**Проект**

**Федеральные авиационные правила**

**«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»**

2020

**Общие положения**

1. Настоящие Федеральные авиационные правила устанавливают порядок проведения медицинского освидетельствования в целях врачебно-летной экспертизы (далее — ВЛЭ), предварительных, периодических и профилактических медицинских осмотров авиационного персонала гражданской авиации (далее – авиационный персонал), кандидатов, поступающих на обучение и студентов (курсантов), обучающихся на пилота или диспетчера УВД (далее – Порядок), определяют 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 сфере гражданской авиации и организаций гражданской авиации, медицинских работников, участвующих в медицинском освидетельствовании и осмотре, специалистов авиационного персонала гражданской авиации, кандидатов, поступающих на обучение и студентов (курсантов), обучающихся на пилота или диспетчера 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 авиационного персонала гражданской авиации, кандидатов, поступающих на обучение и студентов (курсантов), обучающихся в образовательных организациях по программам подготовки авиационного персонала 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, обязательные медицинские осмотры - предварительные, периодические, профилактические и диспансеризация проводятся:
   1. лицам, поступающим на обучение в образовательные организации гражданской авиации (далее – абитуриенты) и обучающимся в них (далее – студенты и курсанты) 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. специалистам, осуществляющим управление воздушным движением (далее – диспетчер УВД),
   7. внешним пилотам;
   8. бортоператорам.
6. Специалисты из числа авиационного персонала, не подлежащие медицинскому освидетельствованию в целях ВЛЭ проходят обязательные медицинские осмотры: предварительные, периодические, профилактические и диспансеризацию в порядке, утвержденном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и настоящим Порядком.
7. Лицам из числа авиационного персонала, признанным годными по состоянию здоровья к выполнению работы по соответствующим должностям выдаются медицинские заключения первого, второго или третьего классов утвержденной формы (образца) (Приложение № 2).
8. Классы медицинских заключений:

1) Медицинское заключение первого класса применяется к кандидатам и обладателям свидетельств:

коммерческого пилота (самолет, вертолет);

линейного пилота (самолет, вертолет);

пилота многочленного экипажа

пилота-курсанта.

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

внешнего пилота;

диспетчера управления воздушным движением (далее - диспетчера УВД)**,** (курсанта, стажера).

9. Наличие медицинского заключения 1 класса без ограничений, предоставляет возможность его обладателю исполнять обязанности и осуществлять права, предоставляемые свидетельствами и квалификационными отметками, для которых необходимо наличие медицинского заключения 2 или 3 класса.

10. Сроки действия медицинского заключения:

10.1. Медицинское заключение первого 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 шести 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 второго класса действительно в течение срока, не превышающего 60 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 третьего класса действительно в течение срока, не превышающего 48 месяцев, для обучающихся по специальности 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 (ЦВЛЭК) ГА и включает день окончания срока его действия.

* 1. Обладатели свидетельств авиационного персонала не имеющие медицинского заключения, или срок действия медицинских заключений которых истек, к выполнению служебных обязанностей не допускаются.

1. В период действия режима повышенной готовности и чрезвычайной ситуации по представлению руководства эксплуатанта срок действия медицинского заключения может быть продлен руководителем межрегионального территориального управления воздушного транспорта уполномоченного органа в области гражданской авиации, по согласованию с председателем выдавшей медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), не более чем на 45 дней.
2. Состояние здоровья кандидатов на получение (возобновление) медицинских заключений 1, 2 и 3 классов должно соответствовать требованиям, установленным настоящим Порядком.
3. При ухудшении состояния здоровья обладателя медицинского заключения, он должен немедленно сообщить об этом врачу, осуществляющему межкомиссионное наблюдение, либо во ВЛЭК, выдавшую медицинское заключение.

13.1. Обладатели медицинских заключений должны безотлагательно уведомить врача по авиационной и космической медицине (врача-специалиста ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)), осуществляющего динамическое врачебное наблюдение указанного авиационного специалиста в межкомиссионный период, с момента возникновения факторов, влияющих на профессиональную деятельность, таких как:

1) проведение хирургической операции или инвазивной процедуры;

2) назначение регулярного приема какого-либо лекарственного препарата;

3) получение значительного повреждения, которое влечет за собой неспособность выполнять профессиональные обязанности соответствующего свидетельства 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 используют профессиональные права и обязанности, согласно своим свидетельствам, квалификационным отметкам или медицинским заключениям, если:

1) они осведомлены о каком-либо снижении их медицинской годности, которое может повлечь невозможность безопасного осуществления данных прав и обязанностей;

2) они принимают или используют какие-либо предписанные или не предписанные лекарственные препараты, которые могут препятствовать безопасному осуществлению прав и обязанностей соответствующего свидетельства;

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

Обладатели медицинского заключения обращаются к врачу авиационной и космической медицины организации гражданской авиации (образовательной организации ГА), проводящему регламентированные медицинские осмотры в межкомиссионный период 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 обязанности.

При этом обладатель медицинского заключения и работодатель ответственны за невыполнение требований пункта 13.1 и 13.2 Порядка.

14. Обязательные предварительные (при поступлением на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры (далее – обязательные медицинские осмотры), диспансеризацию и медицинское освидетельствование кандидатов на получение медицинских заключений осуществляют ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в порядке, установленным Порядком при наличии лицензии на осуществление данного вида медицинской деятельности.

В период действия режима повышенной готовности и чрезвычайной ситуации уполномоченный орган в области гражданской авиации по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, принимает порядок проведения предполетного медицинского осмотра при выполнении особо важных полетов воздушных судов, предусматривающий принятие решения о допуске к полету членов летного и кабинного экипажа командиром воздушного судна.

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 выпускникам учебных заведений по подготовке пилотов и диспетчеров УВД.

16. Врачебно-летную экспертизу проводят медицинские эксперты, возглавляющие ВЛЭК ГА, и медицинские эксперты ЦВЛЭК ГА, соответствующие квалификационным требованиям, установленным Приложением № 3 настоящему Порядку.

17. Врачи авиационной и космической медицины, медицинские эксперты и врачи-специалисты члены ВЛЭК ГА должны проходить повышение квалификации по специальности «Авиационная и космическая медицина» не реже 1 раза в 5 лет, владеть практическими знаниями условий, в которых кандидаты на получение медицинского заключения осуществляют профессиональную деятельность, а также, иметь действующий Сертификат специалиста либо Свидетельство об аккредитации по основной медицинской специальности, полученный в соответствии с требованиями, утвержденными органом уполномоченным в сфере здравоохранения.

18. Персональный состав ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА утверждается, медицинские эксперты назначаются уполномоченным органом в сфере гражданской авиации сроком на три года.

19. 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 № 4 к настоящему Порядку, и дополнительные обследования, которые назначаются врачами-специалистами ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) в целях врачебно-летной экспертизы.

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

20. ЦВЛЭК ГА образуется приказом уполномоченного органа в области гражданской авиации в подведомственной ему медицинской организации ФБУ «Центральная больница гражданской авиации» (далее – ЦКБ ГА) в составе председателя-медицинского эксперта, заместителя председателя-медицинского эксперта, врачей-специалистов-медицинских экспертов, 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)

21. ВЛЭК ГА осуществляют деятельность в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение (оказание) работ (услуг) по врачебно-летной экспертизе и авиационной и космической медицине, проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров. В состав ВЛЭК ГА входят председатель-медицинский эксперт, 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).

22. Кабинеты врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оснащаются в соответствии с требованиями Приложения № 5 к настоящему Порядку.

23. 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-летной экспертизы медицинских экспертов и врачей-специалистов ВЛЭК ГА перед их назначением и утверждением уполномоченным органом, согласно Приложению № 3 к настоящему Порядку;

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

5) выдачу медицинских заключений первого, второго, третьего 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) вынесение ограничений в медицинское заключение или приостановление (возобновление) его действия;

8) сбор и 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 авиационной и космической медицины;

10) консультативную помощь медицинских экспертов 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. Срок нахождения на стационарном обследовании по одному профилю заболевания устанавливается, как правило, 5 рабочих дней.

12) формирование ежегодного отчета о результатах проведения ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА медицинского освидетельствования в целях ВЛЭ и предоставление его в уполномоченный орган не позднее 1 февраля следующего за отчетным года.

24. 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)) и профилактических;

3) выдачу медицинских заключений первого, второго, третьего классов;

4) направление авиационного персонала в ЦВЛЭК ГА;

5) направление авиационного персонала по профилю заболевания в стационар ЦКБ ГА и/или на консультацию в ЦВЛЭК ГА (срок нахождения на стационарном обследовании в ЦКБ ГА по одному профилю заболевания устанавливается, как правило, 5 рабочих дней. Срок прохождения консультации в ЦВЛЭК ГА, как правило, устанавливается 1 рабочий день;

6) принятие решения о необходимости внеочередного медицинского освидетельствования;

7) определение группы диспансерного наблюдения в межкомиссионный период, рекомендаций 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) подготовку ежегодного отчета о результатах медицинского освидетельствования авиационного персонала и направление его в ЦВЛЭК ГА не позднее 1 февраля следующего за отчетным года.

**Порядок медицинского освидетельствования во врачебно-летной**

**экспертной комиссии гражданской авиации**

25. Медицинское освидетельствование кандидата на получение медицинского заключения осуществляется по направлению работодателя или по личному заявлению.

25.1. Летный состав и диспетчеры УВД, поступающие на работу в авиационные предприятия из организаций не гражданской авиации, проходят медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА для получения медицинского заключения независимо от наличия у них заключения о годности по состоянию здоровья, полученного в других медицинских учреждениях;

26. Медицинское освидетельствование производится по заявлению на проведение медицинского освидетельствования, подаваемому кандидатом на получение свидетельств во ВЛЭК ГА (Приложение № 6).

26.1. Председатель-медицинский эксперт ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) перед началом медицинского освидетельствования проверяет заявление, и документ, удостоверяющий личность кандидата на получение медицинского заключения.

26.2. 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 направляет подлинник заявления с сопроводительным письмом в уполномоченный орган для принятия административных мер.

27. Для получения медицинского заключения кандидат на получение медицинского заключения предоставляет во ВЛЭК ГА следующие документы:

военный билет (для лиц, наличие военного билета у которых предусмотрено в соответствии с законодательством в области воинской обязанности и военной службы) или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу, с выпиской из военкомата при наличии ограничения;

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);

заключение врачебной психиатрической комиссии и врача-психиатра-нарколога.

При первичном медицинском освидетельствовании кандидат на получение медицинского заключения предоставляет во ВЛЭК ГА заключение о прохождении психиатрического освидетельствования.

Лица, поступающие на обучение в образовательные организации гражданской авиации (абитуриенты), предоставляют медицинскую справку по форме 086/у; военный билет или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу (для военнообязанных); медицинские заключения врача-психиатра, врача психиатра-нарколога; результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, гепатиты B и C, RW, анализ крови тна группу и резус-фактор.

28. Абитуриенты подлежат профессионально-психофизиологическому отбору, который проводится 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.

29. Обязательный объем медицинских исследований абитуриентов и кандидатов для получения медицинских заключений первого, второго и третьего классов определен в Приложении № 4 к настоящему Порядку.

При выявлении рисков, влияющих на безопасность полетов, объем медицинских исследований может быть расширен врачами-специалистами ВЛЭКГА (ЦВЛЭК ГА) и медицинскими экспертами ВЛЭК ГА и ЦВЛЭК ГА.

29.1. При медицинском освидетельствовании проводится проверка соответствия состояния здоровья Требованиям к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к летной работе, работе по управлению воздушным движением, работе бортпроводником, бортоператором, пилотом авиации общего назначения и обучению в образовательных организациях гражданской авиации (далее – Требования), установленным Приложениями № 7, 8, 9 к настоящему Порядку.

30. Стационарное медицинское обследование членов экипажей, диспетчеров УВД и курсантов проводится при выявлении рисков, влияющих на безопасность полетов.

Для применения основных принципов безопасности полетов к процессу выдачи медицинского заключения обладателям свидетельств используется шкала рисков сердечно-сосудистых заболеваний для проведения обследования в условиях отделения медицинского обследования и освидетельствования летного состава ЦКБ ГА по направлению медицинского эксперта или врача авиационной и космической медицины (Приложения № 7, 8, 9).

30.1. Стационарное обследование по направлению медицинских экспертов проводится в специализированных отделениях ЦКБ ГА при выявлении заболеваний, влияющих на безопасность полетов, как на этапе принятия заявлений на медицинское освидетельствование, так и по результатам последнего.

30.2. Стационарное обследование проводится в отделении медицинского обследования и освидетельствования летного состава ЦКБ ГА и специализированных отделениях ЦКБ ГА, в том числе в рамках мероприятий ведомственной целевой программы.

30.3. Стационарное обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования летного состава ЦКБ ГА проводится согласно требованиям, установленным настоящим Порядком.

30.4. Обязательное медицинское обследование в отделении медицинского обследования и освидетельствования летного состава ЦКБ ГА с целью раннего выявления заболеваний, представляющих угрозу безопасности полетов и проведения своевременного лечения, проводится коммерческим и линейным пилотам,осуществляющим коммерческие воздушные перевозки, при достижении ими возраста 50 лет (срок стационарного обследования – 3 дня) с последующим освидетельствованием во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), и при достижении возраста 60 лет с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА. После достижения возраста 60 лет медицинское обследование в специализированном отделении для авиационного персонала ЦКБ ГА проводится ежегодно с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА (срок стационарного обследования –7 дней).

Перед госпитализацией в отделение медицинского обследования и медицинского освидетельствования летного состава ЦКБ ГА допускается проведение на базе ВЛЭК ГА медицинских обследований, предусмотренных приложением № 4 к настоящему порядку.

30.5. Стационарное обследование в специализированных отделениях ЦКБ ГА проводится, согласно стандартам медицинской помощи и порядкам оказания медицинской помощи, принятым уполномоченным органом в сфере здравоохранения.

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

32. При тяжелом заболевании (травме) члена летного экипажа гражданского воздушного судна, бортоператора, бортпроводника, диспетчера УВД и курсанта (студента) медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) может быть вынесено заочно по представленным документам лечебного учреждения.

33. Оформление результатов медицинского освидетельствования:

33.1. врачи-специалисты члены ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) заносят в Протокол консультативного заключения врачей-специалистов данные медицинского осмотра (по профилю специальности), результаты лабораторных и инструментальных исследований, формулируют диагноз (если выявлено заболевание) в соответствии с Международным классификатором болезней (МКБ) (Приложение № 11). На основании анализа всех полученных данных врач-специалист выносит заключение о соответствии/несоответствии кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям. При соответствии медицинским требованиям врач-специалист член ВЛЭК ГА определяет группу динамического наблюдения кандидата на получение медицинского заключения и назначает рекомендации для их выполнения в межкомиссионный период;

33.2. по окончании медицинского освидетельствования кандидата на получение медицинского заключения председатель (заместитель председателя) ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)-медицинский эксперт обобщает результаты освидетельствования, оформляет заключение Протокола медицинского освидетельствования согласно Приложению № 11 к настоящему Порядку.

33.2.1. Формулировки медицинских заключений в Протоколе (Приложение   
№ 11) ВЛЭК ГА, (ЦВЛЭК ГА):

- годен к обучению на пилота, диспетчера УВД;

- годен к летной работе коммерческим пилотом (пилотом коммерческой авиации) (самолет и вертолет), линейным пилотом авиакомпании (самолет и вертолет), штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;

- годен к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД;

- годен к полетам: частным пилотом, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна, пилотом-планеристом.

- нуждается в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием;

- негоден к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД;

- негоден к летной работе пилотом коммерческой авиации, линейным пилотом авиакомпании, штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;

- негоден к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД,

- негоден к полетам: частным пилотом, пилотом планера, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна.

33.3. При соответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения медицинским требованиям, оформляется медицинское заключение (Приложение № 2), а копия медицинского заключения в течение 2-х рабочих дней по электронным каналам связи передается в полномочный орган по выдаче свидетельств.

33.3.1. При несоответствии состояния здоровья кандидата медицинским требованиям ему выдается справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) о медицинском освидетельствовании и извещение об отказе в выдаче медицинского заключения (Приложение № 12), а справка ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) о медицинском освидетельствовании и извещение об отказе в выдаче медицинского заключения в течение 2-х рабочих дней по электронным каналам связи передается в полномочный орган по выдаче свидетельств.

33.4. 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.

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

- негоден к летной работе пилотом;

- негоден к обучению на пилота (для курсантов, студентов);

- годен к летной работе (при восстановлении пилотов, ранее признанных негодными к летной работе).

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.

34. При несоответствии состояния здоровья кандидата на получение медицинского заключения установленным требованиям к состоянию здоровья для конкретных свидетельств, ЦВЛЭК ГА, по согласованию с уполномоченным органом по выдаче свидетельств, может быть вынесено официальное медицинское заключение при соблюдении следующих условий:

- в официальном медицинском заключении указывается на то, что в особых 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 медицинском заключении производится отметка о любом специальном ограничении или ограничениях в тех случаях, когда обеспечение безопасности полетов обладателем свидетельства зависит от соблюдения такого ограничения или ограничений.

35. В случае, когда принятие решения о годности возможно при установлении ограничения, председатель – медицинский эксперт ВЛЭК ГА оценивает состояние здоровья заявителя и при необходимости организует консультации со специалистами по летной эксплуатации, специалистами по управлению воздушным движением или другими специалистами по безопасности полетов. При определении ограничения оцениваются способности, навыки, опыт заявителя (кандидата на получение медицинского заключения), выполняемая им деятельность и степень сохранности функциональных резервов организма заявителя.

36. Ограничение устанавливается при неполном соответствии заявителя медицинским требованиям, установленным настоящими Правилами, при условии, что данное состояние не ставит под угрозу безопасность полетов.

36.1. Перечень ограничений, которые выносит ВЛЭК ГА:

- TML – ограничение срока действия медицинского заключения (действительно в течение … месяцев);

- 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.

По согласованию с ЦВЛЭК при отсутствии отрицательной динамики в состоянии здоровья, повторное вынесение ограничений TML, OCL, годен в составе многочленного экипажа;

36.2. Перечень ограничений, которые выносит ЦВЛЭК ГА:

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

- TML – ограничение срока действия медицинского заключения (действительно в течение … месяцев);

- OCL – допущен к полетам только в качестве второго пилота (годен в качестве второго пилота);

- 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).

36.3. Информация об ограничениях вносится в медицинское заключение (Приложение №2), (на оборотной стороне документа) в раздел «Особые отметки».

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

Несогласие с решением ЦВЛЭК ГА обжалуется в уполномоченный орган по выдаче свидетельств. Экспертное решение может быть обжаловано в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

38. При медицинском освидетельствовании авиационного персонала неуклонно соблюдается принцип конфиденциальности медицинской информации.

Медицинские документы хранятся в защищенном помещении, доступ к ним предоставляется только уполномоченному персоналу.

Когда это оправдано соображениями безопасности полетов, медицинский эксперт или председатель-медицинский эксперт ВЛЭК ГА информирует уполномоченный орган о существующем (возможном) риске для безопасного исполнения обязанностей и осуществления прав, предоставляемых свидетельством авиационного персонала или квалификационными отметками.

39. После завершения первичного освидетельствования и признания кандидата на получение медицинского заключения годным по состоянию здоровья к исполнению обязанностей авиационного персонала (обучению по авиационным специальностям), на него формируется личное медицинское дело, в которое подшивается Протокол о медицинском освидетельствовании (Приложение № 11), 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 к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельством.

39.1. При медицинском освидетельствовании абитуриентов заполняется один экземпляр медицинской карты авиационного персонала (далее – медицинская карта Приложение № 11.1) с фотографией кандидата, заверенной печатью ВЛЭК ГА. По завершении освидетельствования медицинские карты с данными обследования (ЭКГ, аудиограмма, флюорограмма и др.) кандидатов, признанных годными к обучению, передаются абитуриенту в опечатанном виде. Медицинские карты абитуриентов, признанных негодными к обучению, хранятся в архиве ВЛЭК ГА три года.

40. Личное медицинское дело пополняется после каждого освидетельствования кандидата и хранится во ВЛЭКГА, 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.

Специалист авиационного персонала, прошедший медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА, имеет право получить в электронном виде защищенную информацию о результатах медицинского обследования и освидетельствования, хранящуюся в электронной базе ВЛЭК ГА".

40.1. 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 (Приложение № 13), который утверждается председателем-медицинским экспертом ВЛЭК ГА и направляется руководителю предприятия (начальнику службы) не позднее 10 февраля года, следующего за отчетным.

40.2. При медицинском освидетельствовании в целях ВЛЭ заполняется медицинская карта авиационного персонала (Приложение № 11.1) с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА.

40.3. При медицинском освидетельствовании вновь поступающих на летную работу, работу по УВД, бортпроводником и бортоператором заполняется один экземпляр медицинской карты авиационного персонала (Приложение № 11.1) с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА. Медицинские карты этим лицам заполняются врачом авиационного предприятия при личном осмотре после зачисления их в соответствующие службы.

40.4. При медицинском освидетельствовании кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД, заполняется один экземпляр медицинской карты авиационного персонала с фотографией кандидата, заверенной печатью ВЛЭК ГА.

40.5. По завершении медицинского освидетельствования медицинские карты с данными обследования (ЭКГ, аудиограмма, флюорограмма и др.) кандидатов, признанных годными к обучению, передаются абитуриенту. Медицинские карты абитуриентов, признанных негодными к обучению, хранятся в архиве ВЛЭК ГА три года.

40.6. На кандидатов из числа иностранных граждан, признанных ВЛЭК ГА негодными к обучению, составляются два экземпляра медицинской карты, которые направляются в ЦВЛЭК ГА.

40.7. Медицинские документы лицам, окончившим учебное заведение гражданской авиации, а также летному составу, диспетчерам УВД, бортпроводникам, бортоператорам при переводе в другие авиационные предприятия и увольнении их из организации гражданской авиации выдаются на руки в опечатанном виде под роспись.

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

**Порядок проведения обязательных периодических**

**медицинских осмотров (обследований)**

41. Обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) (далее - периодические осмотры) разработаны на основании действующих нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения и проводятся в целях:

- динамического наблюдения за состоянием здоровья авиационного персонала, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний;

- выявления заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения, и распространения заболеваний и формирования групп риска по развитию заболеваний, препятствующих выполнению поручаемой работнику работе;

- своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников;

- своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

- предупреждения несчастных случаев на производстве;

- выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ.

41.2. Обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры проводятся на основании направления на медицинский осмотр, выданного работодателем (Приложение № 10).

41.3. Обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры авиационного персонала проводятся в процессе медицинского освидетельствования,с учетом действующих на авиационный персонал ведущих вредных производственных факторов, согласно Приложению № 14 к настоящему Порядку.

41.4. Постоянно действующая врачебная комиссия – комиссия, которая формируется для проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров на базе ВЛЭК (ЦВЛЭК) ГА.

Возглавляет комиссию врач-профпатолог; в состав комиссии входят врач-терапевт, а также врачи-специалисты ВЛЭК, имеющие подготовку по профпатологии.

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

41.5. При проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров учитываются данные, полученные по результатам проведения медицинского освидетельствования в целях ВЛЭ и динамического наблюдения в межкомиссионнный период за состоянием здоровья авиационного персонала гражданской авиации. Врачи, входящие в состав комиссии должны иметь подготовку по профпатологии.

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

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

41.8. При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводятся обследования с учетом вредных производственных факторов и уровней их воздействия на рабочем месте по результатам специальной оценки условий труда в соответствии с Приложением № 14 к настоящему Порядку.

41.9. По окончании прохождения предварительного или периодического медицинского осмотра профпатолог ВЛЭК (ЦВЛЭК) оформляет и подписывает заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (Приложение № 15), которое заверяется печатью ВЛЭК.

41.10. Заключение составляется в трех экземплярах и выдается: первый - работнику, второй - авиационному врачу организации, в которой работает (поступает на работу) работник; третий приобщается к медицинской карте, оформляемой на ВЛЭК (ЦВЛЭК) ГА.

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

41.12. Участники аварийных ситуаций или инцидентов, работники, занятые на работах с вредными производственными факторами 15 и более лет, работники, имеющие (имевшие) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания, лица со стойкими последствиями несчастных случаев на производстве, а также другие работники в случае принятия соответствующего решения врачебной комиссией не реже одного раза в пять лет проходят периодические осмотры в медицинских организациях, имеющих право на проведение предварительных и периодических осмотров, экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией, а также в центрах профпатологии.

41.13. Врач по авиационной и космической медицине организации гражданской авиации на основе заключений обязательных периодических медицинских осмотров составляет заключительный акт по их результатам в данной организации по форме, приведенной в Приложении № 16 к настоящему Порядку.

41.14. Заключительный акт подписывается авиационным врачом организации гражданской авиации, утверждается работодателем и заверяется печатью организации.

41.15. 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 Отчета в электронной форме направляется в Научно-исследовательский центр профпатологии и гигиены труда Гражданской авиации. Один экземпляр Отчета хранится у работодателя.

**Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации**

42. Настоящий порядок регулирует вопросы, связанные с проведением профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на основании действующих нормативных правовых актов в сфере здравоохранения следующих групп авиационного персонала (в возрасте от 18 лет и старше):

- лиц, обучающихся в образовательных организациях гражданской авиации (далее – студенты и курсанты) по программам подготовки пилотов, диспетчеров УВД, бортпроводников;

- членов летного экипажа;

- членов кабинного экипажа;

- частных пилотов;

- пилотов авиации общего назначения (далее – пилоты АОН);

- специалистов, осуществляющих управление воздушным движением (далее – диспетчер УВД);

- внешних пилотов.

43. Медицинские мероприятия, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, направлены на:

- профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для лиц из числа авиационного персонала, студентов и курсантов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых лиц;

- проведение профилактического консультирования авиационного персонала, студентов и курсантов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

- определение группы диспансерного наблюдения лиц из числа авиационного персонала, студентов и курсантов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями, включая лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

44. Профилактический медицинский осмотр проводится авиационными врачами организаций гражданской авиации не реже одного раза в год:

- в качестве самостоятельного мероприятия в межкомиссионный период;

- в рамках диспансеризации;

- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

45. Диспансеризация проводится в рамках медицинского освидетельствования врачами ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), созданными на базе медицинских организаций, отвечающих требованиям, предъявляемым действующими нормативными правовыми актами к медицинским организациям, осуществляющим профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию:

- 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

- ежегодно в возрасте 40 лет и старше.

46. Врач по авиационной и космической медицине организации гражданской авиации составляет ежегодный график прохождения профилактического осмотра и диспансеризации авиационного персонала данной организации (студентов, курсантов данного образовательного учреждения) с указанием сроков

47. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Мероприятия профилактического медицинского осмотра и диспансеризации подлежат включению в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оплате.

48. Необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия лиц из числа авиационного персонала (студентов, курсантов) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

49. Ответственными за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является врач по авиационной и космической медицине организации гражданской авиации.

50. При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации используются все результаты исследований, полученные в процессе проведения медицинского освидетельствования в целях врачебно-летной экспертизы, в том числе определение относительного сердечно-сосудистого риска у лиц в возрасте от 18 до 39 лет включительно и абсолютного сердечно-сосудистого риска у лиц в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек.

51. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя: осмотр (консультацию) врачом-неврологом; дуплексное сканирование брахицефальных артерий в возрасте от 45 лет у мужчин и 54 лет у женщин при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение); осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии; колоноскопию (в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога); эзофагогастродуоденоскопия (в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта); спирометрию (для лиц с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание и др.

52. Для определения по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации группы здоровья и группы диспансерного наблюдения используются критерии, установленныефедеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

53. Лица из числа авиационного персонала (студенты, курсанты) с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

54. Подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации осуществляется авиационными врачами организаций гражданской авиации.

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 работ, предоставляемых авиационным свидетельством 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) |
| диспансеризация |  | представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. |
| 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-летной экспертизы и содержит необходимую информацию, подтверждающую (опровергающую) возможность безопасного исполнения обязанностей и осуществления прав, предоставляемых свидетельством 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 рамках медицинского осмотра и объемах, необходимых и достаточных для формирования обоснованного заключения о его пригодности к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельством 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 |  | сделанное применительно к конкретному случаю несколькими медицинскими экспертами (ЦВЛЭК ГА) заключение, приемлемое для государственного полномочного органа, 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-летной 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

(RussianFederation)

Министерство транспорта Российской Федерации

Федеральное агентство воздушного транспорта

(FederalAirTransportAgency)

СерияААN 0000000

Форма бланка

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ\_\_\_\_\_\_класса

MedicalConclusion\_\_\_\_class

группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

резус фактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Surname

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dateofbirth

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование ВЛЭК ГА (штамп ВЛЭК ГА)

Medical Aviation Centre

от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Date of issue

СогласноФАПМОГА

In accordance with FAR of Russia-2020

ПРИЗНАНГОДНЫМк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Approved for flight operating\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинское заключение действительно по "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Conclusionisvalidtill

Медицинский эксперт (председатель) ВЛЭК 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 х 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

Приложение № 3

**Требования**

**к членам Центральной врачебно-летной экспертной комиссии, врачебно-летных экспертных комиссий, медицинским экспертам, врачам авиационной и космической медицине**

1. Председатель ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА должен иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по основной врачебной специальности, высшую квалификационную категорию, документ о прохождении подготовки по авиационной медицине, иметь практические навыки в области авиационной медицины и иметь опыт работы по врачебно-летной экспертизе, для председателя ЦВЛЭК ГА - не менее пяти лет, для председателя ВЛЭК ГА - не менее трех лет.

Члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА должны иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по основной врачебной специальности, документ о прохождении подготовки по авиационной медицине, иметь практические навыки в области авиационной медицины.

Медицинский эксперт должен иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» высшую квалификационную категорию, сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по основной врачебной специальности, документ о прохождении подготовки по авиационной медицине, иметь практические навыки в области авиационной медицины и иметь практические навыки в области авиационной медицины не менее трех лет.

Врач авиационной и космической медицины должен иметь высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», сертификат по авиационной и космической медицине или сертификат врача-терапевта/врача общей практики с наличием документа о прохождении подготовки по авиационной и космической медицине, иметь практические навыки в области авиационной медицины.

2. Председатель, члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА, медицинские эксперты, врачи авиационной и космической медицины должны повышать квалификацию по основной специальности и авиационной медицине один раз в пять лет.

3. Председатель и члены ЦВЛЭК ГА, ВЛЭК ГА, медицинский эксперт, 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 практические рекомендации ИКАО в области здравоохранения;

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) знать требования к документообороту, в том числе электронному;

д) соблюдать медицинскую этику, деонтологию, врачебную тайну.

Приложение № 4

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ

В ЦЕЛЯХ ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (далее ВЛЭ)

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, 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, рефлекторная, чувствительная сферы, статика и координация;

вегетативно-нервная система (дермографизм, акроцианоз, гипергидроз, тремор, ортоклиностатическая 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 статокинетической 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 свыше возрастной нормы, исследование проводится ежегодно.

При наличие 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](https://ru.wikipedia.org/wiki/Дыхание#Дыхание_у_человека), степени выраженности его нарушения, проводиться 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/ЦВЛЭК. (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 пред 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/ЦВЛЭК.

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/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 2. | Анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты B и C | а) при первичном освидетельствование;  б) устройство на работу;  в) стационарное обследование;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствование;  б) устройство на работу;  в) стационарное обследование;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствование;  б) устройство на работу;  в) стационарное обследование;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 3. | Биохимические исследования крови на билирубин и его фракции, ферменты ACT, АЛТ, ГГТП, ЩФ | а) при проведении авиационно-химических работ ежегодно;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 4. | Биохимический анализ крови, анализ крови на гормоны | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 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/ЦВЛЭК. | 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/ЦВЛЭК. | 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/ЦВЛЭК. |
| 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/ЦВЛЭК. | 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/ЦВЛЭК. | 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/ЦВЛЭК. |
| 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/ЦВЛЭК. | При первичном освидетельствовании бортпроводников, далее по требованиям территориальных органов здравоохранения ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 8. | Мазки на гонорею. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | При первичном освидетельствовании бортпроводников, далее ежегодно ВЛЭК/ЦВЛЭК. | В целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 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/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в год;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, далее 1 раз в год;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 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, курсантам (студентам) 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/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, курсантам (студентам) 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/ЦВЛЭК. |
| 14. | ЭЭГ (электроэнцефало-грамма) | 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. |
| 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/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании, далее ежегодно;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | 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/ЦВЛЭК. |
| 16. | Электрокардиография с нагрузкой  (велоэргометрия 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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | 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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | 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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 17. | Ультразвуковое исследование внутренних органов (брюшная полость, почки, щитовидная железа, органы малого таза) | а) в возрасте 40 лет, далее через 2 года на 3-й;  б) при стационарном обследовании;  в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) в возрасте 40 лет,;далее через 2 года на 3-й;  б) при стационарном обследовании;  в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) в возрасте 40 лет, далее через 2 года на 3-й;  б) при стационарном обследовании;  в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 18. | Исследование магистральных артерий головы | а) в возрасте 40 и 50 лет;  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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  г) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) 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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) в возрасте 40 и 50 лет;  б) 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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 расчитанной по формуле CKD-EPI; 8) курение (в настоящее время или в прошлом при каждом медицинском освидетельствовании;  в) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 19. | ЭФГДС (Эзофагогастро-дуоденоскопия) | а) в возрасте 45лет, далее через 2 года на 3-й;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) в возрасте 45 лет, далее через 2 года на 3-й;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | а) в возрасте 45 лет, далее через 2 года на 3-й;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 20. | Внутриглазное давление | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК/ЦВЛЭК. | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК/ЦВЛЭК. | При первичном освидетельствовании, далее в возрасте 30 лет и старше 1 раз в год ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
| 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 пред 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/ЦВЛЭК. | а) при первичном освидетельствовании;  б) в целях ВЛЭ при обосновании назначения врачом-специалистом ВЛЭК/ЦВЛЭК. | 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 ВЛЭК/ЦВЛЭК. |
|  | 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/ЦВЛЭК. | | | |
|  | Все лабораторно-диагностические исследования проводятся на базе медицинских учреждений с функциями ВЛЭК ГА/ЦВЛЭК ГА, в том числе при наличии договора с организацией, имеющей [лицензию](consultantplus://offline/ref=7B0AE4042A1F9B4FA190B646674ADC4F96D9F5B73C0433E0404BCFA7D63841B9CAC6F52D4CE9A57E11D1E3DA7B0C5A8557D984A5FFD8B3D5ZEj2J) на осуществление соответствующей деятельности. Результаты исследований, полученных при проведении периодических медицинских осмотров на базе медицинских учреждений с функциями ВЛЭК ГА, засчитываются ВЛЭК ГА. | | | |

Приложение № 5

**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](http://yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru%3Bimages%2Fsearch%3Bimages%3B%3B&text=&etext=8940.wvkfBRv8iA6OMMmvQHcCfHdcIgA0dn9AaaW8kjgVFy6eBI-k0Fiej4dORcQfuLSt.cd8ba9a5840710ae8d0079fd18480167475759d6&uuid=&state=tid_Wvm4RM28ca_MiO4Ne9osTPtpHS9wicjEF5X7fRziVPIHCd9FyQ,,&data=UlNrNmk5WktYejY4cHFySjRXSWhXREdkMTF3cENRTEs3TUNlVEkyRlpqYnh3R1l3NG5zbEdfelJuM3JpY3RDZVdHbF93bVA5S09PVUlGLTNta29QR0pMRDhtcFl6aXJoSnA1bENUV19UajVBWmhLOHlZUnpfYzRRU1haMU5fN0YwYWNqdzlyX1dhVFZDVUs4bHNzZVFUQThpLWxwcjF5MHliMVFNLVBQMERFRU40YWwtdHJlZHNONzdQZVUtQ010bTU5dTM3ekJDd0NpdWNZdUVOeHpsdUk1WnJCd1M0ZjZWTW1IQVN1UThXd3A5SFdDLXlkMk5nU2V0QTN5ZVhCVWtpNWtlQWNNYW9jLA,,&sign=a9ea525294104519083b498f7264f0df&keyno=0&b64e=2&l10n=ru);
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 адаптациии чувствительности к ослеплению;

8. щелевая лампа;

9. офтальмоскоп (прямой, непрямой- с диагностическими линзами);

10. тонометр;

11. экзофтальмометр;

12. Кушетка медицинская;

13. Гониоскоп.

**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 мониторирования электрокардиограммы;

15. аппаратура для суточного мониторирования 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-нарколог](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=343781#h409)**а:**

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](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=343781#h409)**:**

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.

Приложение № 6

**Заявление на медицинское освидетельствование**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия:** | | | | **Прежняя фамилия:** | | | | | | **Идентификационный номер:** | | |
| **Имя, Отчество**: | | | | | **Дата рождения:** | | | | | **Пол:**  М Ж | | 1. **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: Место:  Подробнее: | | | | | | | | **Общий налет часов:** | | | **Налет часов в межкомиссионный период:** | |
| **Тип воздушного судна:** | | | | |
| **Имели ли место авиационные события в межкомиссионный период:** Нет  Да Дата: Место:  Подробнее: | | | | | | | | Предполагаемый вид деятельности (обучение, диспетчер УВД, коммерческие перевозки, авиационные работы, частный пилот, пилот СВС и т.д.): | | | | |
| **Предполагаемый тип полетов:** одночленный экипаж , многочленный экипаж | | | | | | | | **Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты, включая безрецептурные:**  Нет Да  Если «Да», укажите какие, дату начала, суточную дозировку и причину (диагноз): | | | | |
| **Употребляете ли Вы спиртные напитки?:** Да Нет  Если «Да», укажите среднее потребление за месяц (в ед. изм.) | | | | | | | |
| **Курите ли Вы табачные изделия?:**  Никогда Раньше, дата прекращения  В настоящее время (кол-во в день и число лет) | | **Фамилия, инициалы, телефон авиационного врача** | | | | | |
| **Имеете ли вы профессиональное заболевание?**  Нет Да | | | | | | **Имеете заключение об утрате профессиональной трудоспособности или инвалидность?** 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 |  |  | Растройство 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 выдачи или отзыв свидетельства в прошлом |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Тугоухость, заболевание ушей |  |  | Попытки самоубийства |  |  | Туберкулез |  |  |  |  |  |
| **Для женщин:** | |  |  |
| Анемия и другие заболевания крови |  |  | Наследственные заболевания |  |  | Назначение пенсии или компенсации в связи с телесными повреждениями  или болезнью |  |  | Вы беременны? | |  |  |
| Заболевание носа, горла, нарушения речи |  |  | Признание негодным к военной службе |  |  | Гинекологические заболевания | |  |  |
| Примечания: | | | | | | | | | | | | |
| **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.  **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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата Подпись заявителя | | | | | | | | | | | | |

Приложение № 7

**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 или 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.

Приложение № 8

**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 (перенесённый острый коронарный синдром, стабильная стенокардия, чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование или другие операции на артериях, инсульт/транзиторная ишемическая атака);

- атеросклеротическое поражение артерий со стенозированием ≥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 ≥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) ≥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 ≥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 ≥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 ≥ 5,0 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности ≥ 3,0 ммоль/л, триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, понижение липопротеинов высокой плотности для мужчин ≤ 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 ≥ 6,2 ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или гликированный гемоглобин ≥ 6,0 и/или глюкоза плазмы крови через 2 часа углеводной нагрузки ≥ 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 CKD-EPI;

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 № 9

**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.

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.

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 ≥ 50% следующей локализаций: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задней межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

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

наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по B.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) ≥ 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) ≥ 6,4 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 54%.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) ≥ 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) ≥ 5,8 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 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. Предсердная экстрасистолия.

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.

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 мониторировании 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. Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы ≥ 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 ≥ 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 ≤ 3,0 секпри 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 тахиаритмия.

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

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 1 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахиартмии, 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

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 ≥ 0,4 мЕд/л и ≤ 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 (MCV) 80-100 фл.;

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает ≤ 4,5 см и индекс ВД ЛП/ППТ ≤ 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 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.

1.1.3.6. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия.

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 мониторировании 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.

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 атривентрикулярной проводимости.

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 блокадеII 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 блокадеIII 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 1 класса.

В остальных случаях 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) проводится кардиологическое обследование.

1.1.3.9. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 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 1 класса полной блокады правой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 1 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 мониторировании ЭКГ нарушений ритма и проводимости, подразумевающих вынесение решения о негодности;

жалоб и/или проявлений клинических симптомов заболевания.

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

При впервые выявленной полной блокады левой ножки пучка Гиса, медицинское заключение 1 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 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. 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 мониторировании 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 ≥ 50% любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза ≥ 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 мониторировании 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).

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с диагносцированными 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 дискредитирующих заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

наличии на ЭКГ удлинении QTc ≥ 500 мс, укорочения QTc ≤ 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 каналопатий 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 ≥ 500 мс, укорочение QTc ≤ 330 мс или феномен Бругада 1 типа или особенностей после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

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.

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 дискредитирующих 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 ≤ 2,5м/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 ≥ 2,6 и ≤ 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.

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 ≥ 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≤ 6,0 см и КСР ЛЖ≤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≥ 6,2 см и ≤ 6,5 см и КСР ЛЖ≥ 4,2 см и ≤ 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.

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 ≤1,5 см2 при митральном стенозе;

площади струи регурдитации ≥ 4 см2 или ≥ 20% от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta ≥ 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≥ 6,1 см;

увеличении КСР ЛЖ≥ 4,2см;

увеличении толщины межжелудочковой перегородки ≥ 1,4см;

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 вальвулотомии;

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 дискредитирующих 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.

Первичное освидетельствование возможно не ранее, чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследованияпри 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 дискредитирующих 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.

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 ≥ 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 дискредитирующих 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленной рестриктовной 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.

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) ≤ 54%.;

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или дискредитирующих 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.

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эпсилон-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.

1.1.6.6. Синдром спортивного сердца.

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин ≥ 6,0 см (для женщин ≥ 5,3 см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин ≥ 3,2 см/м2 (для женщин ≥ 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.

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) ≥ 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 дискредитирующих 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 ≤ 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 мониторировании ЭКГ;

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

при эхокардиографии площади струи регургитации ≤ 4 см2 и/или ≤ 20% от площади левого предсердия и/или фракции регургитации ≤ 30% объема левого предсердия ширине vena constanta ≤ 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.

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 ≥ 1,5:1 по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 1 класса с выявленным повышением артериального давления ≥ 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 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 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. **Периферические артерии и венозная система**

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

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 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 является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 1 классу.

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

1.2.4. После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах 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.

**1.3 Система органов дыхания**

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, бронхоэктатическая болезнь, активный саркоидоз, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) с выраженным нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна, крупное оперативное вмешательство на органах грудной клетки, пульмонэктомия, являются основаннием для вынесения заключения о негодности.

1.3.4. Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс, 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 ОФВ 1, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение TML 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 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 обезыствления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работене 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 функциипри 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 признаются негодными. Восстановление не 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**

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, требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии; цирроз печени; симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями; острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника; 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.

1.4.4. При варикозном расширении вен пищевода, 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) 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 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, хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (любой этиологии), острые панкреатиты, острые холециститы, хронические панкреатиты и хронические холециститы в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) определяют негодность к работе и обучению. При гепатите С допуск к работе рассматриваетсячерез 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 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 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 и болезнью Кронапризнаются негодными.

1.4.11. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма 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, 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 (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**

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). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа 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, почечной глюкозурии 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 - без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе - с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

1.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения. 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**

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); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства; лейкемии; полицитемии, гемоглобинопатии; 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. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

1.6.6. При лимфоме Ходжкина 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 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**

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.

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 головчатойформе 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, пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит 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 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)э

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 этомкандидаты 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 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**

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. ВИЧ-положительные кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Признание годности 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, выносится решение о негодности.

1.8.5. Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза 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, геморрагическую лихорадку, 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**

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 (метроррагия, боли); эндометриоз; симптомная миома матки; хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

1.9.3. Лечение острого периода болезней шейки матки (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, эндометриоидная и фолликуллярная кисты 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 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**

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 (межпозвонковый остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов 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 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, нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу.

1.10.4. Плоскостопие 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 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 с подвывихом, при туберкулезе 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.

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

1.10.11. При консолидированных переломах костей таза 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 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**

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 свидетельств 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.

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, галюциногенов 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.

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 подтвердается в специализированном учреждении психиатрического профиля с вынесением комиссионного заключения психиатрической врачебно-консультативной комиссии (ВКК).

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 специализированному 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.

1.11.8. 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.

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.

1. 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.

1.12.8. Профессионально неблагоприятные личностные особенности охватывают область межличностных отношений и взаимодействия авиационного персона, 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 прибыванием;

- 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 10х10;

- 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.

В случае невыполнения рекомендации вопрос годности решается неврологом ЦВЛЭК совместно с психологом».

Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

**1.13 Неврология**

1.13.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не имеют неврологического заболевания, которое может помешать безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

1.13.2. Эпилептические приступы и изменения ЭЭГ:

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 заключенияс 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 исключающих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточнённой причины; прогрессирующей или непрогрессирующей 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 заключенияпризнаются негодными. Кандидаты на получение медицинского заключенияс 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.

1.13.3. 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 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.

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.) 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. 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.

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.

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) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферичессккой 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; сосудистые мальформации ЦНС: артерио-венозные мальформации, каверномы, артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов), вторичные причины: артериальная гипертензия; васкулиты; болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов и др. препаратов, угрожающие развитию САК являются основанием для принятия решения о негодности.

1.13.5. 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.

1.13.6. Заявители с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли, сирингомиелия, рассеянный склероз; б. Паркинсона 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, ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата (миастения, миопатия, миотония, 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 прогредиентным 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 прогредиентном 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. 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.

1.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключенияперенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельностиили 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 не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита - 2 года; острого клещевого энцефалита – 3 года.

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

1.13.11. Эссенциальный тремор 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 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.

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 - 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.

1.13.13. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции ваговазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа; мигрень, солярит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности.

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).

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.

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, 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-двухкратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидатыКандидаты 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**

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.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.

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

Стандарт: острота зрения вдаль по отдельности на каждый глаз без коррекции должна быть 0.7 или выше, а острота бинокулярного зрения составляет 1.0 или выше, в том числе и в условиях темновой адаптации (очки для дали не назначаются).

.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, наличие нормального поля зрения. Для кандидатов на получение медицинского заключения впервые (при поступлении в учебное заведение ГА), острота зрения должна быть не ниже 0.1, при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты зрения 1,0 с помощью контактных линз и/или очков с соответствующими корригирующими линзами, а также имеется нормальное поле зрения.

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

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. Запасной комплект очков с аналогичной коррекцией для дальнего и ближнего зрения должен быть легкодоступен для немедленного использования.

В случаях, когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью корригирующих линз, кандидат может быть признан годным при условии, что такие корригирующие линзы носят при осуществлении прав, предоставляемых запрашиваемыми или имеющимися свидетельством или квалификационными отметками.

При осуществлении кандидатом на получение медицинского заключения прав, предоставляемых его свидетельством, всегда имеется пара очков с соответствующими корригирующими линзами.

Контактные линзы должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми.

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

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.

1.14..Аккомодация.

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

Кандидаты на получение медицинского заявления 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.

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 носить все время, а лишь при работе со схемами и картами и во время взлета и посадки, особенно ночью. Такие очки должны быть всегда доступны для немедленного использования.

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, VCL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при врачебных осмотрах.

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.Ошибка рефракции.

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

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

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.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

Кандидат на получение медицинского заключения признается годным: миопия, не выше -6.0D; гиперметропия, не выше +5.0D; астигматизм, не превышающий 2.0D; анизометропия, не превышающая 2.0D при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0,7. Кандидаты на получение медицинского заключения при поступлении в учебное заведение ГА, при прохождении первичного обследования, признается годным: миопия не выше 3.0 D, гиперметропия не выше 4.0 D, астигматизм не выше 1.5D, анизометропия не выше 2.0 D.

1.14.4.Цветовосприятие.

От кандидата на получение медицинского заключения требуется продемонстрировать способность правильно различать цвета, необходимых для безопасного выполнения профессиональных обязанностей. Кандидаты на получение медицинского заключения на получение свидетельства должны иметь нормальную трихромазию.

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

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

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.

1.14.5.Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения ниже стандарта.

Кандидаты на получение медицинского заключения при первоначальном осмотре, с приобретенным (вследствие каких- либо патологических состояний) сниженным зрением (или нарушенными зрительными функциями) хотя бы на один глаз, должны быть признаны негодными.

При повторных проверках, лица 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.

1.14.6.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, онкологические образования кожи век I степени, после излечения (по заключению онколога), рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения.

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

1.14.7.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).

1.14.8.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.

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, 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 на продление свидетельства, 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.

1.14.9. Центральная серозная ретинопатия. Владельцы свидетельства должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления к летной работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии соблюдения визуального стандарта.

1.14.10.Отслойка сетчатки. Владельцы свидетельства должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления может быть рассмотрена в ЦВЛЭК при условии соблюдения визуального стандарта и сохранности периферического поля зрения. При наличии периферических разрывов сетчатки, после успешного проведения лазерного лечения, можно рассматривать вопрос о допуске к работе.

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

1.14.12.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.

1.14.13.Периферическое поле зрение 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.

1.14.14.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 летные учебные заведения. В данном случае, кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как здоровый. Периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки, предрасполагающая к развитию отслойки сетчатки (решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки») и дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные состояния требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения, а также является препятствием для поступления в летные учебные заведения 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, 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 летные учебные заведения.

Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты, с нарушением зрительных функций, офтальмологические изменения диска дрительного нерва- являются противопоказанием к обучению на летные специальности.

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.

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

1.14.15.Допуск к работе лиц, обладателей медицинского заключения, после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (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. Для работы в авиации приемлемы только монофокальные ИОЛ. Имплантация мультифокальных ИОЛ противопоказана. 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).

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

1.14.16.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/ - 5.0 D.

Кандидаты к получению свидетельства впервые (при поступлении в учебные заведения ГА, и в возрасте до 25 лет) +4.0D/-3.0D).

2) Операция прошла без осложнений.

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

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

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

6) Достигнутые результаты 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.

1.14.17.Глаукома.

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

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

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

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.

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.

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.

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 аргонлазернаятрабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

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

1.14.18.Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия.

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

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

Расстояние 6 метров:

1) 2.0 призменных D по вертикали (1 градус)

2) 10 призменных D при эзофории (5 градусов)

3) 8.0 призменных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

1) 1.0 призменный D по вертикали (0)

2) 8.0 призменных D при эзофории (4 градуса)

3) 12 призменных D при экзофории (6 градусов)

Кандидаты на получение медицинского заключения с наличием гетеротропии (косоглазие) 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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

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).

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.

Перенесшие стапедопластику признаются негодными.

Кандидат на получение медицинского заключения с акустической невриномой должен быть признан непригодным.

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*.*

1.15.4. О состоянии статокинетической 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 статокинетическим раздражителям является противопоказанием к работе (обучению).

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.

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.

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.

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

При поллинозе, риноконьюктивальном синдроме вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения решается после заключения аллерголога.

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

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.

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

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как непригодные.

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. Официальное медицинское заключение выносится после консультации профильных специалистов.

**1.16 Дерматология**

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

1.16.2. Распространенные формы псориаза, трудно поддающиеся лечению, переходящие в хроническую микробную экзему, ихтиоз, красный плоский лишай, нейродерматозы, нейродермиты, экзема (хроническая рецидивирующая экзема, в том числе ограниченная в области ушной раковины, кистей рук, лица, шеи, половых органов), васкулиты кожи, коллагенозы с клинически выраженными, распространенными формами, лепра, пузырчатка - служат основанием для заключения о негодности.

1.16.3. При легких формах псориаза, чешуйчатом лишае с ограниченной локализацией, легких формах экземы с ограниченным распространением при хорошем общем состоянии принимается решение о годности.

1.16.4. Лица с грибковыми поражениями кожи, пиодермией, паразитарными заболеваниями (лейшманиоз, чесотка) подлежат лечению. При положительных результатах лечения выносится заключение о годности.

**1.17 Онкология**

1.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных заболеваний, 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 внутрицеребральной 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» 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 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, кистозные новообразования, аденома предстательной железы, мастопатии 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.**

2.1.1. Стенокардия. Безболевая ишемия миокарда.

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.

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 ≥ 50% следующей локализаций: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задней межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по B.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) ≥ 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) ≥ 6,4 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 54%.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) ≥ 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) ≥ 5,8 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 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.

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.

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 мониторировании 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.Lown 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.Lown 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).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы ≥ 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 2 класса не выдается при:

наличии синусовых пауз ≥ 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 ≤ 3,0 секпри 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 тахиаритмия.

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

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 2 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахиартмии, 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

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 ≥ 0,4 мЕд/л и ≤ 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 (MCV) 80-100 фл.;

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает ≤ 4,5 см и индекс ВД ЛП/ППТ ≤ 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 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.

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 мониторировании 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.

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 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.

2.1.3.8. Нарушение атривентрикулярной проводимости.

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 блокадеII 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 блокадеIII 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 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 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 мониторировании 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 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 мониторировании 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 ≥ 50% любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза ≥ 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 мониторировании 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).

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с диагносцированными 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 дискредитирующих заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

наличии на ЭКГ удлинении QTc ≥ 500 мс, укорочения QTc ≤ 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 ≥ 500 мс, укорочение QTc ≤ 330 мс или феномен Бругада 1 типа или особенностей после фармакологической провокации;

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

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.

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 дискредитирующих 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 ≤ 2,5м/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 ≥ 2,6 и ≤ 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.

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 ≥ 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≤ 6,0 см и КСР ЛЖ≤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≥ 6,2 см и ≤ 6,5 см и КСР ЛЖ≥ 4,2 см и ≤ 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.

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 ≤1,5 см2 при митральном стенозе;

площади струи регурдитации ≥ 4 см2 или ≥ 20% от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta ≥ 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≥ 6,1 см;

увеличении КСР ЛЖ≥ 4,2см;

увеличении толщины межжелудочковой перегородки ≥ 1,4см;

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 вальвулотомии;

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 дискредитирующих 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.

Первичное освидетельствование возможно не ранее, чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследованияпри 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 дискредитирующих 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.

2.1.7.1. Гипертрофическая кардиомиопатия.

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 ≥ 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 дискредитирующих 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленной рестриктовной 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.

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) ≤ 54%.;

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или дискредитирующих 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.

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эпсилон-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.

2.1.7.6. Синдром спортивного сердца.

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин ≥ 6,0 см (для женщин ≥ 5,3 см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин ≥ 3,2 см/м2 (для женщин ≥ 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.

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) ≥ 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 дискредитирующих 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 ≤ 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 мониторировании ЭКГ;

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

при эхокардиографии площади струи регургитации ≤ 4 см2 и/или ≤ 20% от площади левого предсердия и/или фракции регургитации ≤ 30% объема левого предсердия ширине vena constanta ≤ 0,3 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.

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 ≥ 1,5:1 по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 2 класса с выявленным повышением артериального давления ≥ 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**

2.2.1. При облитерирующих заболеваниях артерий наличие болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности.

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 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 является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 2 классу.

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

После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах 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.

**2.3 Система органов дыхания**

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 этомОФВ1, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы.

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

2.3.4 Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс, 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 ОФВ 1, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение TML 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 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 обезыствления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работене 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 функциипри 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 признаются негодными. Восстановление не 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**

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, требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии; цирроз печени; симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями; острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника; 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 TML 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 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, хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (любой этиологии), острые панкреатиты, острые холециститы, хронические панкреатиты и хронические холециститы в стадии обострения, проводимое противовирусное лечение (интерфероны) определяют негодность к работе и обучению. При гепатите С допуск к работе рассматриваетсячерез 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 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 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 и болезнью Кронапризнаются негодными.

2.4.11. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма 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, 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 (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**

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). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа 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, почечной глюкозурии 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 - без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе - с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

2.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения. 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**

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); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства; лейкемии; полицитемии, гемоглобинопатии; 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. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

2.6.6. При лимфоме Ходжкина 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 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**

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. 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, пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит в фазе активного воспаления определяют негодность к работе (обучению).

Острый гломерулонефрит 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)э

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 этомкандидаты 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 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**

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. ВИЧ-положительные кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Признание годности 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.

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 нарушение 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 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, геморрагическую лихорадку, 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**

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 (метроррагия, боли); эндометриоз; симптомная миома матки; хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

2.9.3. Лечение острого периода болезней шейки матки (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, эндометриоидная и фолликуллярная кисты 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 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**

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 (межпозвонковый остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов 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 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, нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу.

2.10.4. Плоскостопие 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 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 с подвывихом, при туберкулезе 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 исчезновенииболевого синдрома.

2.10.11. 17.10 При консолидированных переломах костей таза 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 при остром и подостром течениях, 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**

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.

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, галюциногенов 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.

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.

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 подтвердается в специализированном учреждении психиатрического профиля с вынесением комиссионного заключения психиатрической врачебно-консультативной комиссии (ВКК).

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 специализированному 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, возбудимого и других типов), психический инфантилизм, акцентуация характера, профессионально неблагоприятные психологические отклонения личности, выявляемые при психологическом тестировании, являются причиной вынесения решения о негодности.

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-важныхкачеств 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.

1. 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 персона, 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 прибыванием;

- 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 10х10;

- 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**

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:

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 исключающих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточнённой причины; прогрессирующей или непрогрессирующей 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.

2.13.3. 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 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.

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.) 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. 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.

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.

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) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферичессккой 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; сосудистые мальформации ЦНС: артерио-венозные мальформации, каверномы, артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов), вторичные причины: артериальная гипертензия; васкулиты; болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов и др. препаратов, угрожающие развитию САК являются основанием для принятия решения о негодности.

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, сирингомиелия, рассеянный склероз; б. Паркинсона 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, ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата (миастения, миопатия, миотония, 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 прогредиентным 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 прогредиентном 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. 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.

2.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключения перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельностиили 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 не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита - 2 года; острого клещевого энцефалита – 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 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.

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 - 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.

2.13.13. Вегетососудистые расстройства, имеющие пароксизмальные проявления заболеваний вегетативной нервной системы (ВНС), рецидивирующие обострения и кризовые реакции ваговазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа; мигрень, солярит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности.

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).

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.

2.13.15.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.

2.13.16. После удаления грыжи межпозвонкового 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-двухкратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидатыКандидаты 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**

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

Остроту зрения вблизи необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

Кандидат на получение медицинского заключения должен 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.

Для кандидатов на получение медицинского заключения не устанавливаются пределы в отношении некорригированной остроты зрения, при условии, что бинокулярная острота зрения соответствует 0.8 с помощью коррекции очками/ контактными линзами с соответствующими корригирующими линзами, имеется нормальное поле зрения.

Острота зрения вдаль по отдельности на каждый глаз, с коррекцией или без таковой должна быть 0.5 или выше, а острота бинокулярного зрения составляет 0.8 или выше.

Кандидатом на получение медицинского заключения предоставляются общедоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для выполнения профессиональных обязанностей; при использовании контактных линз они должны быть монофокальными, неокрашенными и хорошо переносимыми, должна иметься пара очков с соответствующими корригирующими линзами. Заявителю с пресбиопией, который использует контактные линзы, может потребоваться назначение очков для чтения, для использования поверх контактных линз.

Кандидатом 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, VCL, CCL. Наличие и качество очков (контактных линз) контролируется при врачебных осмотрах.

2.14.3. Ошибка рефракции.

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

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.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

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 0,7.

2.14.4. Цветовосприятие.

От кандидата на получение медицинского заключения требуется продемонстрировать способность различать цвета, необходимых для безопасного выполнения профессиональных обязанностей. Кандидаты на получение медицинского заключения на получение свидетельства должны иметь нормальную трихромазию.

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

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

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.

2.14.5. 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 амблиопией может быть оценен как годный, при остроте зрения на данный глаз 0.3 и выше, при условии, что острота зрения на другой глаз не менее 1.0 и выше (с коррекцией или без нее), а также отсутствие офтальмологической 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 зрение должно быть в пределах нормы. Дефекты поля зрения в одном или обоих глазах могут быть приемлемыми, если они компенсируют друг друга так, что бинокулярное поле зрения является сохранным.

Заболевания 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. Периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки, предрасполагающая к развитию отслойки сетчатки (решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки») и дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные состояния требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения.

2.14.6. Кандидаты к получению медицинского заключения, перенесшие интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокуляной линзы, признаются негодными.

Допуск к работе лиц, обладателей медицинского заключения, после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (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. 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).

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

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

Предоперационная рефракция не превышала +5.0 D/ - 6.0 D.

Операция прошла без осложнений.

Зрительные функции стабилизировались (послеоперационная стабильность рефракции может варьироваться не более 0,75D в дневное время).

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.

2.14.7. Глаукома.

Данное заболевание является препятствием для получения медицинского заключения и ведет к отстранению от работы всех категорий освидетельствуемого персонала.

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

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.

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.

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.

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 аргонлазернаятрабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

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

2.14.8. Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия.

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

Бинокулярная функция. Кандидаты к получению медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться непригодными:

Расстояние 6 метров:

1) 2.0 призменных D по вертикали (1 градус)

2) 10 призменных D при эзофории (5 градусов)

3) 8.0 призменных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

1) 1.0 призменный D по вертикали (0)

2) 8.0 призменных D при эзофории (4 градуса)

3) 12 призменных D при экзофории (6 градусов)

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Перенесшие стапедопластику признаются негодными.

Кандидат на получение медицинского заключения с акустической невриномой должен быть признан непригодным.

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*.*

2.15.4Повышенная 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.

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.

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.

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.

При поллинозе, риноконьюктивальном синдроме вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения решается после заключения аллерголога.

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

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительной инфекцией полости рта или верхних дыхательных путей должны быть оценены как непригодные. Окончательное решение может быть принято после полного восстановления.

После оперативного лечения хронического тонзиллита Кандидаты на получение медицинского заключения допускаются к работе при отсутствии осложнений не ранее чем через месяц после операции.

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

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. Официальное медицинское заключение выносится после консультации профильных специалистов.

**2.16. Дерматология**

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

2.16.2. Распространенные формы псориаза, трудно поддающиеся лечению, переходящие в хроническую микробную экзему, ихтиоз, красный плоский лишай, нейродерматозы, нейродермиты, экзема (хроническая рецидивирующая экзема, в том числе ограниченная в области ушной раковины, кистей рук, лица, шеи, половых органов), васкулиты кожи, коллагенозы с клинически выраженными, распространенными формами, лепра, пузырчатка - служат основанием для заключения о негодности.

При легких формах псориаза, чешуйчатом лишае с ограниченной локализацией, легких формах экземы с ограниченным распространением при хорошем общем состоянии принимается решение о годности.

2.16.3. Лица с грибковыми поражениями кожи, пиодермией, паразитарными заболеваниями (лейшманиоз, чесотка) подлежат лечению. При положительных результатах лечения выносится заключение о годности.

**2.17. Онкология**

2.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных заболеваний, 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 внутрицеребральной 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» 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 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, кистозные новообразования, аденома предстательной железы, мастопатии 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.

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.

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 ≥ 50% следующей локализаций: передняя межжелудочковая артерия, огибающая артерия, задней межжелудочковая артерия, правая коронарная артерия;

наличии желудочковой экстрасистолии 4б и 5 градации по B.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) ≥ 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) ≥ 6,4 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 54%.

для женщин толщина межжелудочковой перегородки(МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) ≥ 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) ≥ 5,8 см и/или и индекс КДР/ППТ ≥ 3,5 см/м2; фракция выброса ЛЖ (формула Симпсона) ≤ 54%.

Выдача медицинского заключения 3 класса допускается в том случае, если кандидаты на получение медицинского заключения3 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.

3.1.2. Нарушения ритма сердца и проводимости сердца

3.1.2.1. Предсердная экстрасистолия.

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.

3.1.2.2. Желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия.

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 мониторировании 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 B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, подлежат кардиологическому обследованию.

Кандидатам на получение медицинского заключения 3 класса с эпизодами желудочковой экстрасистолии 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.

3.1.2.3. Заболевание синоатриального узла (синдром слабости синусового узла).

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными проявлениями патологии синоатриального узла (синусовые паузы ≥ 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 3 класса не выдается при:

наличии синусовых пауз ≥ 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 ≤ 3,0 секпри отсутствии значимой структурной патологии сердца и отсутствии клинических проявлений, выявленных при проведении кардиологического обследования, допускается выдача медицинского заключения 2 класса.

3.1.2.4. Предсердная тахиаритмия.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленными эпизодами предсердной тахиартмии подлежат кардиологическому обследованию.

При выявлении у кандидатов на получение медицинского заключения 3 класса эпизодов пароксизмальной синусовой или предсердной (фокусной) тахиартмии, 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.

3.1.2.5. Фибрилляция предсердия и трепетание предсердий

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 мониторировании ЭКГ, выполненных с регулярной периодичностью в течение 3 месяцев.

Выдача медицинского заключения допускается, если кандидат 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, 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 ≥ 0,4 мЕд/л и ≤ 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 (MCV) 80-100 фл.;

отсутствует значимая структурная патология сердца и внутренний диаметр левого предсердия (ВД ЛП) не превышает ≤ 4,5 см и индекс ВД ЛП/ППТ ≤ 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 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.

3.1.2.6. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия.

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 мониторировании 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.

3.1.2.7. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия.

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.

3.1.2.8. Нарушение атривентрикулярной проводимости.

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 блокадеII 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 блокадеIII 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.

3.1.2.9. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

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 мониторировании 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 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 мониторировании 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 ≥ 50% любой крупной артерии (правой коронарной артерии, передней межжелудочковой, огибающей артерии, задней межжелудочковой артерии) или любого венозного/артериального шунта или стеноза ≥ 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 мониторировании 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.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с диагносцированными 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 дискредитирующих заболеваний, подразумевающих вынесение решения о негодности;

наличии на ЭКГ удлинении QTc ≥ 500 мс, укорочения QTc ≤ 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 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 B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

3.1.4. Патология клапанов сердца

3.1.4.1. Двустворчатый аортальный клапан.

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.

3.1.4.2. Аортальный стеноз.

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 дискредитирующих 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 ≤ 2,5м/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 ≥ 2,6 и ≤ 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.

3.1.4.3. Аортальная регургитация.

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 ≥ 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≤ 6,0 см и КСР ЛЖ≤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≥ 6,2 см и ≤ 6,5 см и КСР ЛЖ≥ 4,2 см и ≤ 4,4 см, выдача медицинского заключения допускается только при условии регулярного(не реже одного раза в год) проведения кардиологического обследования.

3.1.4.4. Патология митрального клапана.

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 3класса не выдается при:

площади митрального отверстия ≤1,5 см2 при митральном стенозе;

площади струи регурдитации ≥ 4 см2 или ≥ 20% от площади левого предсердия и/или ширине vena constanta ≥ 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≥ 6,1 см;

увеличении КСР ЛЖ≥ 4,2см;

увеличении толщины межжелудочковой перегородки ≥ 1,4см;

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.

3.1.4.5. 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 вальвулотомии;

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 дискредитирующих 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.

3.1.5. Перикардит, миокардит и эндокардит.

Первичное освидетельствование возможно не ранее, чем через 6 месяцев после полного выздоровления и кардиологического обследованияпри 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 дискредитирующих 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.

3.1.6. Кардиомиопатии.

3.1.6.1. Гипертрофическая кардиомиопатия.

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 ≥ 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 дискредитирующих 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленной рестриктовной 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.

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) ≤ 54%.;

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

выявлении при кардиологическом обследовании значимой структурной патологии сердца или дискредитирующих 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.

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса при выявлении изменений на ЭКГ, свидетельствующих о поражении правых отделов сердца (появление эпсилон-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.

Выявление при эхокардиографии увеличения КДР ЛЖ у мужчин ≥ 6,0 см (для женщин ≥ 5,3 см) и/или индекса КДР/ППТ для мужчин ≥ 3,2 см/м2 (для женщин ≥ 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.

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) ≥ 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 дискредитирующих 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 ≤ 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 мониторировании ЭКГ;

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

при эхокардиографии площади струи регургитации ≤ 4 см2 и/или ≤ 20% от площади левого предсердия и/или фракции регургитации ≤ 30% объема левого предсердия ширине vena constanta ≤ 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.

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 ≥ 1,5:1 по данным эхокардиографии без оперативной коррекции;

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

отсутствуют желудочковых аритмий 3-5 градаций по B.Lown и M.Wolf, в модификации M. Ryan, и эпизоды желудочковой тахикардии при суточном мониторировании 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.

Кандидаты на получение медицинского заключения 3 класса с выявленным повышением артериального давления ≥ 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 заключения3 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**

3.2.1. При облитерирующих заболеваниях артерий наличие болевого синдрома, трофических расстройств выносится заключение о негодности

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 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 является основанием для отказа в выдаче медицинского заключения по 1 классу.

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

После перенесенного тромбоза в поверхностных и глубоких венах 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.

**3.3 Система органов дыхания**

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 этомОФВ1, ЖЕЛ должны быть в пределах нормы

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

3.3.4 Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс, 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 лечениявосстановление 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 ОФВ 1, ЖЕЛ не менее 70% применяется ограничение TML 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 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 обезыствления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работене 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 признаются негодными. Восстановление не 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**

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, требующие медикаментозного лечения; гепатиты в активной стадии; цирроз печени; симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями; острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника; 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.

3.4.4. При варикозном расширении вен пищевода, 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) 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 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, хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (любой этиологии), острые панкреатиты, острые холециститы, хронические панкреатиты и хронические холециститы 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 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 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 и болезнью Кронапризнаются негодными.

3.4.11. При спаечной болезни с выраженными клиническими проявлениями Кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Долихосигма 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, 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 (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**

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). Кандидаты на получение медицинского заключения с инсулиннезависимым сахарным диабетом 2 типа 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, почечной глюкозурии 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 - без применения медикаментозных средств во время работы; при гипотиреозе - с регулярным приемом подобранной дозы препарата.

3.5.8. Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера экзогенно-конституционального ожирения. 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**

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); нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства; лейкемии; полицитемии, гемоглобинопатии; 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. Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

3.6.6. При лимфоме Ходжкина 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 определяет негодность.

3.6.8. 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.

**3.7. Мочеполовая система**

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).

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, пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит в фазе активного воспаления определяют негодность к работе (обучению).

Острый гломерулонефрит 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)э

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 этомкандидаты 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 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**

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. ВИЧ-положительные кандидаты на получение медицинского заключения признаются негодными. Признание годности 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, выносится решение о негодности.

Кандидаты на получение медицинского заключения с хронической стадией описторхоза 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, геморрагическую лихорадку, 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**

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 (метроррагия, боли); эндометриоз; симптомная миома матки; хронические заболевания женской половой сферы с частыми обострениями (более трех раз в год); выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для заключения о негодности к работе (обучению).

3.9.3. Лечение острого периода болезней шейки матки (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 фолликуллярная кисты 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 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**

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 (межпозвонковый остеохондроз, спондилоартроз), последствиях травм и операций, рубцах после ожогов 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 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).

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

3.10.4. Плоскостопие любой степени без явлений выраженного остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является основанием для вынесения заключения о негодности.

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 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 с подвывихом, при туберкулезе 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.

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 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 при остром и подостром течениях, 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**

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, галюциногенов 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.

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.

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 подтвердается 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 специализированному 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, возбудимого 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.

1. 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 персона, 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 прибыванием;

- 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 10х10;

- 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**

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:

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 исключающих факторов риска развития эпилептических приступов и без регистрации фокальных медленных волн, без уточнённой причины; прогрессирующей или непрогрессирующей 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 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.

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.) 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. 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.

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.

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) назначается период наблюдения до 2 лет с последующей оценкой сохранности функций центральной и периферичессккой 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; сосудистые мальформации ЦНС: артерио-венозные мальформации, каверномы, артериовенозные фистулы; аномалии сосудистой системы мозга: болезнь Нисимото, расслаивающаяся аневризма церебральных сосудов), вторичные причины: артериальная гипертензия; васкулиты; болезни крови; нарушение свёртывающей системы на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов и др. препаратов, 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 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, сирингомиелия, рассеянный склероз; б. Паркинсона 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, ликвородинамическими нарушениями, судорожными припадками); заболеваниями нервно-мышечного аппарата (миастения, миопатия, миотония, 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 прогредиентным 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 прогредиентном 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. 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.

3.13.10. Кандидаты на получение медицинского заключения перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельностиили 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 не ранее чем через 1-2 года; острого энцефаломиелита - 2 года; острого клещевого энцефалита – 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 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.

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 - 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 ваговазального, симпатического, смешанного характера, висцерального, симпаталгического, диэнцефального типа; мигрень, солярит, синдром Меньера, диэнцефальный синдром, ангиотрофоневрозы, ортостатическая эссенциальная гипотония дают основание для принятия решения о негодности.

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).

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.

3.13.16. 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.

3.13.17. После удаления грыжи межпозвонкового 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-двухкратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах кандидатыКандидаты 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.**

3.14.1. У кандидата на получение медицинского заключения не должно быть: нарушения функции зрения, заболевания, 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 вдаль исследуется монокулярно, бинокулярно; без коррекции, с коррекцией; указывается истинная острота зрения.

Остроту зрения вблизи необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

Острота зрения вдаль по отдельности на каждый глаз, с коррекцией или без таковой должна быть 0.7 или выше, а острота бинокулярного зрения составляет 0.8 или выше, в том числе и в условиях темновой адаптации.

Для кандидатов к получению медицинского заключения пределы в отношении некорригированной остроты зрения не устанавливаются, при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты бинокулярного зрения 0,8 с помощью контактных линз и/или очков с соответствующими корригирующими линзами, а также имеется нормальное поле зрения. У поступающих в учебные заведения ГА острота зрения без коррекции не менее 0.1 с коррекцией 0.8

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

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. Запасной комплект очков с аналогичной коррекцией для дальнего и ближнего зрения должен быть легкодоступен для немедленного использования.

В случаях, когда вышеуказанная острота зрения достигается с помощью корригирующих линз, кандидат может быть признан годным при условии, что:

Такие корригирующие линзы носят при осуществлении прав, предоставляемых запрашиваемыми или имеющимися свидетельством или квалификационными отметками

При осуществлении кандидатом прав, предоставляемых его свидетельством, должна иметься пара очков с соответствующими корригирующими линзами.

Перечисленные виды контактных линз не могут быть использованы:

- ортокератологические линзы использоваться не должны;

- 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.

Остроту зрения вблизи необходимо определять и регистрировать с корригирующими линзами (при необходимости) и без них.

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.

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

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

3.14.3. Ошибка рефракции.

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

Кандидаты на получение медицинского заключения впервые (поступающие в учебные заведения ГА) подлежат проверке объективной рефракции в условиях циклоплегии (атропин, цикломед).

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.

Диагноз выносится с указанием вида и степени ошибки рефракции.

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 0,7. Кандидат на получение медицинского заключения (поступающие в учебные заведения ГА), при прохождении первичного обследования, признается годным: Миопия не выше 3.0 D, Гиперметропия не выше 4.0 D, Астигматизм не выше 1.5D, Анизометропия не выше 2.0 D.

3.14.4. Цветовосприятие.

От кандидата на получение медицинского заключения требуется продемонстрировать способность различать цвета, необходимых для безопасного выполнения профессиональных обязанностей. Кандидаты на получение медицинского заключения должны иметь нормальную трихромазию.

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

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

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.

Нарушение зрительных функций. Понижение остроты зрения ниже стандарта.

3.14.5. Кандидаты на получение медицинского заключения, при первоначальном осмотре, с приобретенным (вследствие каких- либо патологических состояний) сниженным зрением (или нарушенными зрительными функциями) хотя бы на один глаз, должны быть признаны негодными.

При повторных проверках, лица 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.

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, онкологические образования кожи век I степени, после излечения (по заключению онколога), рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения.

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

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).

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

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.

Перечисленные ниже заболевания приводят к 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, дислокация хрусталика, патологический нистагм любой этиологии, наличие инородных тел в структурах глаза, никталопия.

3.14.6. Кандидаты на получение медицинского заключения (продление) 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 (продление), 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. Владельцы свидетельства должны быть признаны негодными к работе. Возможность восстановления к работе рассматривается в случае, когда наступает стадия разрешения и стабилизации патологического процесса, при условии соблюдения визуального стандарта.

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

Заболевания 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. В данном случае, кандидат на получение медицинского заключения может быть оценен как здоровый. Периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки, предрасполагающая к развитию отслойки сетчатки (решетчатая дегенерация, дегенерация типа «след улитки») и дегенерация сетчатки с витреоретинальной тракцией. Данные состояния требуют проведения профилактического оперативного (лазерного) лечения.

За достаточную сохранность зрительных функций принимается: острота зрения на худшем глазу для диспетчеров УВД 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 рефракция.

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, офтальмологические изменения диска дрительного нерва- являются противопоказанием к обучению. Ложная крыловидная плева, пингвекула, небольшой халазион, единичные поверхностные фолликулы на конъюнктиве, простые блефариты, нерезко выраженные конъюнктивиты, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения, не являются противопоказанием для получения медицинского заключения.

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

Допуск к работе лиц, обладателей медицинского заключения, после проведения экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (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. 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).

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

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.

Кандидаты к получению свидетельства впервые (при поступлении в учебные заведения ГА) +4.0D/ -3.0D).

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. Глаукома:

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

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

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

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.

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.

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 внуриглазной гипертензией от работы не отстраняются.

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 аргонлазернаятрабекулопластика - от 7 до 10 дней.

Другие процедуры - оценка после полного восстановления.

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

3.14.8. Бинокулярные функции. Гетерофория, гетеротропия.

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

При каждом медицинском освидетельствовании исследуется сохранность бинокулярного зрения.

Бинокулярная функция. Кандидаты к получению медицинского заключения с гетерофорией, превышающие представленные ниже показатели, будут считаться непригодными:

Расстояние 6 метров:

1) 2.0 призменных D по вертикали (1 градус)

2) 10 призменных D при эзофории (5 градусов)

3) 8.0 призменных D при экзофории (4 градуса)

Расстояние 33 см:

1) 1.0 призменный D по вертикали (0)

2) 8.0 призменных D при эзофории (4 градуса)

3) 12 призменных D при экзофории (6 градусов)

Кандидаты на получение медицинской справки с наличием гетеротропии (косоглазие) должны быть признаны негодными.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения с постояннойдисфункцией слуховой трубы могут быть оценены как годные с вынесением официального медицинского заключения при отсутствии осложнений, благоприятном прогнозе заболеваний и с учетом сохранности слуховой функции*.*

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.

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.

3.15.4. При поллинозе, риноконьюктивальном синдроме вопрос о годности кандидатов на получение медицинского заключения решается после заключения аллерголога.

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

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительной инфекцией полости рта, или верхних дыхательных путей должны быть оценены как непригодные. Надлежащая оценка может быть рассмотрена после полного восстановления.

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

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.

Кандидаты на получение медицинского заключения со значительным (выраженным) нарушением речи или голоса должны быть оценены как непригодные.

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. Официальное медицинское заключение выносится после консультации профильных специалистов.

**3.16. Дерматология**

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

3.16.2. Распространенные формы псориаза, трудно поддающиеся лечению, переходящие в хроническую микробную экзему, ихтиоз, красный плоский лишай, нейродерматозы, нейродермиты, экзема (хроническая рецидивирующая экзема, в том числе ограниченная в области ушной раковины, кистей рук, лица, шеи, половых органов), васкулиты кожи, коллагенозы с клинически выраженными, распространенными формами, лепра, пузырчатка - служат основанием для заключения о негодности.

При легких формах псориаза, чешуйчатом лишае с ограниченной локализацией, легких формах экземы с ограниченным распространением при хорошем общем состоянии принимается решение о годности.

3.16.3. Лица с грибковыми поражениями кожи, пиодермией, паразитарными заболеваниями (лейшманиоз, чесотка) подлежат лечению. При положительных результатах лечения выносится заключение о годности.

**3.17. Онкология**

3.17.1. Кандидаты на получение медицинского заключения не должны иметь каких-либо первичных или вторичных злокачественных заболеваний, 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 внутрицеребральной 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» независимо от локализации опухоли, решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

5.17.5. При выявлении доброкачественной опухоли 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, кистозные новообразования, аденома предстательной железы, мастопатии 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.

Приложение № 10

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Вид работы (профессия), в которой работник освидетельствуется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. 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 авиационного врача) | (подпись, печать авиационного врача) |  |

## Приложение № 11

Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ПРОТОКОЛ  медицинского освидетельствования во ВЛЭК/ЦВЛЭК | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Фамилия, Имя, Отчество, год рождения | | | | | | | | | | | | Категория освидетельствования: | | | | | | | Класс мед. заключения | | | | | | | | | | | | | Рост, см | | | Вес, кг | | | | | | ИМТ, кг/м2 | |
|  | Первичное | | | | | |  |
|  | Очередное | | | | | |  | АД, мм. рт. ст | | | | | | | |  | | | | | t○ тела | | | Пульс | | | | | | Ритм | |
|  | Личный (ID) номер: | | | | | |  | | | | | | Внеочередное | | | | | |  |
|  | Дата | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | |
|  | **Антропометрические данные и общие сведения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Окружность грудной клетки, см | | | | | | | Длина ног, см | | | | | Динамометрия | | | | | | | | | | Спирометрия  (ЖЕЛ, л) | | | | | | | | | Телосложение/объем талии, см | | | | | | | | | Дефекты развития | | |
|  | в покое | | | при вдохе | | | при выдохе | правой | | левой | | | правой кисти | | левой кисти | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | **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 | | | | | Глазодвигательный | | | | | 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 точ-ка 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 точ-ка конвергенции | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | | | | Веки | | | | | | | | | | | | | | | | OD | | | OS | | С | Н/С | |
|  | Конъюнктива | | | | | | 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 | | | | | | | | Вестибуляр-ный 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  С | | Н/С  Н/С | | Рефлексы (сухожильные, кожные, со слизистых) | | | | | | | Двухглавой мышцы | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Трехглавой мышцы | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Двигательная сфера | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Коленные | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Мышечный тонус | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Ахилловы | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Мышечная возбудимость | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Кожные | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Трофические расстройства мышц | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Глоточный | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Поверхностная чувствительность | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Корнеальный | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Глубокая чувствительность | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Патологические | | | | | | | | | | | | D | | | S | | С | | Н/С |
|  | Нервные стволы | | | | | | описание | | | | | | С | | Н/С | | Вегетативная нервная система | | | | | | | Дермографизм | | | | | | | описание | | | | | | | | | | С | | Н/С |
|  | Коорди-  нация | | Пальце-носовая проба | | | | | D | | S | | | С | | Н/С | |  | | | | | | | Пиломоторы | | | | | | | описание | | | | | | | | | | С | | Н/С |
|  | Коленно-пяточная проба | | | | | D | | S | | | С | | 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:  Рекомендации | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | С | | | | Н/С | | |  | | | | | |  | | | |
| **Данные хирургического обследования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата осмотра | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Жалобы, анамнез: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Кожа и п/к клетчатка | | | | | описание | | | | С | | Н/С | | Мочеполовые органы | | | | | | | описание | | | | | | | | | | | | С | | Н/С | | |  | | | | | | |
| Костно-суставной аппарат, череп | | | | | описание | | | | С | | Н/С | | Промежность, прямая кишка | | | | | | | описание | | | | | | | | | | | | С | | Н/С | | |  | | | | | | |
| Брюшной пресс, симптомы грыж | | | | | описание | | | | С | | Н/С | | Периферифери-ческие сосуды | | | | | | | описание | | | | | | | | | | | | С | | Н/С | | |  | | | | | | |
| Органы брюшной полости | | | | | описание | | | | С | | Н/С | | Оценка физичес-кого 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 обязаннос-тей и безопасности полетов | | | | | | | | | | | | | | | | | | Да | | |  | | | | | | |
| Сердечно-сосудис-тая система | | | | | артериальное давление, частота пульса и сердечный ритм | | | | | | | С | | Н/С | | Нет | | |  | | | | | | |
| Функциональное описание | | | | | | | С | | Н/С | | Оценка эффективности профи-лактических 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:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Выносится 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-летной 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 заявителя к исполнению обязанностей и осуществлению прав, предоставляемых свидетельствами и квалификационными отметками.

Приложение № 12

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 выдачи справки “ |  | ” |  | 200 |  | г. |

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 13

СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ

Руководитель авиапредприятия Председатель ВЛЭК ГА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ г. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 |  |  |  |
| N п/п | Ф.И.О. | Должность | Причины |
| 2. Нуждаются в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием во ВЛЭК ГА |  |  |  |
| N п/п | Ф.И.О. | Должность | Рекомендации ВЛЭК ГА |
| 3. Подлежат лечению (оздоровлению) в межкомиссионный период |  |  |  |
| N 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 учебных заведениях гражданской авиации заключительный акт составляется отдельно на летный состав и курсантов.

Приложение № 14

**Виды обследования и медицинские противопоказания при проведении**

**обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров авиационного персонала в зависимости от условий и характера труда**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вредный производственный фактор или вид работ | Виды обследования | Медицинские противопоказания |
| Шум | Аудиометрия | Нарушение слуха второй и более степени. Окончательная оценка проводится в зависимости от клинического диагноза, прогноза заболевания и решения ВЛЭ. |
| Вибрация | УЗИ периферических сосудов,  \*ЭНМГ нижних конечностей | Облитерирующие заболевания сосудов |
| Химический фактор | билирубин, АСТ, АЛТ | Содержание гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин, лейкоцитов менее 4,5\*109в/л; тромбоцитов менее 180000 |
| Ионизирующее излучение | \*УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы  \*Маммография (женщины) | Содержание гемоглобина в периферической крови менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин.  Содержание лейкоцитов менее 4,5\*109 в/л; тромбоцитов менее 180000.  Облитерирующие заболевания сосудов вне зависимости от степени компенсации.  Лучевая болезнь и ее последствия. |
| Неионизирующее излучение | \*ретикулоциты  \*базофильная зернистость эритроцитов  Биомикроскопия сред глаза | Дегенеративно-дистрофические заболевания сетчатки глаз |
| Повышенная тяжесть труда | \*УЗИ периферических сосудов  \*ЭНМГ нижних конечностей  \*рентгенография суставов, позвоночника | Противопоказания к годности в соответствии с требованиями к ВЛЭ по болезням системы кровообращения и костно-мышечной системы |
| Повышенная напряженность труда | Оценка относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORe | Очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск |
| Работы по обслуживанию пассажиров | При поступлении на работу - весь объем исследований, регламентируемый для работников в целях защиты здоровья обслуживаемых лиц, профилактики инфекционных заболеваний; в последующем – по эпидпоказаниям | Хронические гепатиты с лабораторными признаками выраженной активности, в том числе повышение уровня АЛТ и ACT в 5 и более раз относительно нормальных значений.  При выявлении признаков наличия кишечных и протозойных инфекций (заболевания и бактерионосительство), гельминтозов – специфический курс лечения и повторный анализ после лечения |
| Примечания.   1. Предварительные осмотры проводятся при поступлении на работу; плановые периодические осмотры – ежегодно; внеплановый периодический осмотр – при увольнении (переводе на другое рабочее место), а также по медицинским показаниям по заключению врачебной комиссии. 2. При проведении ПМО учитываются все результаты ВЛЭ и диспансеризации. Выполняются только те исследования, которые не были выполнены в процессе ВЛЭ и диспансеризации в текущем году или не ранее 12 месяцев от даты проведения ПМО 3. Исследования, помеченные знаком «\*», проводятся по медицинским показаниям |  |  |

Приложение № 15

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)**[\*](http://base.garant.ru/12191202/#block_55555)

**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 № 16

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального  развития Российской Федерации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) | Образец |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра(обследования) работников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование организации (предприятия), цеха)за 20\_\_\_\_ г. составлен заключительный акт при участии:Председателя врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, должность)

Представителя работодателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность)

Представителя трудового коллектива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность)

1. Число работников организации (предприятия), цеха:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

2. Число работников организации (предприятия), цеха, работающих с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а так же на работах[\*](https://base.garant.ru/12191202/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_99):

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

3. Число работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию), работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а так же на работах[\*](https://base.garant.ru/12191202/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_99) в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

4. Число работников, прошедших периодический медицинский осмотр (обследования):

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

5. % охвата периодическими медицинскими осмотрами:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

6. Число работников, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследования):

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

Поименный список работников, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследования):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. Число работников, 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 |  |

Поименный список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия | Причина |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. Заключение по результатам данного периодического медицинского осмотра (обследования)

8.1 Сводная таблица № 1:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты периодического медицинского осмотра (обследования) | Всего | В том числе женщин |
| Число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ[\*](https://base.garant.ru/12191202/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_99) |  |  |
| Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ[\*](https://base.garant.ru/12191202/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_99) |  |  |
| Число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ[\*](https://base.garant.ru/12191202/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_99) |  |  |
| 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 |  |  |

8.2 Сводная таблица № 2:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Ф.И.О | Пол | Год рождения | Участок | Профессия | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы, виды работ | Стаж работы с вредными и (или) опасными веществами и производственные факторы, виды работ | Класс заболевания по МКБ-10, группа диспансерного наблюдения | Заболевание выявлено впервые | Профпригоден к работам | Временно профнепригоден к работам | Постоянно профнепригоден к к работам | Заключение не дано | Нуждается в обследовании в центре профпатологии | Нуждается в амбулаторном обследовании и лечении | Нуждается в стационарном обследовании и лечении | Нуждается в санаторно-курортном лечении | Нуждается в лечебно-профилактическом питании | Нуждается в диспансерном наблюдении | Нуждается в направлении на медико-социальную экспертизу |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

8.3 Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Ф.И.О. | Подразделение предприятия | Профессия, должность | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы |
|  |  |  |  |  |

8.4 Выявлено впервые в жизни хронических соматических заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Класс заболевания по МКБ-10 | Количество работников (всего) |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.5 Выявлено впервые в жизни хронических профессиональных заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Класс заболевания по МКБ-10 | Количество работников (всего) |
|  |  |  |
|  |  |  |

9. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Мероприятия | Подлежало  (чел.) | Выполнено | |
| абс. | в % |
| 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.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель врачебной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. (Ф.И.О., должность) (подпись)

С заключительным актом ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Руководитель организации (предприятия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) (подпись)

М.П. "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Вредные и/или опасные производственные факторы и работы в соответствии с [Перечнем](https://base.garant.ru/12191202/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000) вредных факторов, и [Перечнем](https://base.garant.ru/12191202/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_2000) работ.

\*\* Перечислить пункты вредных и/или опасных производственных факторов и работ в соответс

Приложение № 17

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.