозга при отсутствии признаков последствий кровоизлияний в виде очаговой неврологической симптоматики, судорожных припадков и нарушений когнитивных функций, через 12 месяцев возможно рассматривать вопросы продления профессиональной деятельности после стационарного обследования в неврологическом отделении ЦКБ ГА неврологом ЦВЛЭК.

Абитуриенты и курсанты признаются негодными без права восстановления.

2.13.6. Заявители с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (С69-С72;С47), сирингомиелия (G 95.0), рассеянный склероз (G35); б. Паркинсона(G20;G21) и другие заболевания прогрессирующего характера); острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис, остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы с нарушением функций (А80-А89;В0-В24), ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата (G12; G12.9) (миастения (G70-G73), миопатия G73.4;G73.7), миотония (G71.1), миоплегия) признаются негодными при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей и с учётом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

2.13.7. Заявители с заболеваниями нервно-мышечного аппарата и наследственно-дегенеративными заболеваниями в начальной стадии с медленным прогрессивным течением, с достаточной сохранностью профессионально важных функций; перенесшие инфекционные или интоксикационные заболевания ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций освидетельствуются с целью допуска к работе через один год наблюдения по результатам расширенного неврологического обследования на базе неврологического отделения ЦКБ ГА. Вынесение экспертного решения о допуске возможно при медленно прогрессирующем течении и изменениях по данным клинического и инструментального исследования с учётом отсутствия возникновения угрозы безопасности полетов и управлением воздушным движением.

В случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС выносится решение о возможном допуске по всем классам Требований. Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

2.13.8. Доброкачественные внутричерепные образования после полного успешного удаления внутримозгового образования, после 12 месяцев наблюдения могут претендовать на восстановление в профессии. С учётом клинических проявлений, отсутствии поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений и др.), при отсутствии судорожных припадков, после обследования в неврологическом или нейрохирургическом отделении ЦКБ ГА возможен допуск к профессиональной деятельности (D32.0; D36: D35.2; D 35.4). В некоторых случаях при обнаружении доброкачественного образования небольших размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и др.) без нарушения функции,

отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, отсутствии нарушений ликвородинамики позволяет разрешить выдачу положительного медицинского заключения без хирургического лечения (Кроме абитуриентов и студентов, которые признаются негодными к обучению).

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

2.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключения перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или лёгкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функции могут быть допущены к работе. Вопрос о восстановлении на лётную работу решается: после гриппозного энцефалита (G00.0) не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита (А 85) - 2 года; острого клещевого энцефалита (А84)– 3 года.

Кандидаты на получение медицинского заключения на получение медицинского заключения переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом признаются негодными с правом восстановления через 1 год.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

2.13.12. Кандидаты на получение медицинского заключения на получение медицинского заключения с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями центральной нервной системы (ЦНС), нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами, признаются негодными без права признания годности в последующем (S02.0; S06.1-S06.9; S14.1).

Медицинское освидетельствование заявителей, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее, чем через один год после травмы с ограничением OML в течение 3 лет (S 06.2; S06.3), перенесшие сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга - через три-шесть месяцев после травмы (S06.0).

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

2.13.13. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции вагovasального, симпатического, смешанного

характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа; мигрень, соларит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности (G90; M89.0; G99; I 73.0; E 22.0- E 22.2).

Годность к работе лиц с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии возможна в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (2-3 месяца после излечения основного заболевания) (G 99-\$ G43).

2.13.14. Заболевания и повреждения периферической нервной системы - хронические с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году), при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются поводом для вынесения решения о негодности (M54-M54.9; G61;G62; G63* (E10-E14+); G63.3; G63.8;G63.0).

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

2.13.16. После удаления грыжи межпозвоночного диска освидетельствование проводится через три-шесть месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

2.13.17. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются противопоказанием для заявителей, поступающих на учебу.

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

В основе обмороков у здоровых лиц лежит воздействие сверхсильных раздражающих факторов (экстракция или обработка зубов, амбулаторные операции, травмы, кровопотеря и так далее). Рефлекторные обмороки возникают у лиц с функциональными расстройствами ЦНС (вегетативная дисфункция, нейроциркуляторная дистония, неврозы, астеническое состояние).

При одно-двукратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных

повторяющихся эпизодах кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодным.

Возврат к положительному решению о допуске возможен после двух лет наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты признаются негодными.

2.14. Офтальмология (Н00 – Н59)

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

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

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

2.14.2. Острота зрения. (Н52).

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

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

2.14.2.3. Для кандидатов на получение медицинского заключения пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, острота зрения с коррекцией должна составлять 0.8 или выше на каждый глаз, обязательно наличие нормального поля зрения.

2.14.2.4. Кандидатам на получение медицинского заключения, при бинокулярной остроте зрения без коррекции 0.7 и выше, в том числе, в условиях темновой адаптации, оптическая коррекция для дали (очки/ контактные линзы) не требуется.

2.14.2.5. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0,7 или когда проявляются симптомы астенопии, которые объясняются ошибкой рефракции. Определение надлежащей оптической коррекции для лица с ошибкой рефракции должно проводиться квалифицированным офтальмологом.

2.14.2.6. В случаях, когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат может быть признан годным при

условии, что используемые корректирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении прав, предоставляемых запрашиваемым или имеющимся свидетельством или квалификационными отметками. Кандидату с пресбиопией, который использует контактные линзы, может потребоваться назначение очков для чтения, для использования поверх контактных линз.

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

Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

Линзы для изменения цветового восприятия не могут быть использованы.

2.14.3. Аккомодация. (H52).

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

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

2.14.4. Ошибка рефракции. (H52).

2.14.4.1. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны негодными при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии.

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

2.14.4.3. Кандидат на получение медицинского заключения со следующими ошибками рефракции может быть оценен как соответствующий, при условии, что подобрана оптимальная, хорошо-переносимая коррекция, при этом, значительной глазной патологии не выявлено.

2.14.4.4. Кандидат на получение медицинского заключения признается годным: Миопия, не выше 6.0D; Гиперметропия, не выше 5.0D; астигматизм, не превышающий +/- 2.5D; анизометропия, не превышающая 2.5D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0,8 на каждый глаз.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

2.14.4.5. Кандидатам на получение медицинского заключения с пониженной остротой зрения/ при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корректирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при прохождении предполетного осмотра.

2.14.4.6. Кандидатом на получение медицинского заключения предоставляются легкодоступные запасные корректирующие очки, которые

обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

2.14.5. Цветовосприятие. (H53.5)

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

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

2.14.5.3. Кандидаты на получение медицинского заключения, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование- компьютерная аномалоскопия. К результату обследования должен быть приложен полный протокол, используемый для тестирования.

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

Для кандидатов на получение медицинского заключения, расстройство цветовосприятия по типу «цветослабость», таких как: дейтераномалия тип «С», «В», протаномалия тип «С», «В» - не является причиной для отказа в выдаче свидетельства. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими расстройствами цветовосприятия как: аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) тип «А»; Дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия); Монохромазия – должны быть признаны негодными.

2.14.6. Глазные болезни. Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразования. (H00-H06; H10-H13; H15-H22; H25-H28; H30-H36; H43-H48; H53-H59; S69).

Кандидаты на получение медицинского заключения с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения) могут быть признаны годными при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранно, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанция), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке, а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

Кандидаты на получение медицинского заключения с отсутствием бинокулярного зрения признаются негодными, учитывая высокий риск развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценку бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого медицинского освидетельствования.

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

2.14.6.1. Заболевания век и конъюнктивы: Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии паралича век и мышц. К данному пункту относятся такие заболевания как: недостаточность и выворот век (эктропион, энтропион), неправильное функционирование век, ухудшающее защиту глаза, лагофтальм, шрамы и сращение век между собой, птоз (врожденный или приобретенный), приводящий к сужению поля зрения, язвенные блефариты, злокачественные новообразования, доброкачественные опухоли, нарушающие функцию органа зрения и не подлежащие оперативному лечению.

Нерезко выраженные заболевания с редкими обострениями, не являются дисквалифицирующим фактором. К данному пункту относятся такие заболевания как: простые блефариты, врожденный птоз без нарушения зрительных функций (после консультации невролога), нерезко выраженные конъюнктивиты, небольшие бессимптомные и непрогрессирующие доброкачественные опухоли, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения. Онкологические образования кожи век: при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствии рецидива опухолевого роста. В данном случае, вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее, чем через 6 месяцев после окончательного излечения. Обязательно предоставляется заключение онколога.

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

2.14.6.2. Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей: кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

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

Состояния слезных органов и слезоотводящих путей, без нарушения слезоотведения, не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе. При восстановлении функции слезоотведения, а также в случаях отсутствия нижней слезной точки, при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оценивается канальцевая и носовая пробы).

2.14.6.3. После перенесенного острого заболевания: конъюнктивита, склерита, кератита, переднего увеита, легких повреждениях глазного яблока- вопрос о годности решается после выздоровления и прекращения лечения, так как некоторые глазные препараты могут приводить к ухудшению зрения. Следует учитывать первопричину.

При задних увеитах, длительно текущих, рецидивирующих иридоциклитах (должны быть приложены результаты системного обследования, следует учитывать первопричины заболевания), кератитах, хориоретинитах, невритах, травматических повреждениях глазного яблока с исходом выздоровления кандидаты на получение

медицинского заключения подлежат лечению, с последующим медицинским освидетельствованием.

2.14.6.4(1). Заболевания глазного яблока с нарушением функций. Перечисленные ниже заболевания приводят к значительному ослаблению зрительных функций, что, в свою очередь, может препятствовать безопасному осуществлению профессиональных обязанностей.

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

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

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

Центральная серозная ретинопатия. Обладатели медицинского заключения должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

Отслойка сетчатки. Кандидаты на получение медицинского заключения и обладатели свидетельства, должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена в ЦВЛЭК при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки, после успешного проведения лазерного лечения, можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

Друзы зрительного нерва. Данное состояние не является причиной негодности к работе, при условии приемлемой остроты зрения и сохранности периферического поля зрения. Подлежит динамическому наблюдению.

2.14.6.4(2). Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения.

К данной группе относятся:

начальная катаракта без признаков прогрессирования, атрофическая форма возрастной макулярной дегенерации сетчатки, доброкачественные формы периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (микрокистозная дегенерация, инеевидная дегенерация, дегенерация типа «булыжная мостовая», дегенерация типа «медовых сот», друзы, пигментная дегенерация зубчатой линии) не требуют профилактического оперативного лечения. В данном случае, кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как здоровый. Прогностически опасные виды периферической хориоретинальной дистрофии сетчатки (предрасполагающие к развитию отслойки сетчатки): решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки», дегенерация с истончением сетчатки, а также дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные виды дегенерации требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения, с последующим динамическим наблюдением,

За достаточную сохранность зрительных функций принимается: острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции (с коррекцией для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, соответствующая норме, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям раздела: ошибка рефракции.

Кандидат на получение медицинского заключения с амблиопией может быть оценен как годный, при остроте зрения на данный глаз 0.3 (без коррекции/ с коррекцией) и выше, при условии, что острота зрения на другой глаз не менее 0,8 и выше (с коррекцией или без нее), устойчивое бинокулярное зрение, а также отсутствие грубой офтальмологической патологии.

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

2.14.7. Хирургия.

2.14.7.1. Кандидаты к получению медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются негодными.

Допуск к работе лиц, обладателей медицинского заключения, после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (факоэмульсификация катаракты с имплантацией иол: ультразвуковая, лазерная), включая операцию на оба глаза, выносится не ранее чем через 6 недель, после проведенной операции. Решение выносится после полного восстановления, отмене лекарственных препаратов, при стабилизации зрительных функций и при отсутствии послеоперационных осложнений. Обследование должно включать: полное обследование, включая обследование дальней периферии сетчатки, определение темновой адаптации, контрастной чувствительности и чувствительности к ослеплению. (Н27.8).

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

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

2.14.7.3. Кандидат на получение медицинского заключения, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как соответствующий при условии, что:

- 1) Предоперационная рефракция не превышала $+5.0 D / - 6.0 D$, $cyl \pm 2.5D$.
- 2) Операция прошла без осложнений.
- 3) Зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более $0,75D$ в дневное время).
- 4) Отсутствие грубых рубцов (помутнений) на роговице. Отсутствие грубых патологических изменений на глазном дне, которые могут привести к развитию отдаленных осложнений, в том числе и отслойки сетчатки.
- 5) Отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»).
- 6) Достигнутые результаты должны соответствовать допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования).
- 7) Результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению должны быть удовлетворительными.
- 8) Подлежит динамическому наблюдению.

9) Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

- ФРК (фоторефракционная кератэктомия) – вопрос о допуске решается не ранее, чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).
- Лазерный in-situ- кератомилез – вопрос о допуске решается через 4-6 недель, после проведенной операции.

2.14.7.4. Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

2.14.8. Глаукома. (H40-H42).

2.14.8.1. Данное заболевание является препятствием для получения медицинского заключения и ведет к отстранению от работы всех категорий освидетельствуемого персонала.

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

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

2.14.8.4. Категории авиационного персонала с диагнозом- первичная открытоугольная глаукома с компенсированным ВГД, которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения, могут быть признаны годными к работе с применением официального медицинского заключения в ЦВЛЭК ГА.

2.14.8.5. В объем ежегодного обследования пациентов с глаукомой и внутриглазной гипертензией входит: измерение остроты зрения, измерение ВГД, биомикроскопия, исследование поля зрения, оценка побочных эффектов проводимой терапии. Также 1 раз в 3 месяца назначается контроль ВГД. Обязательными являются медицинские осмотры 1 раз в 6 месяцев.

Лица с доброкачественной внутриглазной гипертензией от работы не отстраняются.

2.14.8.6. Хирургия глаукомы. Тактика.

Вопрос о допуске к получению свидетельства решается:

Трабекулэктомия (или антиглаукоматозные операции с использованием дренажных систем)- не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции.

Селективная лазерная или аргонлазерная трабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

2.14.9. Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия. (H49-H51).

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

2.14.9.2. Бинокулярная функция. Кандидаты к получению медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться негодными:

Расстояние 6 метров:

- 1) 2.0 призмных D по вертикали (1 градус)
- 2) 10 призмных D при эзофории (5 градусов)
- 3) 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

- 1) 1.0 призмный D по вертикали (0)
- 2) 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса)
- 3) 12 призмных D при экзофории (6 градусов)

2.14.9.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с наличием гетеротропии (косоглазие) должны быть признаны негодными.

2.14.9.4. Вопрос о годности, после проведенного хирургического лечения косоглазия рассматривается не ранее, чем через 6 месяцев после операции и при удовлетворительной офтальмологической оценке.

2.15. Оториноларингология

2.15.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани, либо каких-либо заболеваний, как врождённых, так и приобретённых, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства (С00 - С14; С30 - С32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60 - H95; J00 - J06; J30-J39; K00 - K14; Q16; Q35 - Q37; R47 - R49; S00 - S09).

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

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

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

Если требования к слуху могут быть удовлетворены только с использованием слуховых аппаратов, то они должны обеспечивать достаточную функцию слуха, быть хорошо переносимы и годны для выполнения профессиональных обязанностей кандидатов на получение медицинского заключения.

При функциональном исследовании слуха кандидаты на получение медицинского заключения должны демонстрировать удовлетворительную слуховую способность и иметь не менее 80% разборчивости речи на фоне шума на уровне не более 70 дБ.

При вынесении официального медицинского заключения кандидатам на получение медицинского заключения проводится аудиологическое обследование с использованием субъективных и объективных методов исследования слуха и оценкой функционального состояния слуха в объеме достаточном для решения вопроса о возможности выполнения профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При отсутствии стабильности в течении заболевания может потребоваться отстранение от работы на полный курс лечения с последующей контрольной тональной пороговой аудиометрией и решением вопроса о годности к выполнению соответствующих свидетельству профессиональных обязанностей.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с установленной частичной или полной утратой профессиональной трудоспособности по профессиональному заболеванию органа слуха признаются негодными (Н83.3; Н90.6).

2.15.3. Стойкие приобретенные и/или врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств, с клиническими значимыми, в том числе выраженными нарушениями функции ЛОР-органов и затрудняющими использование специального оборудования, определяют негодность к работе (С00 - С14; С30 - С32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60 - H95; J00 - J06; J30-J39; K00 - K14; Q16; Q35 - Q37; R47 - R49; S00 - S09).

2.15.3.1. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как непригодные. Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления (H65 - H83).

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

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

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

Перенесшие стапедопластику признаются негодными (H80).

Кандидат на получение медицинского заключения с акустической невриномой должен быть признан непригодным (D36.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения с постоянной дисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные с вынесением

официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции (H68 - H69).

2.15.4. Повышенная чувствительность к статокинетическим раздражителям является противопоказанием к работе. О состоянии статокинетической чувствительности у заявителя судят по вестибулярному анамнезу, результатам вестибулометрии (исследовании на вращающемся кресле). Легкие вестибуловегетативные реакции (незначительное побледнение, небольшой гипергидроз) во время вестибулометрии при хорошей переносимости полетов и отсутствии отклонений в состоянии здоровья не являются основанием для установления диагноза (H81 - H82).

Доброкачественное позиционное головокружение является противопоказанием к работе. Вопрос о повторном медицинском освидетельствовании может быть рассмотрен не ранее чем через 4 месяца после прекращения лечения и отсутствия симптомов заболевания (H81.1).

Болезнь Меньера, врожденные и/или приобретенные аномалии развития вестибулярного органа, хронические и вестибулярные нарушения, не поддающиеся консервативному и хирургическому лечению, являются абсолютным противопоказанием к выдаче медицинского заключения (H81.0).

2.15.5. При кистах и остеомах околоносовых пазух кандидаты, поступающие на обучение для получения медицинского заключения, могут быть признаны годными с вынесением официального медицинского заключения при функциональной сохранности функции слуховой трубы и носового дыхания, а также благоприятном прогнозе заболевания. Пристеночное утолщение (локальное, подушкообразное) слизистой верхнечелюстных пазух не является препятствием к работе (J31 - J34).

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

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с любой дисфункцией носовых пазух должны оцениваться как непригодные до полного выздоровления.

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

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

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как непригодные (F98.5; F98.6; R47-R49).

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

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

2.16. Дерматология (L00-L99)

Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

18.1 Кожные заболевания (псориаз (L 40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L 43), ихтиоз (Q 80, L 85), нейродермит (L 20.8), почесуха (L 28), крапивница (L 50), экзема (L 30), дерматит (L 20-L30), васкулиты и кожные проявления коллагенозов, грибковые (B 35), вирусные, бактериальные поражения кожи (L 00-L 08)), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а так же локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы) являются основанием для вынесения заключения о негодности.

18.2 Ограниченные, редко рецидивирующие формы, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о годности в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении дерматолога.

18.3 Кандидаты, страдающие пузырьчаткой (L 10), проказой (A 30), грибковидным микозом (C 84) (лимфомой кожи) признаются негодными.

18.4 Оценка годности при заболеваниях придатков кожи (акне (L 70.5), различные виды алопеции (L 63), розацеа (L 71), гипертрихоз (L68) и т.д.) зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. При вторичном характере (на фоне патологии ЖКТ, эндокринных нарушений и др.) оценивается годность по основному заболеванию, учитываются риски развития аутоиммунных состояний, онкопатологии.

2.17. Онкология (C 00-D 48)

2.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных поражений (C 00-C 97),

препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

2.17.2. При выявлении злокачественной опухоли Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. После лечения злокачественного заболевания Кандидаты на получение медицинского заключения проходят полное онкологическое обследование перед осуществлением медицинского освидетельствования.

Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом внутричерепной злокачественной опухоли рассматриваются как негодные без права возобновления медицинского заключения.

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

2.17.4. При патоморфологическом заключении «рак in situ» (D 00-D 09) независимо от локализации опухоли, решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

2.17.5 При выявлении доброкачественной опухоли (D 10-D 36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяется масштабами операции и их исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей, представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловый зоб (E 05.2, E 01.1, E 04.9) кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N 40), мастопатии (N 60) оцениваются по степени нарушения функции органов и болевого синдрома.

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

При аденоме, если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится через 3 месяца после проведенного оперативного

вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

Доброкачественные опухоли небольших размеров, без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

Требования к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидату на получение медицинского заключения 3 класса

3.1. Сердечно-сосудистая система

3.1.1. Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда (I20).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса при подозрении на ишемию миокарда подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с установленным диагнозом стенокардии, либо с выявленными безболевыми формами ишемии миокарда, признаются негодными.

3.1.2. Инфаркт миокарда, другие ишемические кардиальные события, процедура реваскуляризации, атеросклеротическое поражение коронарных артерий (I21-I25).

Освидетельствование кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса проводится не ранее, чем через 6 месяцев после индексного события (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, процедура реваскуляризации при известном заболевании коронарной артерии – эндоваскулярное стентирование или шунтирование).

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

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

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

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

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

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

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

для мужчин: толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,4$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 259 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела(ППТ) ≥ 132 г/м²;

конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 6,4$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) $\geq 1,3$ см и/или масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ≥ 210 г и/или индекс ММЛЖ/площадь поверхности тела (ППТ) ≥ 109 г/м²; конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) $\geq 5,8$ см и/или индекс КДР/ППТ $\geq 3,5$ см/м²; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$.

Выдача медицинского заключения 3 класса допускается в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (дислипидемия – уровни ХС < 5 ммоль/л, ЛПНП < 3 ммоль/л, артериальная гипертензия – уровень АД $< 140/90$ мм рт.ст., гипергликемия – уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $< 7\%$, снижение функции почек – уровень СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м², ожирение – снижение ИМТ < 30 кг/м², гиперурикемия – уровень мочевой кислоты ≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин, курение – полный отказ от курения) до приемлемого уровня и проходят регулярное (минимум один раз в год) кардиологического обследования.

3.1.3. Нарушения ритма сердца и проводимости сердца.

3.1.3.1. Предсердная экстрасистолия (I49.1 - I49.2).

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

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

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

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

Кандидатам на получение медицинского заключения 3 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 5 градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М. Ryan, эпизодами желудочковой тахикардии, после подтверждения диагноза в ходе кардиологического обследования, выносится решение о негодности.

3.1.3.3. Заболевания синоатриального узла (синдром слабости синусового узла) (I49.5).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы $\geq 2,0$ сек., синусовая брадикардия в покое днем с ЧСС ≤ 40 уд/мин, ночью ≤ 30 уд/мин, невозможность достижения 80% субмаксимальной ЧСС рассчитанной по формуле $220 - \text{возраст}$) подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

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

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Не является основанием для вынесения решения о негодности после кардиологического обследования:

бессимптоматическая синусовая брадикардия и наличие бессимптомных синусовых пауз $\leq 3,0$ сек при отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, допускается выдача медицинского заключения 2 класса.

3.1.3.4. Предсердная тахикардия (I47.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными эпизодами предсердной тахикардии подлежат кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахикардии, медицинское заключение 3 класса не выдается при:

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

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

3.1.3.5. Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий (I48).

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов фибрилляции предсердий/трепетания предсердий, медицинское заключение 3 класса не выдается при:

значимой структурной патологии сердца;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания;

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

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидат на получение медицинского заключения 3 класса минимизировал все корректируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, регулярно получают разрешенную медикаментозную терапию.

При проведении эндоваскулярного хирургического лечения фибрилляции предсердий/ трепетания предсердий, заключение 3 класса может быть выдано не ранее чем через 6 месяцев при отмене антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

Необходимо соблюдение следующих условий для выдачи медицинского заключения 3 класса:

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

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

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

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает $\leq 4,5$ см и индекс ВД ЛП/ППТ $\leq 2,5$ см/м²;

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

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

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

3.1.3.6. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия (I47.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией подлежат кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса во время освидетельствования или в анамнезе эпизодов атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардии, медицинское заключение 3 класса не выдается при:

отсутствии проведения процедуры модификации медленного пути;

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

индуцировании нарушения ритма при электрофизиологическом исследовании;

выявлении значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

3.1.3.7. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия (I45.6).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) и с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией с дополнительными путями проведения кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса во время освидетельствования или в анамнезе феномена WPW и/или эпизодов атриовентрикулярной реципрокной тахикардии с дополнительными путями проведения, медицинское заключение 3 класса не выдается при:

первичном освидетельствовании (за исключением случаев, когда у кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с феноменом WPW при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) > 300 мс или у кандидата на получение медицинского заключения 3 класса проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечение по поводу наличия дополнительных путей проведения);

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается если:

была проведено проведена процедура эндоваскулярного хирургического лечения по поводу добавочного проводящего пути, эффективность которой подтвержденная результатами теста с аденозином или электрофизиологическим исследованием или при проведении электрофизиологического исследования доказан показатель эффективного рефрактерного периода дополнительных проводящих путей (ЭРП ДПП) > 300 мс;

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

регулярно (не реже 1 раза в год) кардиологическое обследование.

3.1.3.8. Нарушение атриовентрикулярной проводимости (I44.0- I44.3).

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным нарушением атриовентрикулярной проводимости II и III подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 2 класса не выдается при:

атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II с проведением 2:1 или типа Мобитц II в сочетании с нарушением проведения по ножкам пучка Гисса или паузами ≥ 3 сек;

атриовентрикулярной блокаде III степени;

установленном эндокардиальном кардиостимулятором;
жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

В остальных случаях выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проводится кардиологическое обследование.

3.1.3.9. Нарушение внутрижелудочковой проводимости (I44.4- I44.7).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным нарушением внутрижелудочковой проводимости подлежат кардиологическому обследованию.

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

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса полной блокады правой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 3 класса выдается при отсутствии:

значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

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

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

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

При впервые выявленной полной блокаде левой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 3 класса не выдается при:

первичном медицинском освидетельствовании;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию. Необходимо соблюдение следующих условий:

отсутствует значимая структурная патология сердца;

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

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

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

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

Выявление блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса или блокады задней ветви левой ножки пучка Гисса не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения при:

отсутствии значимой структурной патологии сердца и врожденных пороков сердца;

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

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

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с диагностированными ионными каналопатиями подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

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

Медицинское заключение 3 класса не выдается:

первичном освидетельствовании;

наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

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

наличии на ЭКГ удлинения QTc ≥ 500 мс, укорочения QTc ≤ 330 мс или феномена Бругада I типа;

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

Выдача медицинского заключения допускается только обладателям свидетельств при выявлении синдрома удлиненного ионных каналопатий в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят кардиологическое обследование. Необходимо соблюдение следующих условий:

на ЭКГ отсутствуют удлинение QTc ≥ 500 мс, укорочение QTc ≤ 330 мс или феномен Бругада 1 типа или особенностей после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по В.Lown и М.Wolf, в модификации М. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

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

отсутствуют жалобы и/или проявления клинических симптомов заболевания.

3.1.5. Патология клапанов сердца

3.1.5.1. Двустворчатый аортальный клапан (Q23.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с двустворчатым аортальным клапаном могут быть признаны годными без ограничений при отсутствии значимой структурной патологии сердца, отсутствии жалоб и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также при регулярном (не реже 1 раза в 2 года) кардиологическом обследовании.

3.1.5.2. Аортальный стеноз (I35.0, I06.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным аортальным стенозом подлежат отстранению от летного и кардиологического обследования.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

Первичном медицинском освидетельствовании;

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

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

увеличении толщины стенки левого желудочка более 1,1 см;

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

наличии жалоб и/или проявления клинических симптомов заболевания.

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

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

3.1.5.3. Аортальная регургитация (I35.1, I06.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной аортальной регургитацией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

диаметре корня аорты $> 5,0$ см;

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

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

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

3.1.5.4. Патология митрального клапана (I34, I05).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной патологией и аномалиями митрального клапана подлежат отстранению от летной работы и кардиологическому обследованию.

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

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

площади митрального отверстия $\leq 1,5$ см² при митральном стенозе;

площади струи регургитации ≥ 4 см² или $\geq 20\%$ от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta $\geq 0,3$ см при митральной регургитации;

ревматическом митральном стенозе/регургитации;

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

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

увеличении КДР ЛЖ $\geq 6,1$ см;

увеличении КСР ЛЖ $\geq 4,2$ см;

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

В остальных случаях допускается выдача медицинского заключения только при условии регулярного (не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

3.1.5.5. Состояния после хирургического лечения патологии клапанов сердца.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса обладателей свидетельств, перенесших замену аортального клапана биологическим протезом или хирургическое восстановление митрального клапана, проводится не ранее, чем через 6 месяцев после оперативного лечения.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

аортальной вальвулопатии;

замене митрального клапана;

наличии в анамнезе тромбоэмболических событий;

отсутствии постоянного синусового ритма;

наличии показаний к приему антикоагулянтной терапии;

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

увеличении диаметра корня аорты более 5,0 см;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также, в случае необходимости, получают медикаментозную терапию.

3.1.6. Перикардит, миокардит и эндокардит (I30- I33, I40).

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

Медицинское заключение 3 класса не возобновляется при:

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

В течение первых двух лет после перенесенного заболевания, допуск к работе обладателей свидетельств при условии регулярного (не менее одного раза в год) проведения кардиологического осмотра.

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

3.1.7. Кардиомиопатии.

3.1.6.1. Гипертрофическая кардиомиопатия (I42.1- I42.2).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной гипертрофической кардиомиопатией подлежат отстранению от работы и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

наличии в семейном анамнезе случаев внезапной сердечной смерти;

превышении толщины межжелудочковой перегородки $\geq 2,5$ см;
градиенте давления в выносящем тракте левого желудочка в покое ≥ 50 мм рт.ст;

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной рестриктивной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается или не возобновляется при:

причиной развития кардиомиопатии не является гемохроматоз;

нарушении углеводного обмена;

наличии инфузионно-зависимой анемии;

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) осматриваются кардиологом, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной дилатационной кардиомиопатией подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается:

в течение первого года после верификации диагноза;

при фракции выброса ЛЖ (формула Симпсона) $\leq 54\%$;

при наличии желудочковых экстрасистол 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизодов желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

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

при наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в год) проходят

кардиологическое обследование, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

3.1.6.4. Саркоидоз с поражением сердца (D86.8).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с впервые установленным диагнозом подлежат и кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается:

в течение первых шести месяцев после верификации диагноза;

при увеличении корневых лимфоузлов при серии рентгенологических исследований органов грудной клетки;

при отсутствии признаков гипоксемии;

при наличии признаков активного саркоидоза внесердечной локализации (в том числе, при отсутствии активного процесса при биопсии узла лестничной мышцы);

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца;

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

Выдача медицинского заключения допускается только, если они минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и регулярно (минимум один раз в шесть месяцев) осматриваются кардиологом, а также, в случае потребности, получают медикаментозную терапию.

3.1.6.5. Аритмогенная дисплазия правого желудочка (I42.8).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эpsilon-зубцов в отведениях V1–V3, удлинение комплекса QRS ≥ 110 мс с инверсией зубца T в отведениях V1–V2 при отсутствии полной блокады правой ножки пучка Гисса, инверсия зубцов T в отведениях V1 - V4 при наличии полной блокады правой ножки пучка Гисса, и т.д.) подлежат кардиологическому обследованию.

Установление диагноза является причиной отказа для допуска к работе.

3.1.6.6. Синдром спортивного сердца (I42.7).

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин $\geq 6,0$ см (для женщин $\geq 5,3$ см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин $\geq 3,2$ см/м² (для женщин $\geq 3,3$ см/м² требует кардиологического обследования и проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями сердца.

После постановки диагноза «синдром спортивного сердца», при условии отсутствия значимой структурной патологии сердца кандидаты допускаются к летной работе без ограничений.

3.1.7. Врожденные пороки сердца.

3.1.7.1. Дефект межпредсердной перегородки (Q21.1).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными дефектами межпредсердной перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

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

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте до 24 лет, заключение 3 класса выдается без ограничений при условии регулярного (не менее 1 раза в год) кардиологического обследования.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна в возрасте после 24 лет, при наличии вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна с соотношением максимальных с соотношением QP/QS $\leq 1,5:1$ по данным эхокардиографии, при оперативной коррекции первичного дефекта межпредсердной перегородки или дефекта венозного синуса или дефекта коронарного синуса, возможна выдача медицинского заключения 3 класса при соблюдении следующих условий:

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

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

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

при эхокардиографии площади струи регургитации ≤ 4 см² и/или $\leq 20\%$ от площади левого предсердия и/или фракции регургитации $\leq 30\%$ объема левого предсердия ширине vena constanta $\leq 0,3$ см при митральной регургитации;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

3.1.7.2. Дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными дефектами межжелудочковой перегородки подлежат кардиологическому обследованию.

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

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

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

наличии жалоб и/или проявлении клинических симптомов заболевания.

При оперативной коррекции вторичного дефекта межжелудочковой перегородки, наличии дефекта межжелудочковой перегородки с соотношением $QR/QS \leq 1,5:1$ по данным эхокардиографии, возможна выдача медицинского заключения 3 класса при соблюдении следующих условий:

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

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по V.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторинговании ЭКГ;

отсутствие жалоб и/или клинических проявлений заболевания;

регулярно (не менее 1 раза в год) проводится кардиологическое обследование.

3.1.8. Артериальная гипертензия и гипотензия (**I10- I15, I95**).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным повышением артериального давления $\geq 140/90$ мм рт.ст. подлежат кардиологическому обследованию. На время подбора антигипертензивной терапии кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса отстраняются от работы. После подбора антигипертензивной терапии допуск осуществляется по результатами суточного давления артериального давления с величиной среднесуточного артериального давления $<130/80$ мм рт.ст. и отсутствии эпизодов артериальной гипотензии $<90/60$ мм рт.ст.

Допускается выдача медицинского заключения 3 класса без применения ограничений при стабильном уровне артериального давления $<145/95$ мм рт.ст. в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса минимизировали все корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска до приемлемого уровня и, в случае необходимости, получают медикаментозную терапию.

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

Медицинское заключение 3 класса не выдается при:

вторичной артериальной гипертензии без лечения основного заболевания;

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

Обладатели свидетельств с артериальной гипертензией подлежат ежегодному кардиологическому обследованию.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с артериальной гипотензией <90 мм рт.ст., сопровождающееся клинической симптоматикой, признаются негодными.

3.2. Периферические артерии и венозная система (**I 70-I 89**)

3.2.1. При облитерирующих заболеваниях артерий наличие болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности (I 70).

Наличие аневризмы артериального сосуда, тромба в артерии или вене, атеросклеротической бляшки, препятствующей достаточному кровообращению в компетенции соответствующего бассейна, являются основанием для определения негодности. Диагностированная артериальная аневризма (I 72) на фоне имеющихся клинических проявлений или, если аневризматическое расширение имеет диаметр более 5 см., является основанием для определения негодности. После проведенного хирургического лечения при благоприятном исходе возможна аттестация на медицинское заключение 3 класса не ранее, чем 1 месяц в зависимости от локализации аневризмы и примененной технологии вмешательства. Аневризма аорты (I 71) является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 1 классу.

3.2.2. При варикозном расширении вен (I 83) с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения выносится заключение о негодности. Сроки восстановления на летнюю работу зависят от вида хирургического пособия, но не менее 3 недель. Решение о годности после вмешательства принимается совместно с ангиохирургом, при необходимости, по результатам дополнительного контрольного обследования.

После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах конечностей (I 80) вопрос о допуске решается через 2 недели после отмены антикоагулянтной терапии при отсутствии тромботических масс в вене по данным ультразвукового исследования и не менее чем через 3 недели после хирургического лечения. Решение о необходимости хирургического лечения принимается на основании данных инструментального обследования, на основании клинической картины, заключения ангиохирурга. При посттромбофлебитической болезни выносится заключение о негодности (I 87.0).

3.3 Система органов дыхания J00-J99

3.3.1 Кандидат на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые могут помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.3.2 Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным нарушением функции легких признаются негодными. Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований. При этом ОФВ₁, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы

3.3.3 Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и/или склонные к обострениям: бронхиальная астма (J45), бронхоэктатическая болезнь (J47), активный саркоидоз (D86), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (J44) с выраженным нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна (G47.3), крупное оперативное вмешательство на органах

грудной клетки, пульмонэктомия (Z98,8), являются основанием для вынесения заключения о негодности.

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

3.3.5 Кандидаты на получение медицинского заключения с ХОБЛ в стадии ремиссии с ограниченным пневмосклерозом и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений. При умеренных нарушениях функции дыхания с ОФВ₁, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой системы при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

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

3.3.7 Кандидаты на получение медицинского заключения с активными формами туберкулеза органов дыхания (A15) или с выраженными остаточными изменениями признаются негодными.

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

3.3.9 При восстановлении на работу кандидаты на получение медицинского заключения после закрытия листка нетрудоспособности представляют заключение противотуберкулезного диспансера с разрешением допуска к работе.

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

3.3.11 При диафрагмальных грыжах со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюкс-эзофагитом, выносится заключение о негодности;

3.3.12 Кандидаты на получение медицинского заключения с активным саркоидозом (D86) признаются негодными. Восстановление на работу может быть не ранее, чем через 6 месяцев после заболевания при полной ремиссии заболевания, отмене медикаментозной терапии с сохранением функции дыхания.

Кандидаты на обучение с любой формой саркоидоза признаются негодными.

3.4 Пищеварительная система (K00-K93)

3.4.1. Кандидат на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий прилагаемого свидетельства.

3.4.2. Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной вынесения о негодности. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо последствиями заболеваний или хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как негодные.

3.4.3. Кандидаты на получение медицинского заключения со следующей патологией желудочно-кишечного тракта: рецидивирующие диспепсические расстройства (K58), требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии (K73); цирроз печени (K74.3-K74,6); симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями (k80); острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника (K50-K52) после перенесенного хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте, включая хирургическое полное или частичное удаление органов или с нарушением функции какого-либо из органов (K91) рассматриваются как негодные к работе.

Годность к работе рассматривается после успешно проведенного лечения или полного выздоровления после перенесенного хирургического вмешательства и по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

3.4.4. При варикозном расширении вен пищевода (I85), независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными без права восстановления.

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

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

доброкачественной функциональной билирубинемией после обследования признаются годными к работе и обучению.

Острые гепатиты (K72,0), хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (K73) (любой этиологии), острые панкреатиты (K85), острые холециститы (K81,0), хронические панкреатиты (K86,1) и хронические холециститы (K81,1) в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) определяют негодность к работе и обучению. При гепатите С допуск к работе рассматривается через 6 месяцев после лечения по достижению стадии стойкой полной ремиссии по результатам гастроэнтерологического и иммунологического обследования. Допуск кандидатов к обучению проводится при полной ремиссии в течение последних 3-х лет.

3.4.7. При установлении диагноза цирроза печени (K74.3-K74.6) принимается решение о негодности.

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

3.4.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с хроническим воспалительным заболеванием кишечника (K63) признаются годными с ограничением TML на протяжении 3 лет, если болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

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

3.4.11. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма (Q43.8) без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности.

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

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

3.4.14. Кандидаты на получение медицинского заключения с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки (K60-K63) (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются негодными.

3.4.15. При благоприятных результатах терапевтического и хирургического лечения и восстановлении функции прямой кишки вопрос о годности рассматривается после выздоровления.

3.5 Метаболические нарушения и эндокринная система (E00-E90)

3.5.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

3.5.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с выраженными формами болезней эндокринной системы признаются негодными, в том числе с сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый) (E10). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа (E11) оцениваются как непригодные, если не достигается полного контроля содержания сахара в крови и требуется постоянный прием гипогликемических лекарственных препаратов и инсулина. Допуск к работе с ограничением OML осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения лекарственных препаратов, вызывающих гипогликемию. Разрешается использование противодиабетических препаратов, которые не вызывают гипогликемию - ингибиторов альфа-глюкозидазы (глюкобай) и/или группы бигуанидов (метформин) как дополнение к диете.

3.5.4. При впервые выявленной форме сахарного диабета 2 типа обладатель медицинского заключения подлежит наблюдению и лечению до двух месяцев. Допуск к работе решается после расширенного освидетельствования для исключения таких осложнений, как ангиопатии коронарных артерий, церебральных и периферических сосудов, сосудов почек, сетчатки, развитие катаракты.

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

3.5.6. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени, нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления диагноза.

3.5.7. Решение о допуске к работе заявителя при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения не менее трех месяцев по достижении стойкого эутиреоидного состояния с ежегодным контролем гормонов щитовидной железы: при тиреотоксикозе (E05)- без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе (E03) - с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

3.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения (E66) Степень ожирения устанавливается согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг/рост в м².

Нормальный вес соответствует ИМТ 20,0-25,9; избыточная масса тела - ИМТ 26,0-29,9; ожирение 1 степени - ИМТ 30,0-34,9; ожирение 2 степени - ИМТ >35,0.

3.5.9. Кандидаты на получение медицинского заключения с ИМТ >35,0 признаются годными при условии, что избыток веса не будет препятствовать безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства и при удовлетворительных результатах по оценке рисков развития метаболического синдрома. При метаболическом синдроме - комплексе метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, при повышенном артериальном давлении происходит увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемия, нарушающие углеводный, липидный, пуриновый обмен.

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

3.6 Гематология (D50-D89)

3.6.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.6.2. Оценка годности заявителей с гематологическими расстройствами, такими, как анемия (гемоглобин менее 105 граммов на литр) (D50); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства (D68); лейкемии (C91-C92); полицитемии (D45), гемоглобинопатии (D58,2); значительное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезёнки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

3.6.3. Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней) положительных результатах лечения (гемоглобин не менее 120 граммов на литр - у женщин, 130 граммов на литр - у мужчин), компенсированные гемоглобинопатии без склонности к рецидивам не являются причиной для вынесения решения о негодности. Анемия, которая не поддается лечению, является причиной вынесения решения о негодности.

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

3.6.5. При лейкозах (C-91-C92), миеломной болезни (C92), лимфогрануломатозе (C 81), злокачественных анемиях (D60-D64), тяжелых формах геморрагического диатеза (D 69.9) кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Системные заболевания крови также являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

3.6.6. При лимфоме Ходжкина (C81) после завершения лечения; после проведенного лечения другой злокачественной патологии лимфоидной системы с восстановлением от острого инфекционного процесса и демонстрацией полной

ремиссии; при острой и хронической лейкемии в период установления полной ремиссии без проявления побочных эффектов лечения (кардиотоксичность, нейротоксичность), имеющих значение для безопасности полетов, - выносится решение о допуске к работе с ограничением OML/TML.

3.6.7. Первичный эритроцитоз с риском тромбоэмболических осложнений и инсультов (D75) определяет негодность.

3.6.8. Применени-е антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота в малых дозах) не является противопоказанием для работы (обучения), тогда как при приеме антикоагулянтных препаратов (гепарин, кумарин, варфарин) и клопидогреля выносится решение о негодности.

3.7. Мочеполовая система (N 00-N 99)

3.7.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных заболеваний мочеполовой системы, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.7.2. Кандидаты на получение медицинского заключения с какими-либо осложнениями самого заболевания или хирургического вмешательства, проведенного на органах мочеполовой системы, которые могут вызвать нетрудоспособность, в том числе обструкции, обусловленные сужением или сдавливанием, рассматриваются как негодные.

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

3.7.3. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается не ранее чем через месяц после операции в зависимости от её объёма и технологии.

Медицинское освидетельствование проводится по результатам расширенного урологического обследования, заключение о годности выносится в зависимости от течения процесса, уровня артериального давления и сохранности функции почек. При показаниях к гемодиализу выносится заключение о негодности.

3.7.4. Лица, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведения яичка, эктопии), при умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного увеличения их при напряжении брюшного пресса), при головчатой форме гипоспадии признаются годными. Заключение о годности после оперативного лечения водянки яичка, расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка возможно не ранее, чем через три недели после операции в зависимости от её вида и использованной технологии хирургического вмешательства.

3.7.5. Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии, такие как туберкулез почек и мочеполовых органов (A 18.1), пиелонефрит (N 11.0), цистит (N 30), уретрит (N 34),

простатит (N 41) в фазе активного воспаления определяют негодность к работе (обучению).

Острый гломерулонефрит (N 00 – N 08) требует лечения в течение 3-6 месяцев, после чего решается вопрос о переходе его в хроническую форму.

Допуск к работе при диагностированном хроническом гломерулонефрите решаются на основании выраженности симптоматики.

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

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

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

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

3.7.6. После лечения по поводу однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики обладатели медицинского заключения признаются годными к работе при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек с ограничением OML в течение трёх лет.

При установлении диагноза мочекаменной болезни (N 20 – N23) выносится заключение о негодности к работе (обучению) с рекомендацией оперативного либо консервативного лечения. По окончании хирургического лечения (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе возможен не ранее чем через месяц после вмешательства в зависимости от доступа и вида перенесенной операции при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам расширенного урологического обследования.

3.8. Инфекционные заболевания (A00-B99)

3.8.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.8.2. Признание годности ВИЧ-положительных (D20-D24) кандидатов на получение медицинского заключения с ограничением OML/TML рассматривается для отдельных лиц со стабильной, не прогрессирующей стадией по результатам расширенного медицинского обследования и постоянного наблюдения в специализированной медицинской организации с контролем вирусной нагрузки и приемлемого лечения допустимыми ИКАО препаратами. Установление заболевания СПИД и СПИД-ассоциированного комплекса дисквалифицирует.

3.8.3. При выявлении или подозрении у кандидата на получение медицинского заключения венерического заболевания подтверждение диагноза и лечение проводится в специализированном учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после излечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения дерматовенеролога.

3.8.4. Хронические инфекционные и паразитарные болезни, выявленные у заявителя, оцениваются по степени нарушения функции органов и систем организма. При этих заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции органов, общей астенизацией, выносятся решение о негодности.

Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза (B66) допускаются к выполнению профессиональных обязанностей, однако они находятся под наблюдением врача инфекционного кабинета до снятия с учета

Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие инфекционный гепатит (B15-B19), геморрагическую лихорадку (A98-A99), отстраняются от работы на 3-6 месяцев. Восстановление на работу возможно после полного восстановления функции органов и систем организма по результатам обследования.

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

3.9. Акушерство и гинекология (N 70-N 77) (N 80-N 98) (O 00-O 99)

3.9.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют функциональных или структурных гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.9.2. Пороки развития женских половых органов с функциональными нарушениями (N 94) (метроррагия, боли); эндометриоз (N 80); симптомная миома матки (D 25); хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени (N 81); мочеполовые и кишечно-половые свищи (N 82); разрывы промежности (O 70) с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

3.9.3. Лечение острого периода болезней шейки матки (N 86-N 88) (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион, дисплазии) предполагает отстранение от полетов сроком от 3 недель до 3 месяцев. Кистозные образования женской половой сферы размером более 5 см подлежат оперативному лечению. Возобновление медицинского заключения после хирургического лечения заболеваний женской

половой сферы рассматривается при лапароскопической операции через 4-6 недель после операции, при лапаротомном доступе (без осложнений) - через 2 месяца после операции.

3.9.4. Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная и фолликулярная кисты (N 83) размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

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

3.9.6. С момента установления беременности (Z 33) авиационный персонал признается негодным к летной, диспетчерской работе, работе бортпроводником. Допуск к работе после родов или при прекращении беременности, осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога и результатам медицинского освидетельствования.

3.10. Опорно-двигательный аппарат (M00-M99)

3.10.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют нарушений костно-мышечного аппарата, как врождённых, так и приобретённых, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

При дегенеративно-дистрофических процессах в костях позвоночника (M 42) (межпозвоночный остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов (T 30) и обморожений с незначительным или умеренным ограничением функции без болевого синдрома, не прогрессирующие, не мешающие ношению одежды и обуви заключение о годности выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением OAL, Кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота - негодны.

При инфантилизме (R 62) вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

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

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

3.10.5. После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более 2 см. При выраженных послеоперационных, посттравматических дефектах функциональная состоятельность оценивается по результатам проверки на тренажере на основании заключения инструктора тренажера о результатах тестирования (оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления).

В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению, Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

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

3.10.6. При остеомиелите (М 86) при наличии секвестральных полостей, свищей Кандидаты на получение медицинского заключения негодны, подлежат лечению (консервативному и/или хирургическому).

3.10.7. Морфологические изменения в позвоночнике в виде разрастания краев позвонков, единичных шиповидных разрастаний на них, уплотнение продольной связки, обнаруженные рентгенологически, но без клинических проявлений, не являются основанием для вынесения заключения о негодности.

3.10.8. После патологического перелома тел позвонков (независимо от фазы процесса и функционального состояния) Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными.

3.10.9. При переломе тел позвонков (S 22, S 32) с подвывихом, при туберкулезе позвоночника (М 49.0) (независимо от фазы процесса и состояния функции) выносится заключение о негодности. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы. При компрессионном переломе тел позвонков, при условии полного восстановления функции допускается освидетельствование после успешного оперативного лечения через 6 месяцев, после чрескожной вертебропластики через 2 месяца.

3.10.10. В случаях перелома поперечных, остистых отростков обладатель медицинского заключения допускается к работе (обучению) при восстановлении функции и исчезновении болевого синдрома.

3.10.11. При консолидированных переломах костей таза (S 32) медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

3.10.12. Кандидаты на получение медицинского заключения с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты на получение медицинского заключения с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани (M 00-M 03, M 05-M 14, M 15-M 19) при остром и подостром течении, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости постоянного приема системных лекарственных средств, признаются негодными.

3.10.13 При патологии суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в стойкой ремиссии, без выраженных нарушений функции органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов. При этом кандидаты на получение медицинского заключения для обучения на пилота признаются негодными.

3.11. Психиатрия (F00-F99)

3.11.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют медицинской истории в анамнезе, описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врождённых, так и приобретённых, которые могут препятствовать выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства обязанностей и создавать угрозу безопасности полётов.

3.11.2. Кандидаты на получение медицинского заключения с психическими расстройствами или расстройствами поведения, причиной чего является злоупотребление спиртных напитков, либо однократное использование запрещённых психотропных веществ, рассматриваются как негодные вплоть до выздоровления и прекращения использования психотропных веществ, а также после положительного результата наркологического и психиатрического обследования, проводимого после успешного лечения.

Кандидаты на получение медицинского заключения с установленными в наркологическом стационаре диагнозами «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя, психоактивных веществ (далее ПАВ: опиоидов, каннабиноидов, седативных средств, гипнотических препаратов, кокаина, других стимулирующих средств, галлюциногенов и летучих растворителей), кроме табака и кофеина признаются негодными. В тех случаях, когда при проведении скрининг-тестирования по показаниям или выборочно на наличие ПАВ (и их метаболитов) в биологических средах (моча и кровь) обнаруживаются положительный результат, кандидаты на получение медицинского

заклучения в установленном порядке направляются на консультацию к врачу наркологу.

При повторном установлении факта употребления (состояния одурманивания) ПАВ выносится заключение о негодности. При подтвержденной зависимости (злоупотреблении) от психоактивных веществ и алкоголя, выносится решение о негодности.

3.11.3. Кандидаты на получение медицинского заключения с клинически поставленными диагнозами шизофрении, эндогенной депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как непригодные по всем графам требований без права восстановления. Диагноз подтверждается в специализированном учреждении психиатрического профиля с вынесением комиссионного заключения психиатрической врачебно-консультативной комиссии (ВКК).

3.11.4. Кандидаты на получение медицинского заключения с психиатрическими заболеваниями, такими как аффективное расстройство; невротическое нарушение; личностное нарушение; психическое расстройство или расстройство поведения проходят психиатрическое обследование в специализированном учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

При астеническом состоянии или неврастеническом, ситуационно обусловленном синдроме; при кратковременных психических соматогенно-обусловленных расстройствах, после выздоровления и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии, кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными через четыре - шесть месяцев после соответствующего психиатрического обследования при положительных результатах психологического тестирования, клинического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб с ограничением OML/TML.

Психопатии (независимо от форм и выраженности) и расстройства личности непсихотического характера (паранойяльного, аффективного, шизоидного, возбужденного и других типов), психический инфантилизм, акцентуация характера, профессионально неблагоприятные психологические отклонения личности, выявляемые при психологическом тестировании, являются причиной вынесения решения о негодности.

3.11.5. Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для вынесения заключения о негодности. Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмечаемых у заявителя, является основанием для проведения психологического обследования. При выявлении медицинским психологом отклонений и индивидуально-психологических особенностей личности назначается консультация психиатра.

При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств, опыта работы, качества выполняемой работы.

3.12. Психология

3.12.1. При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние, индивидуально-психологические и личностные особенности, а также когнитивные функции авиационного персонала, оказывающие влияние на безопасность полетов, также степень их ухудшения в динамике: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счёт, объём памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

3.12.2. Обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводится в соответствии с действующим «Руководством по психологическому обеспечению отбора, подготовки и профессиональной деятельности летного и диспетчерского состава гражданской авиации Российской Федерации», строится по определенному алгоритму.

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

Стандартное обследование у медицинского психолога ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) состоит из двух частей:

1. диагностика индивидуально-психологических и личностных особенностей кандидата на получение медицинского заключения;
2. оценка профессионально-важных качеств кандидата на получение медицинского заключения (когнитивные и высшие психические функции).

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

Наиболее часто основаниями для расширения психологического обследования являются:

1. Со стороны индивидуально-психологических и личностных особенностей заявителя:
 - 1.1. недостоверные результаты по личностным тестам;
 - 1.2. признаки наличия нервно-психической неустойчивости обследуемого (НПН);
 - 1.3. наличие отрицательной производственной характеристики или характеристики из образовательного учреждения ГА;
 - 1.4. наличие признаков расстройства личности;
 - 1.5. наличие профессионально-неблагоприятных личностных характеристик;
 - 1.6. наличие признаков акцентуации характера;
 - 1.7. присутствие языкового барьера;

1.8. наличие татуировок и шрамов.

2. Со стороны оценки профессионально важных качеств заявителя (когнитивные и высшие психические функции):

2.1. высокая вероятность эффекта тренированности;

2.2. общий балл результатов обследования «ниже среднего» и «низкий» уровни;

2.3. снижение результатов обследования отдельных психических функций.

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

Профессионально неблагоприятные личностные особенности охватывают область межличностных отношений и взаимодействия авиационного персонала, а так же уровень сохранности когнитивных процессов и высших психических функций.

В случае п.1.4., 1.5., 1.6, 1.8 кандидат на получение медицинского заключения направляется медицинским психологом ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) на консультацию к психиатру ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

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

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

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

- работа с психотерапевтом по профилю с предоставлением выписки.

При восстановлении на летную работу (обучении в профильном учебном заведении ГА) кандидат на получение медицинского заключения обязан выписку из амбулаторной карты о пройденном лечении.

В случае п.2.2, 2.3 «низкий» уровень сохранности когнитивных и высших психических функций сам по себе не может быть поводом для отстранения кандидата на получение медицинского заключения от работы, однако является фактором существенно отягощающим прогноз безопасности полетов (управление воздушным движением).

3.12.3. Проблема языкового барьера.

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

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

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

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

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

Татуировки допустимы:

- на закрытых участках тела;
- размер (площадь нанесения) не более 10x10;
- с символикой, не содержащей агрессивной, антинационалистической, террористической тематики.

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

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

Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

3.13. Неврология (G00-G99)

3.13.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей.

3.13.2. Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ(G40-G42):

Кандидаты на получение свидетельства с клиническим диагнозом в анамнезе о наличии эпилепсии; рецидивирующих приступах потерь сознания неуточнённого генеза рассматриваются как негодные к работе и обучению.

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

применения лекарственных средств не исключает вынесения о годности по всем классам требований.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность.

При однократных эпилептических припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии - экспертная оценка зависит от основного заболевания. Сроки наблюдения после перенесенного эпилептического приступа неустановленной этиологии до возврата к повторному рассмотрению допуска не менее 2 лет.

3.13.3. Сосудистые поражения головного мозга

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

Сосудистые поражения головного и спинного мозга (I60-I65;I67; I68;I69;G45;g95) различной этиологии включают первичные заболевания сосудов головного и спинного мозга (васкулиты, аномалии развития, аневризмы, атеросклероз и другие) и вторичные изменения сосудов соматогенной, вертеброгенной и другой этиологии. Экспертиза всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, а также риска возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов.

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

3.13.4. Экспертиза при сосудистых заболеваниях:

Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза церебрального атеросклероза, предусматривающего негодность, кроме выявления у абитуриентов и курсантов, которые признаются негодными (I67.2).

При выявлении стабильных стенозов брахиоцефальных сосудов (БЦС) небольших и умеренных размеров (до 50%) и отсутствии изменений в

неврологическом статусе, когнитивной сфере и по данным нейровизуализации, исключая органические поражения головного мозга (последствия инсульта, проявления дисциркуляторной энцефалопатии и др.) (I67.2) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными к профессиональной деятельности (кроме абитуриентов и курсантов, которые признаются негодными).

При обнаружении скрыто протекающего стеноза (50 % и более), выявлении эмбологенной нестабильной а/с бляшки, принимается решение о негодности по всем классам требований (I 65-I67.0-I 67.1). Пациент направляется на дообследование к неврологу ЦВЛЭК. Решение о тактике ведения пациента принимается после консультации сосудистым хирургом

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

При наличии необходимости оперативной коррекции выявленных атеросклеротических стенозов выносится решение по о негодности по всем классам требований. Вопрос о возврате к экспертному решению о допуске к работе возможен после 12 месяцев наблюдения после обследования и оценки эффективности лечения в неврологическом отделении ЦКБ ГА (I67.2).

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

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными.

В случае геморрагического инсульта (ГИ) (I 60/0-I62/9) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферической нервной системы. Наличие факторов риска и сопутствующих заболеваний приводящих к рецидивирующему течению предусматривают негодность без права восстановления в последующем по всем классам требований.

Субарахноидальное кровоизлияние или изменения сосудистой системы головного мозга (I 60.0)(артериальные аневризмы церебральных сосудов; сосудистые мальформации ЦНС (I67.1): артерио-венозные мальформации, каверномы (D18.0), артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов (I67.0)), вторичные причины: артериальная гипертензия (I10-I15.9); васкулиты (I73.1;;M30.1-M35.2); болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов и др. препаратов (D 68.8-D75.2; D47.3),

угрожающие развитию САК являются основанием для принятия решения о негодности.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными без права восстановления.

3.13.6. Заявители с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли (С69-С72;С47), сирингомиелия (G95.0), рассеянный склероз(G35); б. Паркинсона (G20;G21) и другие заболевания прогрессирующего характера); острыми и хроническими формами инфекционных заболеваний ЦНС (энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис, остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы с нарушением функций (А80-А89)\$ В0-В24), ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата(G12-G12.9) (миастения (G70-G73), миопатия (G73.4; G73.7), миотония (G71.1), миоплегия) признаются негодными при наличии функциональных нарушений, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей и с учётом степени интенсивности прогрессирования заболевания. В каждом случае оценка профессиональной годности проводится индивидуально.

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

В случае функциональной сохранности деятельности ЦНС и периферической НС выносится решение о возможном допуске по всем классам Требований. Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

3.13.8. Доброкачественные внутричерепные образования после полного успешного удаления внутримозгового образования, после 12 месяцев наблюдения могут претендовать на восстановление в профессии. С учётом клинических проявлений, отсутствии поражений соседних органов и систем (зрительного, слухового анализатора, гормональных нарушений и др.), при отсутствии судорожных припадков, после обследования в неврологическом или нейрохирургическом отделении ЦКБ ГА возможен допуск к профессиональной деятельности (D32/0;D36.1;D35.2;D35.4). В некоторых случаях при обнаружении

доброкачественного образования небольших размеров (невринома 8 нерва; киста эпифиза; микроаденома гипофиза, менингиома и др.) без нарушения функции, отсутствии судорожных приступов, гормональных нарушений, отсутствии нарушений ликвородинамики позволяет разрешить выдачу положительного медицинского заключения без хирургического лечения (Кроме абитуриентов и студентов, которые признаются негодными к обучению).

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

3.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключения перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или лёгкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функции могут быть допущены к работе. Вопрос о восстановлении на лётную работу решается: после гриппозного энцефалита (G00.0) не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита (А85) - 2 года; острого клещевого энцефалита(А84) – 3 года.

Кандидаты на получение медицинского заключения на получение медицинского заключения переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом признаются негодными с правом восстановления через 1 год.

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

Абитуриенты и курсанты признаются негодными к обучению.

3.13.12. Кандидаты на получение медицинского заключения на получение медицинского заключения с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженными органическими изменениями центральной нервной системы (ЦНС), нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромами; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами, признаются негодными без права признания годности в последующем(S02.2;S06.1-S06.9; S14).

Медицинское освидетельствование заявителей, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее, чем через один год после травмы с ограничением OML в течение 3 лет, перенесшие сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга (S06.0) - через три-шесть месяцев после травмы.

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

3.13.14. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции вагovasального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа; мигрень, соларит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности (G90; M89.0; G99; I73.0; E22.0; E22.1; E 22.2).

Годность к работе лиц с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии возможна в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (G99.1; G43) (2-3 месяца после излечения основного заболевания).

3.13.15. Заболевания и повреждения периферической нервной системы - хронические с частыми обострениями (2 и более раз в наблюдаемом году), при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются поводом для вынесения решения о негодности (M54-M54.9; G54.0-.G54.8; G63.0; G63.2(E10-E14*); G63.3; G63.8; G63.0).

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

3.13.17. После удаления грыжи межпозвоночного диска освидетельствование проводится через три-шесть месяцев после операции с учетом характера операции и течения послеоперационного периода.

3.13.18. При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются: эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания. Синкопальные состояния являются противопоказанием для заявителей, поступающих на учебу.

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

В основе обмороков у здоровых лиц лежит воздействие сверхсильных раздражающих факторов (экстракция или обработка зубов, амбулаторные операции, травмы, кровопотеря и так далее). Рефлекторные обмороки возникают у лиц с функциональными расстройствами ЦНС (вегетативная дисфункция, нейроциркуляторная дистония, неврозы, астеническое состояние).

При одно-двукратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодным.

Возврат к положительному решению о допуске возможен после двух лет наблюдения и повторного расширенного обследования. При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб кандидаты признаются негодными.

3.14. Офтальмология (H00 – H59).

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

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

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

3.14.2. Острота зрения. (H52).

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

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

3.14.2.3. Для кандидатов на получение медицинского заключения пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, острота зрения с коррекцией должна составлять 0,8 и выше на каждый глаз, обязательно наличие нормального поля зрения. Для кандидатов на получение медицинского заключения при первичном медицинском освидетельствовании (при поступлении в учебное заведение ГА/ у обучающихся в учебных заведениях ГА), острота зрения должна быть не ниже 0.1 без коррекции, при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты зрения 0,8 и выше с помощью контактных линз и/или очков с соответствующими корригирующими линзами, а также имеется нормальное поле зрения.

3.14.2.4. Кандидатам на получение медицинского заключения, при бинокулярной остроте зрения без коррекции 0.7 и выше, в том числе, в условиях

темновой адаптации, оптическая коррекция для дали (очки/ контактные линзы) не требуется.

3.14.2.5. Коррекция ошибки рефракции необходима в том случае, если острота некорригированного зрения на оба глаза ниже 0,7 или когда проявляются симптомы астигматизма, которые объясняются ошибкой рефракции. Определение надлежащей оптической коррекции для лица с ошибкой рефракции должно проводиться квалифицированным офтальмологом.

3.14.2.6. В случаях, когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью оптической коррекции, кандидат может быть признан годным при условии, что используемые корригирующие очки или контактные линзы допустимы при осуществлении прав, предоставляемых запрашиваемым или имеющимся свидетельством или квалификационными отметками.

3.14.2.7. Перечисленные виды контактных линз не могут быть использованы:

- ортокератологические линзы;
- моновидение (если корригируют аметропию одного глаза на остроту зрения вдаль, а другой глаз используют без МКЛ для зрения вблизи);
- мультифокальные контактные линзы;
- косметические цветные линзы;
- линзы для изменения цветового восприятия.

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

Все виды коррекции с использованием мультифокальных линз (очковой коррекции) приемлемы, при условии, что они хорошо переносятся. Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

3.14.3. Аккомодация. (H52).

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

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

3.14.4. Ошибка рефракции. (H52).

3.14.4.1. Кандидаты на получение медицинского заключения должны быть признаны негодными при отсутствии нормальной бинокулярной функции, отсутствии нормального поля зрения, наличии диплопии.

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

Кандидатам на получение медицинского заключения обследование в условиях циклоплегии проводится при наличии показаний (для диагностики

офтальмологической патологии), при этом используются мидриатики короткого действия (тропикамид 1%).

3.14.4.3. Кандидат на получение медицинского заключения со следующими ошибками рефракции может быть оценен как соответствующий, при условии, что подобрана оптимальная, хорошо-переносимая коррекция, при этом, значительной глазной патологии не выявлено.

Кандидат на получение медицинского заключения признается годным: Миопия, не выше 6.0D; Гиперметропия, не выше 4.0D; астигматизм, не превышающий +/- 2.5D; анизометропия, не превышающая 2.0D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0,8 на каждый глаз. Кандидат на получение медицинского заключения (поступающие в учебные заведения ГА), при прохождении первичного обследования, признается годным: Миопия не выше 4.0 D, Гиперметропия не выше 4.0 D, Астигматизм не выше +/- 1.5D, Анизометропия не выше 2.0 D, при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0.8 на каждый глаз.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции

3.14.4.4. Кандидатам на получение медицинского заключения с пониженной остротой зрения/ при наличии пресбиопии предписывается выполнять работу в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при прохождении предсменного осмотра.

3.14.4.5. Кандидатом на получение медицинского заключения предоставляются легкодоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей.

3.14.5. Цветовосприятие. (H53.5).

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

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

3.14.5.3. Кандидаты на получение медицинского заключения, не прошедшие проверку по полихроматическим таблицам, должны пройти дополнительное тестирование- компьютерная аномалоскопия. К результату обследования должен быть приложен полный протокол, используемый для тестирования.

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

Для кандидатов на получение медицинского заключения, расстройство цветовосприятия по типу «цветослабость», таких как: дейтераномалия тип «С», «В», протаномалия тип «С», «В» - не является причиной для отказа в выдаче свидетельства. Кандидаты на получение медицинского заключения с такими

расстройствами цветовосприятия как: аномальная трихромазия (протаномалия, дейтераномалия, тританомалия) тип «А»; Дихромазия (протанопия, дейтеранопия, тританопия); Монохромазия – должны быть признаны негодными.

3.14.6. Глазные болезни. Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения вследствие заболеваний глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразований. (H00-H06; H10- H13; H15-H22; H25-H28; H30- H36; H43- H48; H53- H59; C69).

Кандидаты на получение медицинского заключения при первичном медицинском освидетельствовании (поступающие в учебные учреждения ГА/обучающиеся в учебных заведениях ГА), с приобретенным (вследствие каких-либо патологических состояний) сниженным зрением (или нарушенными зрительными функциями) хотя бы на один глаз, должны быть признаны негодными.

Кандидаты на получение медицинского заключения с патологическим снижением зрения на один глаз (ослабление центрального зрения), могут быть признаны годными при определенных условиях: бинокулярное зрение сохранно, второй глаз имеет остроту зрения вдаль 1.0 с коррекцией или без коррекции, достигает промежуточной остроты зрения (ближняя, средняя дистанция), лежащая в основе патология является приемлемой согласно офтальмологической оценке (острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции/ с коррекцией- для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, устойчивое бинокулярное зрение), а в незатронутом глазу нет значительной глазной патологии.

Лица с отсутствием бинокулярного зрения признаются негодными, учитывая высокий риск развития диплопии и синдрома изменения местоположения. Оценку бинокулярного зрения необходимо проводить в рамках каждого мед. освидетельствования.

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

3.14.6.1. Заболевания век и конъюнктивы: Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии паралича век и мышц. К данному пункту относятся такие заболевания как: недостаточность и выворот век (эктропион, энтропион), неправильное функционирование век, ухудшающее защиту глаза, лагофтальм, шрамы и сращение век между собой, птоз (врожденный или приобретенный), приводящий к сужению поля зрения, язвенные блефариты, злокачественные новообразования, доброкачественные опухоли, нарушающие функцию органа зрения и не подлежащие оперативному лечению.

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

образования кожи век: при благоприятном прогнозе, неосложненном послеоперационном течении, отсутствии метастатического поражения, отсутствие рецидива опухолевого роста. В данном случае, вопрос о допуске к работе рассматривается не ранее, чем через 6 месяцев после окончательного излечения. Обязательно предоставляется заключение онколога.

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

3.14.6.2. Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей: кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными при наличии состояний слезных органов и слезоотводящих путей, связанных с нарушением слезоотведения.

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

Состояния слезных органов и слезоотводящих путей, без нарушения слезоотведения, не являются дисквалифицирующим фактором при определении годности к работе. При восстановлении функции слезоотведения, а также в случаях отсутствия нижней слезной точки, при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оценивается канальцевая и носовая пробы).

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

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

3.14.6.4(1). Заболевания глазного яблока с нарушением функций. Перечисленные ниже заболевания приводят к значительному ослаблению зрительных функций, что, в свою очередь, может препятствовать безопасному осуществлению профессиональных обязанностей.

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

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

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

Центральная серозная ретинопатия. Обладатели медицинского заключения должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии достаточной сохранности зрительных функций.

Отслойка сетчатки. Кандидаты на получение медицинского заключения и обладатели свидетельства, должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена в ЦВЛЭК при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки, после успешного проведения лазерного лечения, можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

Друзы зрительного нерва. Данное состояние не является причиной негодности, при условии достаточной сохранности зрительных функций и сохранности периферического поля зрения. Подлежит динамическому наблюдению.

3.14.4(2). Заболевания глаз с достаточной сохранностью функции органа зрения.

К данной группе относятся:

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

За достаточную сохранность зрительных функций принимается: острота зрения на худшем глазу не ниже 0.3 без коррекции (с коррекцией для лиц с ошибкой рефракции), нормальное поле зрения, темновая адаптация, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям раздела: «ошибка рефракции».

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

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

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

3.14.7. Хирургия.

3.14.7.1. Кандидаты на получение медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, признаются негодными к работе.

Допуск к работе лиц, обладателей медицинского заключения, после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (факоэмульсификация катаракты с имплантацией иол: ультразвуковая, лазерная), включая операцию на оба глаза, осуществляется не ранее чем через 6 недель, после проведенной операции. Решение выносится после полного восстановления, отмене лекарственных препаратов, при стабилизации зрительных функций и при отсутствии послеоперационных осложнений. Обследование должно включать: полное обследование, включая обследование дальней периферии сетчатки, определение темновой адаптации, контрастной чувствительности и чувствительности к ослеплению. (Н27.8).

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

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

3.14.7.3. Кандидат на получение медицинского заключения, перенесший рефракционную операцию по поводу аномалии рефракции, может быть оценен как соответствующий при условии, что:

- 1) Предоперационная рефракция не превышала +4.0 D/ - 6.0 D, cyl +/- 2.5D.

У кандидатов к получению свидетельства впервые (при поступлении в учебные заведения ГА/ у обучающихся в учебных заведениях ГА) предоперационная рефракция не должна превышать: +4.0D/ -4.0D, сy1 +/- 1.5D).

2) Операция прошла без осложнений.

3) Зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более 0,75 D в дневное время).

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

5) Отсутствие жалоб на фотопсии («блики», «ореолы»).

6) Достигнутые результаты должны соответствовать допустимым показателям рефракции (по соответствующим классам освидетельствования).

7) Результаты оценки темновой адаптации, контрастной чувствительности, чувствительности к ослеплению должны быть удовлетворительными.

8) Подлежит динамическому наблюдению.

9) Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный документ должен включать: даты и тип проведенной операции, предоперационную рефракцию и детали любых осложнений (или заключение об отсутствии осложнений).

- ФРК (фоторефракционная кератэктомия) – вопрос о допуске решается не ранее, чем через 3 месяца после проведенной операции (от 3 до 6 месяцев).

- Лазерный in- situ- кератомилез – вопрос о допуске решается через 4-6 недель, после проведенной операции.

3.14.7.4. Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

3.14.8. Глаукома. (H40-H42).

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

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

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

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

3.14.8.5. Категории авиационного персонала с диагнозом первичная открытоугольная глаукома с компенсированным ВГД, которая эффективно контролируется с помощью медицинских препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов, с удовлетворительными показателями остроты зрения и полей зрения, могут быть признаны годными к работе с применением официального медицинского заключения в ЦВЛЭК ГА.

3.14.8.6. В объем ежегодного обследования пациентов с глаукомой и внутриглазной гипертензией входит: измерение остроты зрения, измерение ВГД, биомикроскопия, исследование поля зрения, оценка побочных эффектов проводимой терапии. Также 1 раз в 3 месяца назначается контроль ВГД. Обязательными являются медицинские осмотры 1 раз в 6 месяцев.

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

3.14.8.8. Хирургия глаукомы. Тактика.

Вопрос о допуске к получению свидетельства решается:

Трабекулэктомия (или антиглаукоматозные операции с использованием дренажных систем)- не ранее чем через 3 месяца после проведенной операции.

Селективная лазерная или аргонлазерная трабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

Мед. Учреждением, проводившим оперативное лечение, должен быть предоставлен отчет о проведенной манипуляции. Данный отчет должен включать: полная информация о проведенном лечении, текущем лечении, послеоперационной остроте зрения, отсутствие/ наличие послеоперационных осложнений, протокол исследования периферического поля зрения.

3.14.9. Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия. (H49-H51).

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

3.14.9.2. Бинокулярная функция. Кандидаты к получению медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться негодными:

Расстояние 6 метров:

- 1) 2.0 призмных D по вертикали (1 градус)
- 2) 10 призмных D при эзофории (5 градусов)
- 3) 8.0 призмных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

- 1) 1.0 призмный D по вертикали (0)
- 2) 8.0 призмных D при эзофории (4 градуса)
- 3) 12 призмных D при экзофории (6 градусов)

3.14.9.3. Кандидаты на получение медицинской справки с наличием гетеротропии (косоглазие) должны быть признаны негодными.

3.14.9.4. Вопрос о годности, после проведенного хирургического лечения косоглазия рассматривается не ранее, чем через 6 месяцев после операции и при удовлетворительной офтальмологической оценке.

3.15. Оториноларингология

3.15.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани, либо каких-либо заболеваний, как врождённых, так и приобретённых, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства (С00 - С14; С30 - С32; D10; D14; D36.1; F80.0; F98.5; F98.6; H60 - H95; J00 - J06; J30-J39; K00 - K14; Q16; Q35 - Q37; R47 - R49; S00 - S09).

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

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

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

Если требования к слуху могут быть удовлетворены только с использованием слуховых аппаратов, то они должны обеспечивать оптимальную функцию слуха, быть хорошо переносимыми.

При функциональном исследовании слуха кандидаты на получение медицинского заключения должны демонстрировать удовлетворительную слуховую способность и иметь не менее 80% разборчивости речи на фоне шума на уровне не более 70 дБ.

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

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

3.15.3. Стойкие приобретенные и/или врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств с клиническими значимыми (выраженными) нарушениями функции ЛОР-органов определяют негодность к работе (С00 - С14; С30 - С32; D10; D14; D36.1; F80.0;

F98.5; F98.6; H60 - H95; J00 - J06; J30-J39; K00 - K14; Q16; Q35 - Q37; R47 - R49; S00 - S09).

3.15.3.1. Кандидаты на получение медицинского заключения с активным острым и/или обострением хронического патологического процесса внутреннего и/или среднего уха должны быть оценены как непригодные (H65 - H83). Оценка соответствия может рассматриваться после стабилизации состояния или полного восстановления.

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с постоянной дисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные с вынесением официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции (H68 - H69).

Доброкачественное позиционное головокружение является противопоказанием к работе. Вопрос о повторном медицинском освидетельствовании может быть рассмотрен не ранее чем через 4 месяца после прекращения лечения и отсутствия симптомов заболевания (H81.1).

Болезнь Меньера, врожденные и/или приобретенные аномалии развития вестибулярного органа, хронические и вестибулярные нарушения, не поддающиеся консервативному и хирургическому лечению, являются абсолютным противопоказанием к выдаче медицинского заключения (H81.0).

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

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

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

Кандидаты на получение медицинского заключения с любой дисфункцией носовых пазух должны оцениваться как непригодные до полного выздоровления.

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

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

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

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

При аномалии прикуса I степени (расстояние между резцами менее 5 мм) кандидаты на получение медицинского заключения признаются годными. При аномалии прикуса II степени (расстояние между резцами верхней и нижней челюсти в вертикальном и саггитальном направлении от 6 до 10 мм) и аномалии прикуса III степени (более 10 мм) официальное медицинское заключение выносится после консультации врача ортопеда-стоматолога с учетом прогноза заболевания после лечения (K07.0).

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как непригодные (F98.5; F98.6; R47-R49).

Кандидаты на получение медицинского заключения, страдающие заиканием, косноязычием или другими дефектами речи, препятствующими ведению речевой связи, считаются негодными к работе.

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

3.16. Дерматология (L00-L99)

Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют каких-либо дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

18.1 Кожные заболевания (псориаз (L 40), псориазоподобные заболевания, красный плоский лишай (L 43), ихтиоз (Q 80, L 85), нейродермит (L 20.8), почесуха (L 28), крапивница (L 50), экзема (L 30), дерматит (L 20-L30), васкулиты и кожные проявления коллагенозов, грибковые (B 35), вирусные, бактериальные поражения кожи (L 00-L 08)), имеющие хроническое, часто рецидивирующее течение, распространенные формы поражения кожи, а так же локализованные кожные процессы, затрудняющие ношение формы, использование специального снаряжения (уши, кисти, шея, стопы, половые органы) являются основанием для вынесения заключения о негодности.

18.2 Ограниченные, редко рецидивирующие формы, легко поддающиеся лечению, являются возможным основанием для вынесения решения о годности в порядке индивидуальной оценки при соответствующем заключении дерматолога.

18.3 Кандидаты, страдающие пузырчаткой (L 10), проказой (A 30), грибковым микозом (C 84) (лимфомой кожи) признаются негодными.

18.4 Оценка годности при заболеваниях придатков кожи (акне (L 70.5), различные виды алопеции (L 63), розацеа (L 71), гипертрихоз (L68) и т.д.) зависит от формы, степени выраженности, особенностей течения и этиологии заболевания. При вторичном характере (на фоне патологии ЖКТ, эндокринных нарушений и др.) оценивается годность по основному заболеванию, учитываются риски развития аутоиммунных состояний, онкопатологии.

3.17. Онкология (С 00-D 48)

3.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных поражений (С 00-С 97), препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

3.17.2. При выявлении злокачественной опухоли Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. После лечения злокачественного заболевания Кандидаты на получение медицинского заключения проходят полное онкологическое обследование перед осуществлением медицинского освидетельствования.

Кандидаты на получение медицинского заключения с клиническим диагнозом внутричерепной злокачественной опухоли рассматриваются как негодные без права возобновления медицинского заключения.

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

3.17.4. При патоморфологическом заключении «рак in situ» (D 00-D 09) независимо от локализации опухоли, решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

3.17.5. При выявлении доброкачественной опухоли (D 10-D 36) оценивается возможность безопасного выполнения профессиональных обязанностей

соответствующего свидетельства с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяется масштабами операции и их исходом. Оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей, представляют выписки с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб (E 05.2, E 01.1, E 04.9), кистозные новообразования, аденома предстательной железы (N 40), мастопатии (N 60) оцениваются по степени нарушения функции органов и болевого синдрома.

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

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

Доброкачественные опухоли небольших размеров, без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются основанием для отказа в выдаче медицинского заключения.

Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Организация гражданской авиации (форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД;

5. Наименование структурного подразделения работодателя

6. Вид работы (профессия), в которой работник освидетельствуется

7. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется _____

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы (отметить нужные факторы по данным специальной оценки условий труда – только по факторам, уровни которых превышают гигиенические нормативы, класс условий труда 3.1 и выше):

| Фактор | Выявлен на рабочем месте по результатам СОУТ |
|-----------------------------------|--|
| Шум | |
| Вибрация | |
| Химический фактор | |
| Ионизирующее излучение | |
| Неионизирующее излучение | |
| Повышенная тяжесть труда | |
| Повышенная напряженность труда | |
| Работы по обслуживанию пассажиров | |

(фамилия уполномоченного представителя
работодателя)

(подпись уполномоченного
представителя работодателя
(авиационного врача), печать)

Приложение № 12
Форма

ПРОТОКОЛ
медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|--------------------------------|-------|-----------------------|--|----------------------|------------------------|--|------------------|-----|---|-----|
| Фамилия, Имя, Отчество, год рождения | | | Категория освидетельствования: | | Класс мед. заключения | Рост, см | Вес, кг | ИМТ, кг/м ² | | | | | |
| Личный (ID) номер: | | | Первичное | | АД, мм. рт. ст | t° тела | Пульс | Ритм | | | | | |
| | | | Очередное | | | | | | | | | | |
| | | | Внеочередное | | | | | | | | | | |
| | | | Дата | | | | | | | | | | |
| Антропометрические данные и общие сведения | | | | | | | | | | | | | |
| Окружность грудной клетки, см | | | Длина ног, см | | Динамометрия | | Спирометрия (ЖЕЛ, л) | | Телосложение/о бъем талии, см | Дефекты развития | | | |
| в покое | при выдохе | при выдохе | правой | левой | правой кисти | левой кисти | | | | | | | |
| Данные обследования и функциональной оценки органа зрения | | | | | | | | | | | | | |
| Дата осмотра | | | | | | | | | | | | | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | | | | | | | |
| Цветовое зрение (полихроматические таблицы) | | описание | | С | Н/С | Подвижность глазного яблока | | описание | | С | Н/С | | |
| Острота зрения без коррекции | | OD | OS | С | Н/С | Глубинное зрение | | | | С | Н/С | | |
| Рефракция | | OD | | С | Н/С | | | Явное косоглазие | | | | С | Н/С |
| | | OS | | | | | | | | | | | |
| Коррекция | | OD | | С | Н/С | Измерение фории по Медоксу или синоптофору | | | | С | Н/С | | |
| | | OS | | | | | | | | | | | |
| Острота зрения с коррекцией | | OD | OS | С | Н/С | Оптические среды | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Ближайшая точка ясного зрения | | OD | OS | С | Н/С | Глазное дно | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Бинокулярное зрение | | описание | | С | Н/С | Зрачки | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Темновая адаптация/чувствительность к ослеплению | | описание | | С | Н/С | Рефлекторная реакция зрачков | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Ближайшая точка конвергенции | | описание | | С | Н/С | Веки | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Конъюнктивы | | OD | OS | С | Н/С | Внутриглазное давление | | OD | OS | С | Н/С | | |
| Слезопродукция | | OD | OS | С | Н/С | Периметрия | | описание | | С | Н/С | | |
| Дополнительно: | | описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия /несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья | | | | | | | С | | Н/С | | |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | | | | | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | | | | |
| Данные обследования и функциональной оценки ЛОР-органов | | | | | | | | | | | | | |
| Дата осмотра | | | | | | | | | | | | | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------|----------|----------------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--------------|-----|-----|
| Нос | Носовая перегородка | описание | | Носовое дыхание | С | Н/С | Характер голоса, функция речи | | С | Н/С | | |
| | Слизистая носа | описание | | Острота слуха | Шепотная речь | AD/AS | Восприятие шепотной речи спиной к проверяющему, м | | С | Н/С | | |
| | Обоняние | описание | | | Разговорная речь | AD/AS | Восприятие разговора с нормальной громкостью голоса спиной к проверяющему, м | | С | Н/С | | |
| Носоглотка | | описание | | Тональная аудиометрия | Гц | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | | | |
| Глотка | Слизистые | описание | | | AD | | | | | С | Н/С | |
| | Миндалины | описание | | | AS | | | | | С | Н/С | |
| Гортань | Голосовые складки | описание | | Барофункция (AD/AS, степень 1-4) | | | AD | AS | С | Н/С | | |
| | Слизистые | описание | | Вестибулярный аппарат | Метод (НКУК) | После вращения вправо | Отолитовая реакция (0,1,2,3) | Нистагм, потливость, головокружение, сердцебиение, тошнота, побледнение, рвота | С | Н/С | | |
| Ухо | Наружное | описание | | | | После вращения влево | Отолитовая реакция (0,1,2,3) | Нистагм, потливость, головокружение, сердцебиение, тошнота, побледнение, рвота | С | Н/С | | |
| | Барабанные перепонки | | описание | | Регионарные лимфоузлы | | описание | | | | | |
| Дополнительно: описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья | | | | | | | | | С | Н/С | | |
| Диагноз: Указывается полный клинический диагноз | | | | | | | | | | | | |
| Код (МКБ): Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | | | | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | | | |
| Данные неврологического обследования | | | | | | | | | | Дата осмотра | | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | | | | | | |
| Черепные нервы | | описание | | С | Н/С | Рефлексы (сухожильные, кожные, со слизистых) | Двухглавой мышцы | | D | S | C | Н/С |
| | | | | C | Н/С | | Трехглавой мышцы | | D | S | C | Н/С |
| Двигательная сфера | | описание | | С | Н/С | | Коленные | | D | S | C | Н/С |
| Мышечный тонус | | описание | | С | Н/С | | Ахилловы | | D | S | C | Н/С |
| Мышечная возбудимость | | описание | | С | Н/С | | Кожные | | D | S | C | Н/С |
| Трофические расстройства мышц | | описание | | С | Н/С | | Глоточный | | D | S | C | Н/С |
| Поверхностная чувствительность | | описание | | С | Н/С | | Корнеальный | | D | S | C | Н/С |
| Глубокая чувствительность | | описание | | С | Н/С | | Патологические | | D | S | C | Н/С |
| Нервные стволы | | описание | | С | Н/С | | Дермографизм | | описание | | С | Н/С |
| Координация | Пальце-носовая проба | | D | S | C | Н/С | Пиломоторы | | описание | | С | Н/С |
| | Коленно-пяточная проба | | D | S | C | Н/С | Сухость ладоней | | описание | | С | Н/С |
| Устойчивость в позе Ромберга | | | | С | Н/С | Артериальное давление | | описание | | С | Н/С | |
| Оценка приема психоактивных веществ: | | | | | | | | | С | Н/С | | |

| | | | | | | | |
|---|----------|---|-----|-----------------------------|----------|--|-----|
| Дополнительно: | | описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья | | | | С | Н/С |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Данные психологического и психофизиологического обследования | | | | | | Дата осмотра | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | |
| Заключение: | | | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Рекомендации: | | С | | Н/С | | | |
| Данные гинекологического обследования | | | | | | Дата осмотра | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | |
| Описание: | | описывается локальный статус, объективные данные, а также прочие сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья. В случае необходимости консультативное заключение подшивается в личное медицинское дело. | | | | С | Н/С |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Данные стоматологического обследования | | | | | | Дата осмотра | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | |
| Описание: | | описывается локальный статус, объективные данные, а также прочие сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья. В случае необходимости консультативное заключение подшивается в личное медицинское дело. | | | | С | Н/С |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Данные профпатологического обследования | | | | | | | |
| Профессия | | | | | | | |
| Перечень вредных факторов и видов работ | | | | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Заключение: | | С | | Н/С | | | |
| Рекомендации | | | | | | | |
| Данные хирургического обследования | | | | | | Дата осмотра | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | |
| Кожа и п/к клетчатка | описание | С | Н/С | Мочеполовые органы | описание | С | Н/С |
| Костно-суставной аппарат, череп | описание | С | Н/С | Промежность, прямая кишка | описание | С | Н/С |
| Брюшной пресс, симптомы грыж | описание | С | Н/С | Периферические сосуды | описание | С | Н/С |
| Органы брюшной полости | описание | С | Н/С | Оценка физического развития | описание | С | Н/С |

| | | | | | | |
|---|--|---|-----|---|--|-----|
| Дополнительно: | | описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья | | | С | Н/С |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Данные терапевтического обследования | | | | | Дата осмотра | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | |
| Кожные покровы | описание | С | Н/С | Оценка общеклинических анализов крови, мочи | С | Н/С |
| Лимфатические узлы | описание | С | Н/С | Оценка ЭКГ | С | Н/С |
| Щитовидная железа | описание | С | Н/С | Оценка прочих методов исследования | С | Н/С |
| Пищеварительная система | описание | С | Н/С | Обсуждение принципов здорового образа жизни | Да | Нет |
| Печень, селезенка | описание | С | Н/С | Обсуждение вопросов психического здоровья | Да | Нет |
| Почки, мочеиспускание | описание | С | Н/С | Обсуждение вопросов здоровья, приема медикаментов, профессиональных обязанностей и безопасности полетов | Да | |
| Сердечно-сосудистая система | артериальное давление, частота пульса и сердечный ритм | С | Н/С | | Нет | |
| | Функциональное описание | С | Н/С | Оценка эффективности профилактических мероприятий | Да | |
| Органы дыхания | описание | С | Н/С | | Нет | |
| Дополнительно: | | описываются дополнительные сведения, рекомендации, указывается графа и статья соответствия/несоответствия (Н/С) требованиям по состоянию здоровья | | | С | Н/С |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз | | | | |
| Код (МКБ): | | Указываются коды всех выявленных заболеваний и состояний | | | Фамилия, инициалы, подпись, печать врача | |
| Назначение дополнительных обследований и их обоснование (для всех врачей-специалистов ВЛЭК/ЦВЛЭК) | | | | | | |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | | | | | | |
| Диагноз: | | Указывается полный клинический диагноз. | | | | |
| Заключение: | | | | | | |
| Выносятся заключение о годности/негодности к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельством и квалификационными отметками с указанием основания (документ, графа, статья) | | | | | | |
| Ограничения и особые отметки: | | | | | | |
| Ограниченная годность при исполнении обязанностей и осуществлении прав, предоставляемых свидетельством и квалификационными отметками, в том числе и полеты в очках. Сведения из раздела переносятся в медицинское заключение. | | | | | | |
| Рекомендации: | | | | | | |
| Рекомендации, необходимые для исполнения к очередному медицинскому освидетельствованию и в межкомиссионный период. Группа Д-наблюдения | | | | | | |
| Председатель (медицинский эксперт): | | | | | Подпись, Фамилия, Инициалы | |

| | |
|---|---------------------------------------|
| М.П. Печать ВЛЭК/ЦВЛЭК | |
| Секретарь врачебно- летней экспертной комиссии: | Подпись, Фамилия, Инициалы |
| КОНТРОЛЬ СООТВЕТСТВИЯ. ОФИЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ. | |
| Ставится отметка о проведении контроля соответствия состояния здоровья обладателя свидетельства установленным требованиям. В случае вынесения официального медицинского заключения описывается обоснование и решение. | |
| Председатель ЦВЛЭК (медицинский эксперт): | Должность. Подпись, Фамилия, Инициалы |
| М.П. Печать ВЛЭК/ЦВЛЭК | |
| Члены комиссии: | Должности. Подписи, Фамилии, Инициалы |
| Привлеченные эксперты: | Должность. Подпись, Фамилия, Инициалы |

Примечание 1. Каждый врач-специалист при проведении обследования и оценки функционального состояния органов и систем отмечает соответствие (С) или несоответствие (Н/С) требованиям к состоянию здоровья, установленным настоящими Порядками.

Дополнительно:

Врач-невролог вносит данные в графу «Данные психологического и психофизиологического обследования» по результатам психофизиологического обследования у психолога, а также при обследовании у врача-психиатра и врача психиатра-нарколога.

Врач-хирург вносит данные в графу «Данные гинекологического обследования» по результатам обследования у врача-гинеколога.

Врач-оториноларинголог вносит данные в графу «Данные стоматологического обследования» по результатам обследования у врача-стоматолога.

Примечание 2. При выявлении несоответствия состояния здоровья установленным требованиям, выносится заключение о негодности к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельствами и квалификационными отметками.

Медицинская карта авиационного персонала

ГРАЖДАНСКАЯ АВИАЦИЯ РОССИИ

Форма № 15а

МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА АВИАЦИОННОГО СПЕЦИАЛИСТА

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Авиационная специальность _____

Дата начала Медицинской книжки _____ 20 г.

Дата окончания Медицинской книжки _____ 20 г.

Содержание

| № бл. | Содержание | Страницы |
|---------|---|----------|
| БЛОК 1. | Сведения сведения об авиационном специалисте | |
| БЛОК 2. | БЛОК 2. ВРАЧЕНО-ЛЕТАТЕЛЕ ИСПЫТАНИЯ | |
| БЛОК 3. | Данные о состоянии здоровья в авиационный период | |
| БЛОК 4. | ИСПЫТАНИЯ | |
| | Обращения на лечение заболеваний | |
| | Результаты контроля уровня физической подготовленности (Включает приложения: медицинские заключения и обследования в авиационный период. Перечень приложений приведен в конце книги) | |

Штамп ВЛЭК ГА

**Справка ВЛЭК ГА
о медицинском освидетельствовании №**

Выдана

(Ф.И.О., год рождения)

в том, что ему (ей) отказано в выдаче медицинского заключения из-за несоответствия

Требованиям : статья

графа

Рекомендации:

Повторное освидетельствование не рекомендовано, рекомендовано через

месяцев

(ненужное вычеркнуть)

Отказ в выдаче медицинского заключения может быть опротестован в установленном порядке.

Дата " 200 г.

выдачи

справки "

Председатель ВЛЭК ГА

(подпись)

М.П.

Штамп ВЛЭК ГА

В отдел кадров
(наименование авиапредприятия)**Извещение №****об отказе в выдаче медицинского заключения**

Гр-ну

(Ф.И.О. освидетельствуемого)

отказано в выдаче медицинского заключения о годности к летной работе, работе бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД, пилотом АОН из-за несоответствия Требованиям (ст.).

" 200 г.

Председатель ВЛЭК ГА

(подпись)

М.П.

Приложение № 15

СОГЛАСОВАНО
Руководитель авиапредприятия

"__" _____ 200__ г.

УТВЕРЖДАЮ
Председатель ВЛЭК ГА

"__" _____ 200__ г.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ

по результатам медицинского освидетельствования
летного состава, диспетчеров УВД, бортпроводников,
бортоператоров и пилотов АОН _____
авиапредприятия, организации гражданской авиации,
проведенного ВЛЭК ГА _____
в период с "__" _____ по "__" _____ 200__ г.

1. Признаны
негодными

| № п/п | Ф.И.О. | Должность | Причины |
|-------|--------|-----------|---------|
|-------|--------|-----------|---------|

2. Нуждаются в
лечении
(оздоровлении) с
последующим
медицинским
освидетельствовани
ем во ВЛЭК ГА

| № п/п | Ф.И.О. | Должность | Рекомендации ВЛЭК ГА |
|-------|--------|-----------|-------------------------|
|-------|--------|-----------|-------------------------|

3. Подлежат
лечению
(оздоровлению) в
межкомиссионный
период

| № п/п | Ф.И.О. | Должность | Рекомендации ВЛЭК ГА |
|-------|--------|-----------|-------------------------|
|-------|--------|-----------|-------------------------|

Врач авиационного предприятия _____
(подпись)

Примечание. Заключительный акт составляется в трех экземплярах (для врача авиационного предприятия, председателя ВЛЭК ГА и руководства авиационного предприятия). В образовательных организациях гражданской авиации заключительный акт составляется отдельно на летный состав и курсантов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО)
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)***

Дата оформления _____

| | |
|---|--|
| Ф.И.О | |
| Дата рождения | |
| Организация (предприятие) | |
| Цех, участок | |
| Профессия (работа) | |
| Стаж, лет | |
| Вид работы, в которой работник освидетельствуется | |
| Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы: | |
| Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): | не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе/заключение не дано (нужное подчеркнуть) |

Действительно с «__» _____ 20__ по «__» _____ 20__ гг.

Председатель врачебной комиссии, врач профпатолог

* Передается авиационному врачу и приобщается к личному делу работника.

* Заверяется печатью медицинской организации, на базе которой сформирована ВЛЭК

Приложение № 17

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель

наименование организации гражданской авиации

« ____ » _____ 20 ____ г.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
АВИАЦИОННОГО ПЕРСОНАЛА

за 20 ____ год

наименование организации гражданской авиации

| | |
|--|--|
| 1. Штатная численность авиационного персонала | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 2. Численность авиационного персонала, занятого на работах с вредными и (или) опасными условиями труда: | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 3. Численность авиационного персонала, подлежащая периодическому медицинскому осмотру (обследованию), в отчетном году: | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 4. Численность авиационного персонала, прошедшего периодический медицинский осмотр (обследования) | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 5. % охвата периодическими медицинскими осмотрами | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 6. Число членов авиационного персонала, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследования) | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| 7. Число членов авиационного персонала, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование) | |
| всего, | |
| в том числе женщин | |
| в том числе по причине: | |
| больничный лист | |
| командировка | |

| | |
|---|--|
| очередной отпуск | |
| увольнение | |
| отказ от прохождения | |
| 8. Заключение по результатам данного периодического медицинского осмотра (обследования) | |
| | |

8.1 Сводная таблица № 1:

| Показатель | Всего | В том числе женщин |
|---|-------|--------------------|
| Результаты периодического медицинского осмотра (обследования) | | |
| Число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ | | |
| Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ | | |
| Число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ | | |
| Число лиц нуждающихся в дообследовании (заключение не дано) | | |
| Число лиц с подозрением на профессиональное заболевание | | |
| Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии | | |
| Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении | | |
| Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении | | |
| Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении | | |
| Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании | | |
| Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении | | |
| Число лиц, нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу | | |

8.3 Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание:

| Фамилия, имя, отчество | Структурное подразделение организации | Профессия (должность) | Вредные производственные факторы |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | | | |

9. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от "___" _____ 20__ г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников.

| Мероприятия | Подлежало (чел.) | Выполнено | |
|---|---------------------|-----------|---|
| | | абс. | % |
| 1. Обследование в центре профпатологии | | | |
| 2. Дообследование | | | |
| 3. Лечение и обследование амбулаторное | | | |
| 4. Лечение и обследование стационарное | | | |
| 5. Санаторно-курортное лечение | | | |
| 6. Диетпитание | | | |
| 7. Взято на диспансерное наблюдение | | | |
| 8. Направлено на медико-социальную экспертизу | | | |

10. Рекомендации работодателю: санитарно-профилактические и оздоровительные мероприятия и т.п.:

Врач по авиационной и космической медицине: _____

(Ф.И.О., должность) (подпись)

_____ М.П.

Штамп с наименованием
учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ
В ЦВЛЭК ГА (ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, КОНСУЛЬТАЦИЮ)
ЛЕТНОГО СОСТАВА, ДИСПЕТЧЕРОВ УВД, БОРТПРОВОДНИКОВ,
БОРТОПЕРАТОРОВ, КУРСАНТОВ (СЛУШАТЕЛЕЙ) УЧЕБНЫХ
ЗАВЕДЕНИЙ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ**

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Год рождения _____ Должность _____

Тип воздушного судна _____

Межрегиональное территориальное управление, авиапредприятие _____

Домашний адрес _____

Направляется лично (медицинская документация)

_____ (куда)

Цель направления _____

Диагноз _____

Медицинское заключение последней ВЛЭК ГА от "___" _____ 20__ г.

Приложения: 1. Медицинская книжка _____ экз.

2. Медицинские карты _____ экз.

3. Свидетельство о болезни _____ экз.

4. Выписки, консультативные листы и др. медицинская документация _____ на _____ листах
ЭКГ пленки _____ шт.

Подпись врача _____

(должность, фамилия)

"___" _____ 200__ г.

Данные консультации (решение о госпитализации)

Подпись врача _____

(должность, фамилия)

"___" _____ 202__ г.