

Приложение 1

к приказу Государственного агентства
гражданской авиации при
Кабинете Министров
Кыргызской Республики

№ 12 от «29» декабря 2025 года



**РУКОВОДСТВО
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ АВИАЦИОННОГО
ПЕРСОНАЛА, ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ И ОБУЧАЮЩИХСЯ В УЧЕБНЫХ
ЗАВЕДЕНИЯХ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

Бишкек -2025 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Страницы
Оглавление.....	2
Сокращения.....	3
Определения	4
Глава 1. Общие положения.....	5
Глава 2. Порядок медицинского освидетельствования	7
Глава 3. Порядок вынесения, выдачи, приостановления и аннулирования медицинских заключений	10
Глава 4. Оформление медицинской документации при медицинском освидетельствовании.....	14
Глава 5. Медицинское динамическое наблюдение авиационного персонала в межкомиссионный период.....	17
Глава 6. Требования к состоянию здоровья членов экипажей воздушных судов гражданской авиации на предполётном контроле и диспетчеров УВД перед заступлением на дежурство.....	19
Приложение 1. Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения 1 класса	23
Приложение 2. Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения 2 класса	52
Приложение 3. Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения 3 класса	73
Приложение 4 Лекарственные средства, разрешенные и запрещенные в гражданской авиации Кыргызской Республики.....	94
Приложение 5. Объем обследования авиационного персонала в целях медицинского освидетельствования.....	96
Приложение 6. Журнал протоколов авиационной медицинской комиссии.....	101
Приложение 7. Перечень медицинской аппаратуры и инструментария авиационной медицинской комиссии.....	102
Приложение 8. Журнал предполётного медицинского осмотра членов экипажей воздушных судов.....	105
Приложение 9. Журнал предсменного медицинского осмотра диспетчеров УВД.....	106
Приложение 10. Журнал отстранения от полётов (дежурств).....	107
Приложение 11. Справка отстранения от полётов (дежурств).....	108
Приложение 12. Порядок проведения медицинского обследования на предмет установления состояния острой алкогольной интоксикации или факта употребления психоактивных веществ на предполётном (предсменном) медицинском пункте.....	109
Приложение 13. Объём движений в суставах, подлежащих измерению при медицинском освидетельствовании	112
Приложение 14. Таблица для оценки веса тела по величине индекса массы тела Кетле.	114
Приложение15. Диспансеризация авиационного персонала	115
Приложение16. Медицинская книжка авиационного персонала.....	130
Приложение 17. Форма карты медицинского освидетельствования.....	132
Приложение 18. Коды ограничений	138
Приложение 19. Организация МАГА.....	140

СОКРАЩЕНИЯ

АД - артериальное давление
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АПКР- Авиационные правила Кыргызской Республики
АМК – авиационная медицинская комиссия
АСТ- аспартатаминотрансфераза
АХР – авиационно-химические работы
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВС – воздушное судно
ВЕП – велоэргометрическая проба
ГА – гражданская авиация
ЗОЖ– здоровый образ жизни
КАГ – коронароангиография
КБС – коронарная болезнь сердца
ИКАО – Международная организация гражданской авиации
ИМТ – индекс массы тела
МКБ – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МОП – медицинское обеспечение полётов
МРТ- магнитно-резонансная томография
УВД- управление воздушным движением
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЦНС-центральная нервная система
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ – электрокардиография
Эхо-КГ – эхокардиография
ЭЭГ – электроэнцефалография

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач организации гражданской авиации – врач, организующий комплекс мероприятий по медицинскому обеспечению полётов и осуществляющий динамическое наблюдение за состоянием здоровья авиационного персонала в межкомиссионный период.

Здоровый образ жизни – это образ жизни, направленный на поддержание и укрепление здоровья, улучшение физического и психологического состояния человека. Это комплекс привычек, который способствует долгосрочному здоровью и благополучию.

Индивидуальная оценка («гибкость») – возможность вынесения медицинского заключения о годности/негодности или необходимости в лечении/оздоровлении авиационного персонала с учетом выраженности выявленного у него заболевания, степени компенсации, обратимости патологического процесса, характера выполняемой работы и других факторов, влияющих на безопасность полётов.

Медицинская комиссия гражданской авиации – комиссия, включающая врачей-специалистов экспертов (терапевта, офтальмолога, оториноларинголога), которая осуществляет медицинское освидетельствование авиационного персонала и выдаёт медицинское заключение о годности (негодности) их по состоянию здоровья к обучению или выполнению профессиональных обязанностей.

Медицинское заключение – документ установленного образца, подтверждающий соответствие обладателя свидетельства конкретным требованиям, предъявляемым к годности по состоянию здоровья, выдаваемый после медицинского освидетельствования медицинской комиссией гражданской авиации или органом гражданской авиации.

Медицинское освидетельствование – это комплекс медицинских обследований с целью определения психического и физического соответствия состояния здоровья кандидата установленным требованиям на получение медицинского заключения соответствующего класса

Ограничение – запись, добавляемая к медицинскому заключению, определяющая условия, которые должен соблюдать кандидат при осуществлении профессиональной деятельности.

Оценка – заключение о медицинской пригодности лица к полетам, основанное на его медицинском анамнезе, предусмотренных медицинских освидетельствованиях и, при необходимости, дополнительных обследованиях, включая, но не ограничиваясь, ЭКГ, измерение артериального давления, анализы крови и рентгенографию.

1. Общие положения

1. Медицинское освидетельствование лётно-диспетчерского состава, бортоператоров, а также лиц, обучающихся по соответствующим специальностям в авиационных учебных заведениях Кыргызской Республики, является важнейшим элементом медицинского обеспечения полётов гражданской авиации Кыргызской Республики.

2. Медицинскому освидетельствованию подлежат:

- Кандидаты, поступающие на обучение в учебные заведения гражданской авиации по направлениям подготовки пилотов, штурманов, бортинженеров и диспетчеров управления воздушным движением;

- Учащиеся (слушатели) высших и средних авиационных учебных заведений, проходящие подготовку по указанным специальностям;

- Лётный состав: коммерческие пилоты (самолётов, дирижаблей, вертолётов или воздушных судов с системой увеличения подъёмной силы), линейные пилоты авиакомпаний, пилоты многочленного экипажа (самолётов), штурманы, бортинженеры, бортмеханики, бортрадисты и другие члены экипажа воздушных судов;

- Кабинный и обслуживающий персонал экипажа: бортоператоры воздушных судов;

- Лица, управляющие воздушными судами в рамках любительской авиации: пилоты-любители (самолётов, дирижаблей, вертолётов или воздушных судов с системой увеличения подъёмной силы), пилоты-планеристы (дельтапланеристы), пилоты свободных аэростатов, парашютисты и пилоты сверхлёгких воздушных судов;

- Диспетчеры, осуществляющие управление воздушным движением;

- Внешние пилоты.

3. Лица, указанные в абзацах пункта 2, объединяются под общим термином «авиационный персонал», который используется в дальнейшем по тексту настоящего Руководства.

4. Лица, выполняющие эпизодические полёты на борту воздушного судна (инженеры, авиатехники и другие), проходят осмотры в медицинском учреждении гражданской авиации и получают допуск к полётам.

5. МК ГА по результатам медицинского освидетельствования определяет годность авиационного персонала к профессиональной деятельности по состоянию здоровья и выдает медицинское заключение первого, второго или третьего классов.

6. Медицинское заключение первого класса выдается кандидатам и обладателям свидетельств:

- коммерческого пилота (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы);

- линейного пилота авиакомпании (самолёт, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы);

- пилота многочленного экипажа (самолёт);

- учащегося учебных заведений гражданской авиации Кыргызской Республики по подготовке пилотов.

7. Медицинское заключение второго класса выдается кандидатам и обладателям свидетельств:

- штурмана;
- бортинженера;
- бортмеханика (самолёт и вертолёт);
- бортрадиста транспортных воздушных судов;
- бортоператора воздушных судов;
- парашютиста;
- пилота-любителя (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы);
- пилота-планериста (дельтапланериста);
- пилота свободного аэростата;
- пилота сверхлегкого воздушного судна;
- учащихся учебных заведений гражданской авиации Кыргызской Республики по подготовке перечисленных категорий авиационного персонала.

8. Медицинское заключение третьего класса выдается кандидатам и обладателям свидетельств:

- диспетчера УВД;
- учащегося учебных заведений гражданской авиации Кыргызской Республики по подготовке диспетчеров УВД, внешних пилотов.
- внешним пилотам.

9. Период действительности медицинских заключений определяется в соответствии с АПКР-1.

10. Период действительности медицинского заключения подтверждается врачом организации гражданской авиации при проведении медицинского осмотра авиационного персонала для лиц с диагнозом каждые 6 месяцев после очередного медицинского освидетельствования, о чем делается соответствующая запись в медицинском заключении.

11. Период действительности медицинского заключения может быть сокращен при наличии медицинских показаний и обоснован в медицинском заключении.

12. Медицинское заключение является неотъемлемой частью Свидетельства авиационного персонала.

13. Авиационный персонал не допускается к выполнению профессиональных обязанностей без медицинского заключения или с истекшим периодом его действительности.

14. Ответственность за сохранение и укрепление здоровья возлагается на авиационный персонал. Для этого авиационный персонал придерживается принципов здорового образа жизни, включая правильное питание и регулярные умеренные физические нагрузки (такие как ходьба, тренировки в спортзале, плавание и йога 3-4 раза в неделю), что фиксируется в соответствующих документах и проверяется членами МКГА. Также важно, чтобы авиационный

персонал избегал вредных привычек, таких как курение, чрезмерное потребление алкоголя, наркотиков и других факторов, пагубно влияющих на здоровье.

15. Обладатель свидетельства информирует врачей – специалистов МКГА или врача организации ГА о всех случаях нарушения состояния здоровья:

- при любой травме, приводящей к невозможности выполнять обязанности;
- при заболевании, приводящих к потере трудоспособности на период 20 суток и более,
- после любой хирургической операции;
- при любом медицинском обследовании с аномальными результатами;
- при применении на регулярной основе любых лекарственных средств;
- при любых потерях сознания;
- при дроблении камней с помощью литотрипсии;
- при преходящем ишемическом приступе;
- нерегулярных сердечных ритмах, включая фибрилляцию / трепетание предсердий;
- при беременности.

Вопрос о возможности выполнения профессиональных обязанностей в этих случаях решается МК ГА совместно с медицинским экспертом органа гражданской авиации Кыргызской Республики.

2. Порядок медицинского освидетельствования

16. Медицинское освидетельствование авиационного персонала с целью получения и возобновления медицинского заключения проводится МКГА.

17. Задачами медицинского освидетельствования являются:

- определение по состоянию здоровья годности авиационного персонала к выполнению профессиональных обязанностей;
- определение по состоянию здоровья, физическому развитию и индивидуальным психофизиологическим качествам годности кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации и обучающихся в учебных заведениях по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД;
- проведение мероприятий, направленных на сохранение здоровья, высокой профессиональной работоспособности, долголетия авиационного персонала для безопасности полётов;
- выявление ранних признаков заболеваний, факторов риска и функциональных отклонений в состоянии здоровья авиационного персонала с целью своевременного проведения лечебно-реабилитационных и (или) оздоровительных мероприятий.

18. Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к заявителю на получение медицинского заключения 1, 2, 3 класса настоящего Руководства.

19. Направление лиц на очередное медицинское освидетельствование осуществляется руководитель авиакомпаний и организаций ГА, учебного заведения

ГА независимо от форм собственности. Медицинское освидетельствование может проводиться и по личному заявлению авиационного персонала.

20. Направление на медицинское освидетельствование авиационного персонала при восстановлении после перерыва в лётной работе (работе по УВД), при поступлении на летную работу (работу по УВД) выдается отделом кадров авиакомпаний и организаций ГА, учебного заведения гражданской авиации с указанием специальности и должности, на которую принимается специалист. Эти лица предъявляют в МКГА военный билет и данные о состоянии здоровья за период перерыва в работе (медицинский документ, карту амбулаторного больного или подробную выписку из нее, медицинское заключение из психоневрологического и наркологического диспансеров).

21. Авиационный персонал, поступающий на работу в организацию гражданской авиации из других предприятий (военная авиация), проходят медицинское освидетельствование в МКГА с целью получения медицинского заключения независимо от наличия у них заключения о годности по состоянию здоровья, полученного в других медицинских учреждениях.

22. Решение о внеочередном медицинском освидетельствовании авиационного персонала принимает председатель МКГА при наличии обоснований по представлению врача организации ГА, или врачей-специалистов МКГА.

23. На время прохождения медицинского освидетельствования в МКГА авиационный персонал освобождается от выполнения любых трудовых обязанностей, а накануне ему предоставляется день отдыха. Как правило, освидетельствование проводится в течение одного дня.

24. В случае тяжелого заболевания или получения травмы авиационным персоналом, МКГА принимает решение о годности только после полного выздоровления.

25. Медицинское освидетельствование авиационного персонала в МКГА для выдачи медицинского заключения предусматривает обязательный объём их обследования (Приложение 5 настоящего Руководства).

26. Кабинеты врачей-специалистов МКГА, предназначенные для проведения обязательных обследований с целью выдачи медицинского заключения, должны быть оснащены соответствующей медицинской аппаратурой и инструментами (в соответствии с Приложением 7 настоящего Руководства), а также необходимым вспомогательным оборудованием, таким как письменные столы, стулья, шкафы и прочее. Медицинская измерительная аппаратура подлежит регулярной поверке в установленном порядке.

27. При использовании кабинетов врачей-специалистов как для медицинского освидетельствования, так и для приема населения, необходимо разработать и предоставить график работы, который гарантирует своевременное освидетельствование авиационного персонала.

28. Все дополнительные обследования, назначенные по медицинским показаниям, проводятся преимущественно в специализированных медицинских или научно-исследовательских учреждениях Министерства здравоохранения

Кыргызской Республики, с которыми заключены соответствующие договоры на проведение таких обследований.

29. При проведении медицинского освидетельствования и динамического наблюдения авиационного персонала используются лекарственные средства, разрешённые к применению в гражданской авиации (Приложение 4 настоящего Руководства).

30. Стационарное обследование в рамках медицинского освидетельствования проводится по медицинским показаниям, а также при наличии заболеваний с отрицательной динамикой состояния здоровья. Решение о необходимости такого обследования принимает председатель МКГА на основании представления врача организации гражданской авиации (или врача учебного заведения гражданской авиации), либо по рекомендации врачей-специалистов МКГА.

31. Стационарное обследование и лечение проводится в срок до 14 дней. Медицинское заключение после стационарного обследования выносится на заседании МКГА после консультации медицинского эксперта органа гражданской авиации (далее - медицинский эксперт ОГА). Временная нетрудоспособность оформляется в соответствии установленным законодательством порядке Кыргызской Республики.

32. Кандидаты к обучению в учебных заведениях гражданской авиации допускаются к медицинскому освидетельствованию при наличии годности по состоянию здоровья к военной службе. Поступающие в учебные заведения по специальности «диспетчер УВД» допускаются к медицинскому освидетельствованию с заключением «годен к военной службе с незначительными ограничениями». Медицинское освидетельствование иностранных кандидатов и специалистов проводится в соответствии с настоящим Руководством и Авиационными правилами Кыргызской Республики.

33. Кандидаты к обучению представляют в МКГА амбулаторную карту или выписку из нее, заключение из психоневрологического и наркологического диспансеров по месту жительства, военный билет или приписное свидетельство.

34. При установлении у кандидата одним из врачей-специалистов МКГА заболевания (дефекта), препятствующего обучению, выносится медицинское заключение о негодности к обучению.

35. Кандидатам, признанным годными по состоянию здоровья к обучению в учебных заведениях гражданской авиации, проводится психологическое обследование в целях профессионального отбора.

36. Ответственность за организацию, координацию проведения медицинского освидетельствования авиационного персонала, а также за принятие решения по его результатам несет председатель МК ГА.

37. В случае выявления у авиационного персонала подозрительного состояния здоровья, создающего риск для безопасности полётов и угрозу жизни, медицинский эксперт ОГА имеет право на основании официального уведомления временно изъять медицинское заключение данного персонала до окончательной оценки его пригодности по состоянию здоровья. При этом незамедлительно

направляется запрос в МК ГА на предоставление полной медицинской документации либо проводится внеплановая проверка на месте для принятия обоснованного решения о годности по состоянию здоровья.

38. В случае возникновения конфликтных или сложных диагностических ситуаций, когда освидетельствуемый не согласен с принятым медицинским заключением, он имеет право обратиться за консультативной помощью в ОГА. Информация о данной возможности доводится до освидетельствуемого председателем МКГА в устной форме перед проведением каждого медицинского освидетельствования.

39. В случае отказа в выдаче медицинского заключения кандидат имеет право либо согласиться с принятым решением, либо обжаловать его. Апелляционная жалоба с приложением всех медицинских документов и результатов обследований направляется в ОГА. Медицинский эксперт ОГА рассматривает предоставленные материалы, при необходимости созывая медицинскую ревизионную комиссию, в состав которой входят профильные специалисты, для подготовки экспертного заключения. Кроме того, медицинский эксперт ОГА вправе потребовать прохождение летного медицинского теста для оценки профессиональных навыков и уровня подготовки пилота в случаях, когда медицинские показатели находятся на предельных значениях, либо при необходимости проведения дополнительных обследований. Окончательное решение о медицинской пригодности принимает медицинский эксперт ОГА, руководствуясь принципом независимости и объективности.

40. В случае утраты или порчи медицинского заключения, делающее его непригодным для использования, кандидат обращается к председателю МКГА с просьбой о восстановлении документа. Дубликат выдается без прохождения внеочередного медицинского освидетельствования и регистрируется в журнале выдачи медицинских заключений с указанием номера дубликата.

3. Порядок вынесения, выдачи, приостановлении и аннулировании медицинских заключений

41. Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к заявителю на получение медицинского заключения 1, 2, 3 класса для определения профессиональной пригодности или годности к обучению предъявляются в зависимости от специальности освидетельствуемого (Приложения 1, 2, 3 настоящего Руководства). Медицинское заключение о годности/негодности к лётной работе, работе по УВД, бортоператором, обучению в учебных заведениях гражданской авиации по результатам обследования выносят врачи- специалисты МКГА: терапевт, оториноларинголог, офтальмолог.

42. По результатам медицинского освидетельствования авиационного персонала МКГА имеет право принимать медицинские заключения в следующих формулировках:

- годен к обучению на пилота (штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД);

- годен к лётной работе коммерческим пилотом (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), линейным пилотом авиакомпании (самолёт, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотом многочлленного экипажа (самолёт); штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;
- годен к работе диспетчером УВД, бортоператором, внешним пилотом;
- годен к полётам пилотом-любителем (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотом-планеристом (дельтапланеристом), летчиком наблюдателем, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна;
- годен к парашютным прыжкам;
- рекомендуется лечение (оздоровление) с последующим освидетельствованием;
- негоден к обучению на пилота (штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД);
- негоден к лётной работе коммерческим пилотом (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), линейным пилотом авиакомпании (самолёт, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотом многочлленного экипажа (самолёт); пилотом планеристом (дельтапланеристом), штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;
- негоден к работе диспетчером УВД, бортоператором, внешним пилотом;
- негоден к полётам лётчиком-наблюдателем, пилотом-любителем (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотом-планеристом (дельтапланеристом), летчиком наблюдателем, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого воздушного судна;
- негоден к парашютным прыжкам.

43. Годность к обучению на пилота, штурмана, бортинженера и годность к лётной работе предусматривают годность к учебно-тренировочным парашютным прыжкам. При вынесении медицинского заключения в соответствии с «Требованиями по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья», предусматривающими индивидуальную оценку, авиационный персонал может быть признан годным, не годным или ему рекомендуется лечение (оздоровление) с последующим медицинским освидетельствованием. При этом учитывается характер заболевания, его выраженность, течение и обратимость патологического процесса, степень компенсации и сохранность функциональных резервов организма, возможность прогрессирования болезни и появления осложнений при продолжении профессиональной деятельности, влияние заболевания на безопасность полётов, индивидуальные психофизиологические особенности освидетельствуемого, характер выполняемой им работы.

44.Процедура приостановления медицинских заключений сертификатов авиационного персонала.

Приостановление медицинского заключения осуществляется в случаях:

- выявления временных нарушений состояния здоровья, препятствующих безопасному выполнению обязанностей согласно пункта 15 настоящего Руководства.

- отказа от прохождения необходимого обследования для прохождения очередного медицинского освидетельствования;

- невыполнение мероприятий (посещения бассейна, тренажёрных залов, ходьба и др.) для улучшения и укрепления здоровья;

- поступления сведений от медицинских организаций о наличии заболеваний или состояний, несовместимых с безопасным выполнением профессиональной деятельности;

- выявления нарушений при получении заключения (предоставление ложных сведений, подложных документов).

Порядок приостановления:

- при выявлении противопоказаний врач МКГА уведомляется орган гражданской авиации.

- медицинский эксперт ОГА совместно с членами МКГА принимает решение о приостановлении медицинского заключения

- заключение оформляется в медицинской карте о временной негодности с указанием срока приостановления.

- приостановление медицинского заключения вносится в реестр медицинских заключений.

- организация гражданской авиации уведомляется в письменной форме о причинах и сроках приостановления.

- по истечении установленного срока проводится повторное освидетельствование для восстановления медицинского заключения либо продления срока приостановления.

45. Процедура аннулирования медицинских сертификатов авиационного персонала. Аннулирование медицинского сертификата осуществляется в случаях:

- установления стойкой медицинской непригодности по результатам МКГА;

- выявления заболеваний, несовместимых с выполнением обязанностей авиационного персонала;

- подтверждённого факта фальсификации документов, результатов обследований или заключений при получении сертификата;

- вступившего в силу судебного решения о лишении права занимать должность, требующую медицинской годности.

Порядок аннулирования:

- решение принимает орган гражданской авиации на основании заключения МКГА.

- МКГА направляет в ОГА официальное заключение о негодности (с приложением медицинских документов) с сохранением принципа конфиденциальности.

- ОГА издаёт приказ об аннулировании медицинского заключения.

- информация об аннулировании вносится в реестр медицинских заключений и доводится до сведения организации гражданской авиации.

- аннулированное медицинское заключение подлежит изъятию и хранению в установленном порядке.

Порядок обжалования:

- авиационный персонал имеет право обжаловать решение о приостановлении или аннулировании в судебном порядке.

46. Медицинское заключение выносится на заседании МКГА и его оформление в медицинском документе осуществляется по следующей схеме:

- дата вынесения заключения и наименование МКГА;

- заключение о состоянии здоровья (здоров или указывается клинический, функциональный (-ие) диагноз (-ы), начиная с ведущего, определяющего заключение. Клинический основной диагноз должен быть обоснованным;

- заключение о годности/негодности по состоянию здоровья к работе по специальности (к обучению);

- обоснование заключения при вынесении решения по пунктам, предусматривающим индивидуальную оценку;

- определение группы динамического наблюдения и рекомендации МКГА на межкомиссионный период для лиц, признанных годными к выполнению профессиональных обязанностей или обучению;

- заключение о выдаче лицам, признанным годными к лётной работе, работе по УВД, бортоператором, а также к обучению, Медицинского заключения первого, второго или третьего классов;

- заключение о выдаче лицам, признанным негодными к лётной работе, работе по УВД, бортоператором и к обучению, выдается в виде «Представления об отказе медицинского заключения» (Приложение 5 АПКР-1), которое направляется для оценки в ОГА.

47. Медицинское заключение соответствующего класса или Представление о результатах медицинского освидетельствования оформляет, подписывает и выдает авиационному персоналу председатель МКГА. Медицинское заключение заполняется разборчиво, чётко, без исправлений и помарок.

48. Бортпроводники проходят медицинский осмотр в МКГА ежегодно со следующими обследованиями: ОАК, ОАМ, кровь на сахар, ВИЧ, реакцию Вассермана, ЭКГ 1 раз в 2 года или по показаниям, рентгенографию 1 раз в год, баканализы ежегодно, осмотр гинеколога, стоматолога, осмотр окулиста, оториноларинголога, невролога, терапевта. Им после прохождения осмотра выдается заключение о годности/ негодности по состоянию здоровья (форма 086/у).

49. Ответственность за оценку физического и психофизиологического состояния полетных диспетчеров возлагается на эксплуатанта воздушных судов. Эксплуатант обязан разработать и внедрить внутреннюю процедуру подтверждения пригодности персонала, привлекаемого к выполнению функций по оперативному управлению полетами, включая:

- физическое и психологическое здоровье;

- устойчивость к стрессу;

- способность к принятию решений в условиях высокой нагрузки;

- отсутствие зависимостей (алкоголь, наркотические и психотропные вещества).

В рамках внутренних процедур эксплуатант имеет право предусматривать:

- предварительный медосмотр при приеме на работу (ОАК, ОАМ, кровь на сахар, ЭКГ, рентгенографию 1 раз в год, осмотр гинеколога, осмотр окулиста, оториноларинголога, невролога, терапевта, психиатрическую и наркологическую проверку) и по усмотрению периодически.

50. Ответственность за оценку физического и психофизиологического состояния инженеров и авиатехников возлагается на эксплуатанта воздушных судов. Эксплуатант обязан разработать и внедрить внутреннюю процедуру подтверждения пригодности персонала, привлекаемого к выполнению функций инженеров и авиатехников.

В рамках внутренних процедур эксплуатант имеет право предусматривать:

- предварительный медосмотр при приеме на работу (ОАК, ОАМ, кровь на сахар, ЭКГ, рентгенографию 1 раз в год, осмотр окулиста, оториноларинголога, невролога, терапевта, психиатрическую и наркологическую проверку) и периодический осмотр в соответствии с Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16 мая 2011 года № 225 «Об утверждении нормативных правовых актов Кыргызской Республики в области общественного здравоохранения».

4. Оформление медицинской документации при медицинском освидетельствовании

51. При медицинском освидетельствовании авиационного персонала (лётного, диспетчерского состава, бортоператоров, летчиков-наблюдателей, парашютистов, пилотов сверхлёгкого воздушного судна) врачом организации ГА (или врачом учебного заведения гражданской авиации) заполняется медицинская книжка по Приложению 16 настоящего Руководства с фотографией, заверенной печатью медицинского учреждениями/или МКГА. Медицинская книжка авиационному персоналу оформляется врачом организации ГА в электронном формате (или врачом учебного заведения гражданской авиации) при личном осмотре.

52. При медицинском освидетельствовании работников наземных служб, поступающих на лётную работу, работу по УВД, бортоператором заполняется один экземпляр медицинской карты с фотографией, заверенной печатью МКГА в электронном формате (приложение 17 настоящего Руководства), копии которой после заполнения и подписания членами МКГА с подробными изложениями результатов освидетельствования и полными выводами в отношении годности по состоянию здоровья кандидата, заверенные председателем МК ГА направляются для оценки в ОГА с сохранением принципа конфиденциальности.

53. При медицинском освидетельствовании кандидата, поступающего в учебное заведение гражданской авиации, заполняется один экземпляр карты медицинского освидетельствования с фотографией кандидата, заверенной печатью.

54. После завершения медицинского освидетельствования медицинские карты кандидатов, признанных годными к обучению, вместе с данными обследования (флюорограмма, ЭКГ, аудиограмма и др.) передаются в приемную комиссию учебного заведения гражданской авиации, откуда направляются в учебное заведение гражданской авиации. Подписанные копии Медицинских карт кандидатов, признанных годными к обучению для оценки направляется в ОГА.

55. Медицинские карты кандидатов, признанных негодными к обучению, хранятся в архиве МКГА 25 лет.

56. Медицинские документы лиц, окончивших учебное заведение гражданской авиации, с личным делом пересылаются отделом кадров учебного заведения в организации гражданской авиации по месту направления на работу. При переводе лиц летного состава, диспетчеров УВД, бортоператоров и бортпроводников в другие авиапредприятия или увольнении их из организации гражданской авиации, при направлении на учёбу, а также выпускникам учебных заведений, получившим свободное распределение, медицинские документы выдаются на руки под личную подпись в опечатанном виде.

57. Медицинские документы и карты медицинского освидетельствования каждого авиационного персонала хранятся в закрытом помещении, в хронологическом порядке с сохранением принципа конфиденциальности. За их сохранность врачи организации ГА (или учебного заведения гражданской авиации) несут персональную ответственность. Также медицинская документация должна храниться в электронном и бумажном форматах.

58. Ведение врачами неутверждённой медицинской документации, в том числе амбулаторных карт на лётный состав, диспетчеров УВД, бортпроводников, учащихся учебных заведений гражданской авиации запрещается.

59. Перед медицинским освидетельствованием с целью получения Медицинского заключения кандидат лично заполняет «Заявление кандидата на выдачу медицинского заключения» (Приложение 4 АПКР-1). Председатель МКГА подробно объясняет заполнение заявления кандидата и информирует всех кандидатов об ответственности за дачу ложных сведений при прохождении медицинского освидетельствования. В случае установления факта ложного сообщения кандидатом председатель МКГА извещает ОГА в письменной форме. ОГА принимает решение о приостановлении или аннулировании медицинского заключения авиационного персонала.

60. Врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации) при подготовке лиц к медицинскому освидетельствованию, при направлении на стационарное обследование или консультацию проводит личный осмотр персонала и в медицинском документе оформляет эпикриз, с содержанием которого под личную подпись должен быть ознакомлен освидетельствуемый.

В эпикризе необходимо отразить следующие данные:

- наличие или отсутствие жалоб, перенесенные заболевания, в том числе с временной утратой трудоспособности; по какой группе проводилось динамическое (диспансерное) наблюдение;

- лётная нагрузка, виды полётов, продление нормы лётного времени, переучивание, авиационные инциденты;
- использование очередных отпусков, санаторно-курортное, реабилитационное лечение, регулярность выходных дней, задолженность по отпускам;
- данные об отстранении от полётов (работе по УВД), причины отстранений;
- наблюдение у врачей различных специальностей, выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий и рекомендаций МКГА, врач организации проверяет документ о посещении тренажерного зала и/или бассейна, занятие ходьбой, йогой);
- данные личного осмотра врача;
- диагноз;
- выводы врача организации ГА (или врача учебного заведения гражданской авиации) о динамике в состоянии здоровья освидетельствуемого и об эффективности динамического наблюдения в межкомиссионный период (улучшение, ухудшение, без перемен и др.) и его рекомендации по продолжению профессиональной деятельности (обучению).

61. Результаты обследования авиационного персонала при медицинском освидетельствовании (лабораторные, рентгенологические, ЭКГ, ЭЭГ и другие) вносятся в соответствующие разделы медицинской книжки и карту медицинского освидетельствования. Консультации врачей – специалистов, врачей-консультантов МКГА, и все записи в медицинские книжки вносятся в хронологическом порядке.

62. Врачи-специалисты вносят в медицинский документ данные объективного обследования освидетельствуемого лица, диагноз и рекомендации (каждый по своему профилю). Достоверность обследования заверяется цифровой электронной подписью или печатью врача. В медицинских документах сокращение слов (кроме общепринятых символов) запрещается.

63. Результаты стационарного обследования оформляются в виде выписки из истории болезни в медицинский документ освидетельствуемого.

64. Медицинское заключение о степени годности к работе (обучению) выносится на заседании МКГА. Одновременно на заседании МКГА определяется план диспансерного наблюдения и разрабатывается рекомендации лечебно-профилактического характера. Авиационный персонал должен быть ознакомлен с планом динамического наблюдения под личную роспись. В случае неполного соответствия кандидата или при вынесении заключения с ограничением, МКГА направляет дело медицинскому эксперту ОГА для вынесения решения или решение принимается после консультации с медицинским экспертом ОГА.

65. Все заседания МКГА оформляются в Журнале протоколов (Приложение 6). Каждое заседание организуется председателем с участием членов МКГА, в журнале протоколов записывается мнение каждого члена МКГА, где делаются выводы с учетом всех голосов, подписывается председателем, всеми членами и заверяется печатью МКГА. При равенстве голосов голос председателя МКГА считается решающим. На кандидатов, поступающих в учебные заведения

гражданской авиации, ведется отдельный Журнал протоколов, в котором делается отметка о наименовании учебного заведения.

66. После медицинского освидетельствования председатель МКГА выдаёт лицам, признанным годным к лётной работе (диспетчером УВД, к обучению) медицинское заключение соответствующего класса установленной формы (Приложение 6 АПКР-1).

67. Признанными негодными к лётной работе (диспетчером УВД, к обучению) выдаётся представление о результатах медицинского освидетельствования установленного образца в соответствии с Приложением 5 АПКР-1.

68. В разделе «Особые отметки» Медицинского заключения председатель МКГА указывает условия действия медицинского заключения.

69. На основании данных медицинского освидетельствования авиационного персонала, врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации), врачи-специалисты и председатель МКГА составляют утверждённую учётно-отчётную документацию. Сведения медицинского характера являются конфиденциальными.

5. Медицинское динамическое наблюдение авиационного персонала в межкомиссионный период

70. Медицинское динамическое наблюдение за лицами лётного состава, диспетчерами УВД, учащимся учебных заведений и бортоператорами в межкомиссионный период осуществляют:

- врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации);
- врачи-специалисты МКГА по своему профилю;

71. Периодические медицинские осмотры у врача организации ГА (или врача учебного заведения гражданской авиации) проводятся:

- коммерческим пилотам (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), линейным пилотам авиакомпании (самолёт, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотам многочлленного экипажа (самолёт), штурманам, бортмеханикам, бортинженерам, бортрадистам с диагнозами - через 6 месяцев после очередного медицинского освидетельствования;

- пилотам-любителям (самолёт, дирижабль, вертолёт или воздушное судно с системой увеличения подъемной силы), пилотам-планеристам (дельтапланеристам), пилотам свободного аэростата, парашютистам, пилотам сверхлёгких воздушных судов и другим специалистам, выполняющим работу на борту воздушного судна, - каждые 12 месяцев до 40 лет, лицам старше 40 лет с диагнозами после очередного медицинского освидетельствования каждые 6 месяцев;

- диспетчерам УВД, внешним пилотам, бортоператорам с диагнозами - каждые 6 месяцев после очередного медицинского освидетельствования (по показаниям

ежеквартально), при отсутствии у них заболеваний (диагноз «здоров») межкомиссионный осмотр проводится один раз в год;

- учащимся учебных заведений гражданской авиации, проходящих подготовку по специальностям: пилот, штурман, бортинженер/бортмеханик, диспетчер УВД с диагнозами - каждые 6 месяцев после очередного медицинского освидетельствования (по показаниям ежеквартально).

72. По результатам периодических медицинских осмотров врач может принять следующие заключения:

- допущен к полётам (работе по УВД, бортоператором, внешним пилотом);
- допущен к обучению;
- рекомендуется предоставление внеочередного выходного дня (очередного отпуска);
- рекомендуется проведение консультации, лечения (амбулаторного, стационарного, санаторного, реабилитационного, профилактического).

73. Лабораторные, функционально-диагностические исследования, лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия проводятся авиационному персоналу в межкомиссионный период в соответствии с рекомендациями настоящего Руководства, по назначению МКГА или при наличии медицинских показаний (Приложение 15 настоящего Руководства).

74. Профилактические прививки и противоэпидемические мероприятия лётному составу, диспетчерам УВД, учащимся в учебных заведениях гражданской авиации, бортоператорам и бортпроводникам проводятся в соответствии с требованиями, установленными Министерством здравоохранения и Госсанэпиднадзора Кыргызской Республики.

75. Врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации) проводит медицинские осмотры авиационного персонала и обучающихся (слушателей) в учебных заведениях гражданской авиации после выздоровления от заболевания (травмы), отпуска (продолжительностью более 1 месяца), отстранения на предполётном (предсменном) медицинском осмотре, авиационного происшествия или серьезного инцидента, восстановления после перерыва в работе, выпускникам авиационных учебных заведений и по медицинским показаниям. После авиационного происшествия и серьезного инцидента проводятся осмотр терапевта, консультация психолога и психологические коррекционные мероприятия в зависимости от состояния авиационного персонала.

76. Выпускники учебного заведения гражданской авиации, специалисты лётного состава и диспетчеры УВД, переведенные из других организаций гражданской авиации или восстановленные после перерыва в лётной работе (работе по УВД), допускаются к полётам (работе по УВД) врачом организации ГА после медицинского осмотра.

77. По результатам медицинских осмотров врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации) может представить председателю МКГА (при наличии показаний) обоснование о внеочередном медицинском освидетельствовании авиационного персонала.

78. При подготовке авиационного персонала к очередному медицинскому освидетельствованию, врач организации ГА (или врач учебного заведения гражданской авиации) проводит личный осмотр освидетельствуемых лиц, оформляет эпикриз за межкомиссионный период, организует проведение лабораторных и инструментальных обследований в целях врачебно-лётной экспертизы (не ранее, чем за 45 дней до начала медицинского освидетельствования).

79. В межкомиссионный период членам экипажей воздушных судов проводится предполётный медицинский осмотр перед вылетом, а диспетчерам УВД - предсменный осмотр перед заступлением на дежурство. Ежемесячно 1-2 раза в квартал ОГА проводит внеплановую проверку летного состава на наличие психоактивных веществ (алкотестеры, наркотестеры и др.). Инспектор, проводящий проверку летного состава на наличие психоактивных веществ, проходит подготовку по наркологии.

80. Врач организации гражданской авиации и сотрудники, осуществляющие предполётный (предсменный) контроль, проводят мероприятия по контролю за обеспечением воздушного судна медицинскими средствами для оказания помощи на борту.

6. Требования к состоянию здоровья членов экипажей воздушных судов гражданской авиации на предполётном контроле и диспетчеров УВД перед заступлением на дежурство

81. Предполетный (предсменный) медицинский осмотр является важным звеном в системе медицинского обеспечения безопасности полетов, проводится в специально организованном медицинском пункте организации гражданской авиации Кыргызской Республики.

82. Допуск к полётам (управлению воздушным движением) по состоянию здоровья членов экипажей воздушных судов гражданской авиации и диспетчеров управления воздушным движением осуществляется на предполётном (предсменном) медицинском осмотре в ходе предполётного (предсменного) контроля готовности к полётам.

83. Предполётный медицинский осмотр членов экипажей воздушных судов гражданской авиации и предсменный медицинский осмотр диспетчеров управления воздушным движением (далее диспетчер УВД) перед заступлением на дежурство (далее предполётный (предсменный) медицинский осмотр) проводится медицинскими работниками гражданской авиации (врач, фельдшер), прошедшиими обучение по основной специальности, по авиационной медицине и по наркологии.

84. Предполётный (предсменный) медицинский осмотр направлен на своевременное выявление лиц, которые по состоянию здоровья не могут быть допущены к выполнению полёта, а диспетчеры УВД – к управлению воздушным движением. Предполётный (предсменный) медицинский осмотр оснащается

необходимым оборудованием и медицинским инструментарием для работы медицинского работника.

85. Предполётный (предсменный) медицинский осмотр проводится в индивидуальном порядке. Во время осмотра присутствие других членов экипажа (диспетчеров УВД) и посторонних лиц не допускается.

86. Перед проведением предполётного (предсменного) медицинского осмотра дежурный медицинский работник, проверяет у членов экипажа, диспетчеров УВД медицинское заключение МКГА.

87. Предполётный (предсменный) медицинский осмотр проводится:

- членам лётного и кабинного экипажа воздушного судна
- пилотам авиации общего назначения;
- инструкторам парашютной службы, парашютистам;
- диспетчерам УВД;
- учащимся учебных заведений гражданской авиации;
- авиационному персоналу и проверяющим лицам, включенным в задание на полёт.

88. Предполётный медицинский осмотр члены лётного и кабинного экипажа проходят перед началом полётов, но не ранее чем за 2 часа до вылета. При задержке вылета на 6 часов и более предполётный медицинский осмотр проводится повторно.

89. Бортинженера (бортмеханики), бортпроводники, выполняющие специальные полёты, проходят предполётный медицинский осмотр за 3,5 часа до вылета.

90. Предполётный медицинский осмотр членов экипажа воздушного судна, выполняющего в течение рабочего времени несколько рейсов, проводится один раз перед вылетом.

91. Резервные экипажи проходят медицинский осмотр перед заступлением в резерв, также перед вылетом, если с момента прохождения медицинского осмотра прошло 6 часов и более.

92. При выполнении полётов на авиационных работах с временных аэродромов, где отсутствуют штатные медицинские работники, а также перед вылетом с иностранного аэродрома (при выполнении международных полётов) предполётный медицинский осмотр не проводится. Решение о допуске членов летного и кабинного экипажа к полётам принимает командир воздушного судна.

93. Послеполётный (послесменный) медицинский осмотр членов летного и кабинного экипажей, диспетчеров УВД проводится по медицинским показаниям.

94. Весь персонал смены УВД проходит предсменный медицинский осмотр перед заступлением на дежурство. Руководитель полётов медицинский осмотр проходит последним и обеспечивает своевременную явку на предсменный медицинский осмотр персонала всей смены УВД.

95. Медицинский осмотр инструкторов парашютной службы (парашютистов), выполняющих в течение рабочего времени несколько прыжков, проводится один раз, но не ранее чем за 1 час перед первым прыжком.

96. Предполётный медицинский осмотр слушателей и учащихся учебных заведений гражданской авиации Кыргызской Республики, выполняющих в течение летного дня несколько полётов, проводится один раз, но не ранее чем за 2 часа перед первым полётом.

97. Медицинский осмотр авиационного персонала, включенного в задание на полёт, проводится вместе с членами экипажа с предъявлением медицинского заключения о допуске по состоянию здоровья для полётов на воздушных судах от медицинского учреждения гражданской авиации Кыргызской Республики.

98. Членам экипажей воздушных судов других видов авиации предполётный медицинский осмотр проводится в соответствии с настоящими Требованиями.

Члены экипажа воздушного судна, диспетчеры УВД, авиационный персонал, участвующие в полёте, не прошедшие предполётный (предсменный) медицинский осмотр, медицинское освидетельствование, полугодовые (годовые) медицинские осмотры, а также в случае установления у них факта употребления алкогольных напитков, наркотических средств, нарушения предполётного (предсменного) режима к выполнению полёта (дежурству) не допускаются.

99. Предполётный (предсменный) медицинский осмотр включает: Опрос, при котором должны быть выяснены жалобы на состояние здоровья, условия предполётного (предсменного) отдыха, продолжительность и качество сна, режим питания. Оценивается речь, мимика, эмоциональное состояние (спокойное, заторможенное, возбужденное).

Осмотр включает: определение отклонений от обычного поведения, внешнего вида, окраски и состояния кожных покровов (бледность, гиперемия, акроцианоз, желтушность склер, отек век и т.д.), осмотр миндалин, слизистой мягкого и твердого неба задней стенки глотки, языка, реакции зрачков на свет, а также соответствие летного обмундирования условиям полёта.

100. Исследование пульса проводят пальпацией лучевой артерии. Определяют его частоту, ритм напряжение, наполнение, величину, форму в течение 30 сек с пересчетом на 1 минуту. Летный состав допускается к полётам, диспетчер УВД к дежурству при частоте пульса не более 90 ударов в минуту и не менее 55 ударов в минуту. Аритмия, тахикардия или брадикардия являются основанием для отстранения от полёта (дежурства) и направления на дополнительное обследование к врачу организации ГА. При выявлении тахикардии или брадикардии проводится дополнительный опрос о самочувствии обследуемого, предоставляется отдых в течение 5 минут и повторно подсчитывается частота пульса (при тахикардии – измеряется температура тела).

101. Членам экипажей, выполняющим специальные полёты, дополнительно проводится измерение артериального давления, температуры тела. По показаниям проводятся дополнительные исследования: измерение артериального давления, температуры тела, освидетельствование для установления фактов употребления алкогольных напитков, наркотических средств. Показаниями к измерению артериального давления являются тахикардия, брадикардия, аритмия, напряженный пульс, подозрение на употребление

алкогольных напитков. Повышение артериального давления учитывается в том случае, когда оно регистрируется при повторном измерении через 5 минут. При подозрении на употребление психоактивных веществ может проводиться экспресс-тестирование на алкоголь, наркотические и психотропные вещества.

Летный состав допускается к полётам, диспетчер УВД к дежурству, при артериальном давлении не более 140/90 мм.рт.ст. и не менее 100/60 мм.рт.ст. Оформление Журнала предполётного (предсменного) медицинского осмотра (Приложения 8 и 9 настоящего Руководства):

1. записи ведет дежурный медицинский работник, заполняя все графы журнала;

2. при отсутствии жалоб на состояние здоровья член экипажа (диспетчер УВД), авиационный персонал, участвующий в полёте, расписывается в графе «Подпись члена экипажа» (диспетчера УВД);

3. при отсутствии жалоб, объективных признаков заболевания в ходе медицинского осмотра, утомления и нарушения предполётного (пред сменного) режима отдыха дежурный медицинский работник делает запись о допуске к полёту (управлению воздушным движением) и расписывается.

102. Журнал должен быть прошнурован, страницы пронумерованы, подписан руководителем МСЧ гражданской авиации и скреплен печатью.

103. Порядок оформления на полёт:

После прохождения медицинского осмотра последним членом экипажа, дежурный медицинский работник в задание на полёт ставит штамп с наименованием учреждения гражданской авиации, вписывает число, месяц, часы и минуты (время по UTC), количество членов экипажа и авиационного персонала, допущенных к полёту, и расписывается.

104. В случае отстранения от полёта (управления воздушным движением) при наличии жалоб, заболевания, утомления, недостаточного предполётного (пред сменного) отдыха, установления факта употребления алкогольных напитков или наркотических средств медицинский работник делает запись в журнале отстранения от полётов (дежурств) (Приложение 10 настоящего Руководства), выдает справку об отстранении от полёта (дежурства) (Приложение 11 настоящего Руководства), докладывает руководителю полётов, диспетчеру аэродромно-диспетчерского пункта и направляется к врачу организации ГА.

105. Причины отстранений от полётов (от работы УВД) постоянно анализируются (ответственным лицом предполётного (пред сменного) контроля, председателем МКГА, врачом организации ГА) и принимаются необходимые меры по их устранению.

106. В случае подозрения на употребления членом экипажа (диспетчером УВД) алкогольных напитков, лекарственных (наркотических) средств проводится первичное медицинское обследование в установленном порядке. (Приложение 12 настоящего Руководства).

**Требования
по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья,
предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения 1
класса**

Глава 1. Общие положения

Кандидаты на получение медицинского заключения являются негодными при наличии врожденных или приобретенных аномалий; активного, скрытого, острого или хронического заболевания или недееспособности; ран, повреждений или последствий операции; эффект или побочный эффект от применения назначенного или не назначенного медикаментозного препарата с терапевтической, диагностической или профилактической целью, которые вызывают такую степень функциональной нетрудоспособности, что приведет к нарушению безопасно осуществлять права свидетельства. При оценке необходимости введения ограничений согласно Приложению 18 настоящего Руководства учитываются следующие факторы:

1. Медицинские показания: Определяется, повлияет ли конкретное медицинское состояние на способность заявителя безопасно выполнять свои обязанности, даже если он не соответствует определенным критериям (числовым или иным).
2. Навыки, способности и опыт заявителя, соответствующие виду выполняемых операций.

Глава 2. Сердечно-сосудистая система

Заявитель является негодным при наличии врожденных или приобретенных нарушений сердечной деятельности, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых свидетельством и квалификационными отметками.

Кровеносная система не может иметь отклонений от нормы. Кандидаты, имеющие какое-либо из нижеперечисленных состояний, также признаются негодными: аневризмы грудного или супракраниального брюшного отделов аорты до или после хирургического вмешательства; эмболия легочной артерии; значительное функциональное поражение какого-либо из клапанов сердца; пересадка сердца или сердца и (или) легкие.

Медицинское освидетельствование при артериальной гипертензии рассматривается по уровню артериального давления и по степени выраженности рисков при артериальной гипертензии.

При артериальной гипертензии с артериальным давлением выше 160/95 миллиметров ртутного столба, имеющей стойкий характер или при меньших величинах артериального давления, сопровождающихся высокими степенями риска с поражением органов-мишеней, заявитель признается негодным к работе и обучению.

Кандидаты, у которых артериальное давление зарегистрировано 160/95 миллиметров ртутного столба и выше (по результатам суточного мониторинга артериального давления) и корректируется с помощью немедикаментозной или разрешенной для применения без отрыва от работы медикаментозной терапией, признаются годными к работе после успешного подбора медикаментозной терапии, но негодны к обучению на пилота.

Подбор медикаментозной терапии проводится не менее 2 недель с отстранением от работы по специальности. При допуске к работе учитываются стойкость эффекта от проводимых мероприятий по результатам суточного мониторинга артериального давления не выше 140/90 миллиметров ртутного столба, факторы риска, побочные эффекты назначаемых препаратов, переносимость нагрузочных проб.

Для лиц, обучающихся на пилота, допустимый уровень артериального давления составляет ниже 140/90 миллиметров ртутного столба. Если заявителю назначена терапия для контроля артериального давления, его медицинское заключение временно приостанавливается, пока не будет подтверждено отсутствие выраженных побочных эффектов.

Решение о допуске к работе заявителя с транзиторным повышением артериального давления, нормализующимся без применения медикаментозных средств, принимается с учетом результатов суточного мониторинга артериального давления и нагрузочных проб.

Кандидаты с симптоматической гипотонией признаются негодными к работе и обучению.

Кандидаты с одним из нижеперечисленных состояний в анамнезе или с установленным диагнозом: ишемия миокарда, симптоматические заболевания коронарных артерий, контролируемые медикаментозными средствами, а также перенесшие инфаркт миокарда и хирургическое лечение при ишемической болезни сердца на начальном этапе до 12 месяцев признаются негодными.

До принятия решения о годности для исключения ишемии миокарда, требуется проведение расширенного кардиологического обследования.

Достаточным основанием для отказа в выдаче (возобновлении) медицинского заключения служат сочетание положительного ЭКГ-теста с физической нагрузкой с признаками или симптомами ишемии миокарда или значительными нарушениями ритма и проводимости; или при коронарной ангиографии признаки стенозирования более чем на 50 процентов любого крупного нелеченного сосуда или более 30 процентов для проксимальных сосудов нисходящих сосудов левого желудочка или сосудов главного ствола левой венечной артерии сердца (более двух артерий). При этом кандидаты для обучения на пилота признаются негодными.

Кандидат, который перенес операцию хирургического замещения коронарной артерии или ангиопластию (со стентом либо без него) либо другую операцию на сердце, или в истории болезни которого зарегистрирован инфаркт миокарда, или который имеет другое кардиологическое заболевание, которое приведет к утрате трудоспособности, считается негодным, кроме случаев, когда

кардиологическое состояние кандидата обследовалось и оценивалось расширенным медицинским обследованием и было признано, что оно не препятствует безопасному осуществлению кандидатом профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

Медицинское заключение с ограничением ОМЛ бессрочно может быть возобновлено или выдано не ранее 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда и (или) процедуры реваскуляризации при условии:

не имеет симптомов и не требуется прием антиангинальных лекарственных средств;

учтены все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний;

по данным ЭхоКГ левый желудочек функционирует нормально (ФБ более 50% по формуле Симпсона);

ЭКГ с нагрузкой стадия IV протокола Брюса достигается без признаков или симптомов ишемии миокарда, значительных нарушений ритма;

коронароангиография показывает стеноз менее 50 любого крупного сосуда или менее 30 процентов для проксимальных сосудов нисходящих сосудов левого желудочка или сосудов главного ствола левой венечной артерии сердца (не более двух артерий);

холтеровский мониторинг не выявляет значительных нарушений ритма;

оценка кардиолога.

В последующем на ежегодной основе проводится кардиологическое обследование: ЭхоКГ, ЭКГ с нагрузкой по протоколу Брюса, оценка факторов риска, консультация кардиолога и другие медицинские обследования по медицинским показаниям.

Кандидаты с нарушениями проводимости и ритма сердца, такими как симптоматическая синоатриальная патология; полная атриовентрикулярная блокада; симптоматическое удлинение интервала QT; имплантация системы автоматической дефибрилляции; имплантация пейсмекера при желудочковой тахикардии, признаются негодными к работе и учебе.

Решение о годности заявителей с ограничением ОМЛ со следующим нарушением проводящей системы или ритма, перечисленными ниже, принимается при удовлетворительных результатах после расширенного кардиологического обследования с нагрузочными пробами и консультацией кардиолога: суправентрикулярные нарушения ритма, включая преходящие или установившиеся нарушения синоатриального узла; мерцательная аритмия; полная блокада левой ножки пучка Гиса; атриовентрикулярная блокада тип Мобиц 2; тахикардии с широким и узким комплексами; предвозбуждение желудочков; асимптоматическое удлинение интервала QT; феномен Бругада на электрокардиограмме.

Кандидаты со следующим нарушением проводящей системы или ритма, признаются годными с ограничением ОМЛ после 40 лет по результатам расширенного кардиологического обследования с нагрузочными пробами и консультацией кардиолога при отсутствии какой-либо другой патологии:

неполная блокада левой ножки пучков Гиса; полная блокада правой ножки пучка Гиса; стабильное отклонение электрической оси влево; асимптоматическая синусовая брадикардия; асимптоматическая синусовая тахикардия; асимптоматические изолированные uniformные супра-вентрикулярные или вентрикулярные эктопические комплексы; атриовентрикулярная блокада 1 степени; атриовентрикулярная блокада типа Мобиц-1.

Кандидат с сердечной аритмией считается негодным, кроме случаев, когда сердечная аритмия обследовалась и оценивалась, и была признана, что она не препятствует безопасному осуществлению кандидатом профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

При значительных суправентрикулярных нарушениях ритма проводится электрофизиологическое исследование. Его результаты считаются неблагоприятными, когда провоцируются выраженные нарушения ритма. Для оценки выраженности нарушения ритма проводится суточный мониторинг ЭКГ.

Кандидаты с нарушениями проводимости и ритма сердца подлежат кардиологическому обследованию и лечению (хирургическому и (или) консервативному).

Повторное освидетельствование проводится не ранее, чем через два месяца по результатам лечения нарушений проводимости и ритма сердца.

Кандидатам, которым проведена абляция, признаются годными к работе (обучению) через два месяца по результатам электрофизиологического исследования, демонстрирующего удовлетворительные результаты, с ограничением ОМЛ на период не менее одного года.

Кандидаты, не предъявляющие жалоб, с нарушением ритма и проводимости сердца, не перечисленными выше, с лабильными изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ (-ST и -T), поддающиеся нормализации при приеме бета-адреноблокаторов, признаются годными к работе, но негодными к обучению на пилота.

Болезни сердца неатеросклеротического характера: острые и вялотекущие заболевания или последствия перенесенных заболеваний с выраженным нарушением ритма и проводимости, умеренные и значительно выраженные комбинированные пороки сердца, дилатационные, гипертрофические и рестриктивные кардиомиопатии с выраженным нарушением функции - являются противопоказанием к работе и обучению.

Медицинское освидетельствование с болезнями сердца неатеросклеротического характера, такими как: врожденные и приобретенные пороки сердца, пролапс митрального клапана более 5 миллиметров, миокардиодистрофии, миокардитические кардиосклерозы, кардиомиопатии - проводится с оценкой течения заболевания и прогноза после расширенного кардиологического обследования с нагрузочными пробами, по результатам которого принимается решение о допуске к работе. При этом кандидаты для обучения на пилота признаются негодными.

При умеренных и значительных регургитациях митрального и аортального клапанов допуск с ограничением ОМЛ проводится после эхокардиографии и нагрузочных проб при условии допустимых размеров левого желудочка с удовлетворительной сократительной функцией миокарда при митральном пороке и отсутствии патологии восходящей аорты при аортальном пороке. В последующем проводится ежегодное расширенное кардиологическое обследование.

Оценка годности к работе при следующих состояниях проводится после расширенного медицинского освидетельствования: врожденная патология сердца до или после хирургической коррекции; после перенесенного хирургического вмешательства на клапанах сердца; заболевания перикарда, миокарда или эндокарда; артериальный или венозный тромбоз; сердечно-сосудистая патология, при которой назначен систематический прием антикоагулянтовых препаратов.

Пороки развития, заболевания периферических артерий до и после хирургических вмешательств, аневризма брюшной аорты после хирургических вмешательств, облитерирующие заболевания артерий (эндартериит, атеросклероз), атеросклеротические окклюзии, аневризмы, варикозное расширение вен (с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения, при истончении кожи над узлами с угрозой их разрыва), тромбофлебит, последствия заболеваний и повреждений сосудов, а также операций на них, сопровождающиеся нарушением кровообращения, лимфообращения, трофическими расстройствами, болевым синдромом, а также прием антикоагулянтов с лечебной целью являются противопоказанием для работы (обучения).

Вопрос возобновления медицинского заключения решается при нормализации лабораторных показателей, компенсации кровообращения и лимфообращения, отсутствии болевого синдрома, без клинических проявлений заболевания после расширенного медицинского обследования по результатам лечения (хирургического, консервативного) не ранее 6 месяцев стабильного состояния при приеме антикоагулянтной терапии с профилактической целью. Стабильность системы антикоагуляции подтверждается 4 из 5 удовлетворительными результатами МНО, проведенными за 6 последовательных месяцев.

Допуск к работе после планового оперативного лечения неосложненного варикозного расширения вен нижних конечностей решается через 6 недель после операции по результатам расширенного обследования.

Глава 3. Система органов дыхания

Кандидат является негодным при наличии функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые препятствуют безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидат признается негодным при наличии острой легочной недостаточности или активного поражения структуры легких, средостения или плевры, которые вызывают появление симптомов утраты трудоспособности при работе в обычных или аварийных условиях.

Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований.

Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и (или) склонные к обострениям: бронхиальная астма, бронхэкстatische 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 противопоказанием для работы (обучению).

Употребление лекарственных средств для лечения астмы является основанием для признания заявителя негодным, за исключением тех лекарственных средств, применение которых совместимо с безопасным осуществлением кандидатом профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Кандидаты с ХОБЛ в стадии ремиссии с ограниченным пневмосклерозом и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений, при умеренных нарушениях функции дыхания применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой системы при каждом возобновлении или продлении медицинского заключения.

Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс, подлежат восстановлению на работу не ранее трех месяцев после выздоровления при условии, что обследование не выявило причины для его повторного возникновения, с ограничением ОМЛ/ОСЛ не менее одного года; повторный пневмоторакс восстановление исключает.

Кандидаты с активными формами туберкулеза органов дыхания или с выраженными остаточными изменениями признаются негодными к работе (обучению).

Кандидаты с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обызвествления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения и без нарушения или с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работе (к обучению допускаются кандидаты без нарушения функции внешнего дыхания).

При восстановлении на работу кандидаты после закрытия листка нетрудоспособности с диагнозом "туберкулез" представляют медицинское заключение о допуске на работу (обучение) централизованной врачебно-консультативной комиссией фтизиопульмонологической организации.

После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения, пороков развития, болезнях грудной клетки и диафрагмы, последствиях травм, при наличии инородных тел в грудной стенке или ткани легких, удаленных от крупных сосудов сердца без клинических проявлений,

при травматическом пневмотораксе кандидаты признаются негодными к работе (обучению) в течение 6 месяцев после операции, пока последствия оперативного вмешательства не будут препятствовать безопасному осуществлению прав свидетельства по результатам расширенного обследования дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

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

Глава 4. Пищеварительная система

Кандидаты с нарушениями обмена веществ, функций пищеварительного тракта или желез внутренней секреции, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками, считаются негодными.

Кандидаты также признаются негодными при наличии функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий прилагаемого свидетельства.

Функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной дисквалификации. Кандидаты с последствиями заболевания или хирургического вмешательства желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как негодные по состоянию здоровья.

При осложнении после болезни или хирургического вмешательства в какой-либо части пищеварительного тракта или его придатков, которое вызывает потерю работоспособности в полете, при непроходимости вследствие сужения или сдавливания, кандидаты считаются негодными.

Кандидат, который перенес серьезную хирургическую операцию на желчных протоках, органах пищеварительного тракта или его придатках, вызвавшую полное или частичное удаление, или функциональное нарушение одного из этих органов, является негодным на срок, пока эксперт, не вынесет заключение о том, что последствия операции не приведут к потере трудоспособности в полете.

Кандидаты 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 непригодные к работе и обучению.

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

Годность к работе при трансплантации печени рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного гастроэнтерологического обследования, с учетом предполагаемого фармакологического действия используемого препарата, с ограничением ТМЛ/ОМЛ/ОCL бессрочно.

При варикозном расширении вен пищевода, независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты признаются негодными без права восстановления.

При осложнениях язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации) проводится лечение с последующим эндоскопическим подтверждением заживления, отсутствием необходимости медикаментозной терапии и наблюдения в течение не менее 8 недель для исключения рецидива. Выдается медицинское заключение с ограничением ТМЛ сроком на 6 месяцев на протяжении 3 лет и ежеквартальным индивидуальным наблюдением с контролем уровня гемоглобина.

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 допускаются к работе без ограничения. Кандидаты 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. Допуск к работе рассматривается по достижению стадии стойкой полной ремиссии по результатам гастроэнтерологического обследования, допуск кандидатов к обучению проводится при полной ремиссии в течение последних пяти лет.

При установлении диагноза цирроза печени принимается решение о полной дисквалификации.

При холецистолитиазе с бессимптомным одиночным крупным камнем рекомендуется проведение мероприятия по его удалению в плановом порядке, выдается ограничение ОМЛ.

Кандидаты с хроническим воспалительным заболеванием кишечника признаются годными с ограничением ТМЛ на протяжении 3 лет, когда болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

При спаечной болезни с выраженным клиническими проявлениями, не устранимой причине заворота кишечника кандидаты признаются негодными. Долихосигма без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности.

Кандидаты, поступающие на работу (обучение) на пилота, при наличии у них послеоперационных рубцов на брюшной стенке представляют документы о характере перенесенной операции.

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 до операции. При пупочных грыжах показанием для оперативного лечения является болевой синдром.

Кандидаты с заболеваниями прямой кишки и парапректальной клетчатки (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения) признаются негодными к работе (обучению).

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

Глава 5. Метаболические нарушения и эндокринная система

Кандидаты не имеют метаболических или эндокринных расстройств функционального или органического характера, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

Кандидаты с инсулиновозависимым сахарным диабетом считаются негодными, за исключением случаев, когда контролируется с помощью диеты или диеты в сочетании с пероральным приемом противодиабетических препаратов, применение которых совместимо с безопасным осуществлением заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

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.

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. Кандидаты для обучения на пилота с болезнями эндокринной системы любой степени выраженности признаются негодными.

При выявлении гипогликемии, почечной глюкозурии кандидаты подлежат расширенному обследованию.

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

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 подбранной дозы препарата.

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.

Кандидаты с ИМТ >30,0 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.

Кандидаты с ИМТ >35,0 признаются негодными. При первоначальном освидетельствовании кандидаты с ИМТ >30,0 признаются негодными к обучению (работе).

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

Глава 6. Гематология

Кандидаты являются негодными при гематологических заболеваниях, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с заболеваниями крови и (или) лимфатической системы считаются негодными, за исключением случаев, когда в результате надлежащего обследования установлено, что их состояние не препятствует безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

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 селезенки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней, когда первоначальный уровень гемоглобина менее 115 граммов на литр) 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 противопоказанием к работе (обучению). Анемия, которая не поддается лечению, является причиной для дисквалификации.

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.

Ограничение TML снимается после 3-х лет наблюдения, когда болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным.

Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

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.

Первичный эритроцитоз с риском тромбоэмбологических осложнений и инсультов определяет негодность.

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

Глава 7. Мочеполовая система

Кандидаты являются негодными при наличии функциональных или структурных заболеваний мочеполовой системы, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с осложнениями самого заболевания или хирургического вмешательства, проведенного на органах мочеполовой системы, которые вызывают нетрудоспособность, в том числе обструкции, обусловленные сужением или сдавливанием, рассматриваются как негодные, кроме случаев, когда состояние заявителя обследовалось, оценивалось и было признано, что оно не препятствует безопасному осуществлению кандидатом профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

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 противопоказанием к работе (обучению).

Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается через три месяца после операции.

После трансплантации почки годность к работе рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного урологического обследования, с учетом предполагаемого фармакологического действия используемого препарата, с ограничением ТМЛ/ОМЛ/ОCL бессрочно.

Медицинское освидетельствование проводится по результатам расширенного урологического обследования, заключение о годности выносится в зависимости от течения процесса, уровня артериального давления и сохранности функции почек. Показания к гемодиализу дисквалифицирует.

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 головочной форме гипоспадии признаются годными к обучению. Годность к работе (обучению) после оперативного лечения водянки яичка и расширения вен семенного канатика, крипторхизма с низведением яичка определяется через два месяца после операции.

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).

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

После лечения (консервативного, оперативного) туберкулеза мочеполовых органов кандидаты представляют медицинское заключение о допуске на работу

(обучение) централизованной врачебно-консультативной комиссией фтизиопульмонологической организации.

Кандидаты с заболеваниями почек с выраженным нарушением функций и гипертоническим синдромом признаются негодными и подлежат лечению в течение шести месяцев, при этом кандидаты негодны для обучения на пилота.

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

Когда поражение почек носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

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

При установлении диагноза мочекаменной болезни выносится заключение о негодности к работе (обучению) с рекомендацией оперативного лечения. При неинвазивных методах лечения мочекаменной болезни (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе (обучению) без ограничений осуществляется не ранее, чем через один месяц после вмешательства, при хирургическом лечении мочекаменной болезни – через три месяца при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам расширенного урологического обследования.

Кандидаты, имеющие камни предстательной железы без клинических проявлений, годны к работе.

Глава 8. Инфекционные заболевания

Кандидаты являются негодными при наличии клинических диагнозов инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с серо позитивной реакцией на ВИЧ считаются негодными, за исключением случаев, освидетельствования и оценки состояния здоровья, не препятствующих безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

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 ВИЧ-инфекция дисквалифицирует.

При выявлении или подозрении у заявителя 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.

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 к работе (обучению).

Глава 9. Акушерство и гинекология

Кандидаты являются негодными при наличии функциональных или структурных акушерских травм, или гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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) и с нарушением функций; выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для признания негодности к работе.

Лечение острого периода болезней шейки матки (эррозия, эндоцервицит, эрозированный электропион) 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 лапаротомической операции (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная, параовариальная и фолликулярная кисты размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств и болевого синдрома, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

Обладатели медицинского заключения с расстройствами овариально-менструального цикла (за исключением дисменореи) подлежат обследованию и лечению без отстранения от работы.

После родов или прекращения беременности заявителем не осуществляются профессиональные обязанности, предоставляемые свидетельством, до переосвидетельствования и признания, о безопасном осуществлении профессиональных обязанностей, предоставляемые свидетельством и квалификационными отметками.

В состоянии беременности женщина признается негодной к работе с момента установления беременности по УЗИ-исследованию и заключению гинеколога.

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

Допуск к работе женщин, принимающих препараты для контрацепции и гормонозаместительную терапию, осуществляется при условии хорошей переносимости такого лечения и регулярном клинико-лабораторном контроле (каждые 6 месяцев) для предотвращения тромбоэмбологических осложнений, токсико-аллергического медикаментозного гепатита, холестаза.

Глава 10. Опорно-двигательный аппарат

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений костно-мышечного аппарата, как врожденных, так и приобретенных, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Физическое развитие кандидата и соответствие массы тела росту рассчитывается по ИМТ по Кетле согласно приложению 14 настоящего Руководства при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития обучающихся в авиационных учебных заведениях учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела отстает от роста), дефицит массы тела менее 25 процентов не расценивается как проявление недостаточного физического развития.

При инфантилизме вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

Кандидат имеет достаточный рост в положении сидя, соответствующую длину рук и ног, мышечную силу, умеет функционально пользоваться опорно-двигательным аппаратом для безопасного осуществления прав, предоставляемых его свидетельством; при спорных случаях – основанием годности является проверка с заключением инструктора тренажера о результатах проверки.

Отсутствие кисти, отсутствие, полное сведение или неподвижность двух пальцев на одной руке, первого или второго пальца на правой руке, а также первого пальца на левой руке (отсутствие ногтевой фаланги на первом пальце и двух фаланг на других приравнивается к отсутствию пальца) является основанием для признания негодности к работе (обучению).

Оценка годности при других дефектах пальцев рук, кисти определяются степенью сохранности функции кисти после проверки согласно Приложению 13 настоящего Руководства и 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.

Плоскостопие любой степени без явлений остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является препятствием для работы (обучения).

После операции на мыщцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций; при эндопротезировании – не ранее шести месяцев после операции. Допустимо

укорочение руки или ноги, допускающем работу только на конкретном типе воздушного судна с ограничением ОАЛ. Оценка годности определяется степенью сохранности функций конечностей. Заключение выносится после проверки на тренажере (с заключением инструктора тренажера о результатах проверки - оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления).

При отказе от операции по показаниям к оперативному лечению неосложненных привычных вывихов, ложных суставов кандидаты признаются негодными к обучению.

Применяемые при остеосинтезе конструкции (шурупы, кольца, пластиинки Лена и т. п.), при отсутствии признаков металлоза, не являются препятствием для работы (обучению).

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, нарушения функции и выраженности болевого синдрома. Прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функции в значительной степени, болевым синдромом, склонностью к изъявлению, мешающие ношению одежды, обуви состояния являются основанием для признания негодности к работе (обучению).

При остеомиелите при наличии секвестральных полостей, свищей в период обострения кандидаты подлежат лечению (консервативному и (или) хирургическому); 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 к работе выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением ОАЛ, кандидаты для обучения на пилота – негодны.

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 диагноза.

После перелома тел позвонков с подвывихом при туберкулезе позвоночника (независимо от фазы процесса и функционального состояния) кандидаты признаются негодными.

После компрессионного перелома позвоночника и операций на позвоночнике медицинское освидетельствование проводится через 3–6 месяцев при отсутствии нарушений функций и болевого синдрома.

При переломах поперечных, остистых отростков при отсутствии болевого синдрома обладатель медицинского заключения после выздоровления допускается к работе (обучению).

Все виды патологического кифоза определяют негодность к работе (обучению). К патологическому кифозу не относятся "круглая спина"

(разновидность осанки). Для дифференциальной диагностики назначается рентгенография позвоночника.

Юношеский сколиоз 1 степени при нормальном физическом развитии, врожденная сакрализация, люмбализация, расщепления дужек позвонков, не сопровождающиеся нарушением функции позвоночника, тазовых органов, болевым синдромом не являются препятствием для обучения на пилота и авиадиспетчера. Угол сколиоза определяется методом Кобба по рентгенограмме позвоночника, произведенной в положении стоя. При 1 степени угол сколиоза не превышает 10 градусов, при угле сколиоза 3 градуса диагноз не выносится.

При консолидированных переломах костей таза освидетельствование проводится не ранее, чем через шесть месяцев после травмы.

Кандидаты с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению. Кандидаты 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 к работе (обучению).

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

Глава 11. Психиатрия

Кандидаты не имеют заболевания или ограничения трудоспособности, которое приведет к внезапной потере способности, безопасно управлять воздушным судном или безопасно выполнять профессиональные обязанности.

Кандидаты не имеют медицинской истории (с изложением семейного анамнеза для исключения генетического компонента), описывающей наличие каких-либо психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врожденных, так и приобретенных, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с психическими расстройствами или расстройствами поведения, причиной чего является употребление спиртных напитков, либо использование запрещенных психотропных веществ, рассматриваются как непригодные вплоть до выздоровления и прекращения использования психотропных веществ, а также после положительного результата наркологического и психиатрического обследования, проводимого после успешного лечения.

Кандидаты с записью в истории об единичном или многократном и преднамеренном членовредительстве, попытке суицида рассматриваются как негодные.

Кандидаты с историей или клинически поставленным диагнозом шизофрении, депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как негодные без права восстановления.

Страдающий депрессией кандидат, проходящий лечение с помощью антидепрессантов, признается негодным, за исключением случаев, когда экспертом, имеющим доступ к подробным сведениям о данном лице, подтверждает, что такое состояние заявителя препятствует безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

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 признаются годными к работе через шесть месяцев после соответствующего психиатрического обследования перед проведением оценки на пригодность и 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 являются противопоказанием к работе и обучению.

Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для отрицательного медицинского заключения. 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 и психиатрическое обследование в специализированному учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

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

Глава 12. Психология

Кандидаты являются негодными при наличии психологических дефектов, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При подозрении или установленном подтверждении наличия у заявителя психологического нарушения, заявитель направляется на консультацию к психологу. Очевидным подтверждением является проверенная информация из

идентифицированного источника, который представляет сомнения относительно психической годности или личностных характеристик конкретного человека. Источником информации являются авиационные происшествия, проблемы в обучении или при проведении квалификационных тестов, проступки или поведение, относящееся к безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства. Психологическая оценка включает в себя сбор биографических данных, управление собственными возможностями, а также личностные тесты и психологическое интервью.

При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние и когнитивные критерии на профессиональную годность в авиации: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление или устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация.

Психологическое обследование является частью проводимого специального психиатрического или неврологического освидетельствования.

Глава 13. Неврология

Кандидаты являются негодными при наличии неврологического заболевания, которое мешает безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Основной задачей клинико-неврологического обследования является распознавание ранних признаков хронической (прогрессирующей) болезни (болезнь Паркинсона, амиотрофический склероз, рассеянный склероз), транзиторных нарушений (эпилепсия, транзиторная ишемическая атака, головокружение) и остальных патологических отклонений, как симптомов заболевания.

Кандидаты с клиническим диагнозом или записью в медицинской карте о наличии эпилепсии; рецидивирующих приступов неизвестных отклонений сознания рассматриваются как негодные к работе и обучению.

Кандидаты с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5 лет; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком лечения более 10 лет; эпилептиформного нарушения электроэнцефалографии (ЭЭГ) и фокальных медленных волн; прогрессирующей или непрогрессирующей болезни нервной системы; единичного неизвестного отклонения сознания; потери сознания после головной травмы; проникающей травмы головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга – проходят дальнейшую проверку перед проведением оценки на пригодность.

При выявлении пароксизмальной, эпилептоидной активности и значительно выраженных изменений на ЭЭГ кандидаты признаются негодными к работе (обучению). Лица 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 неврологическим обследованием и проведением суточного мониторинга ЭЭГ. Стабильность указанных изменений на ЭЭГ не дает оснований для отстранения от работы.

Лица с подозрением на эпилепсию подлежат полному неврологическому обследованию, суточному мониторингу ЭЭГ, диагностической визуализации (КТ или МРТ головного мозга), консультации эпилептолога. Эпилептоидная активность на ЭЭГ подтверждает диагноз эпилепсии, а ее отсутствие не исключает диагноза. Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность заявителя к работе (обучению).

При однократных эпилептиформных припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии экспертная оценка зависит от основного заболевания, проводится дифференциальная диагностика с объемным процессом головного мозга, сосудистыми нарушениями, экзогенными интоксикациями, глистными инвазиями и другими болезнями.

Клинические проявления в виде острых нарушений мозгового кровообращения и их последствий, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением, преходящей ишемии головного мозга исключают вероятность выполнения профессиональных обязанностей.

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, вертебральной и другой этиологии. Экспертиза всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, а также прогноза возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов. Легкая рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза церебрального атеросклероза.

Кандидаты с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли, сирингомиелия, рассеянный склероз 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 к работе (обучению).

Кандидаты 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 по результатам расширенного неврологического обследования.

Кандидаты с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженным органическими изменениями ЦНС, нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромом; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами, признаются негодными к работе (обучению).

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 ОМЛ 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 вероятность развития поздней посттравматической эпилепсии, кроме характера и степени тяжести травмы, учитываются и другие факторы риска. Оценка проводится с учетом анамнеза, динамики ЭЭГ, степени компенсации утраченных функций по результатам расширенного обследования, включая психологическое тестирование.

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 к работе (обучению).

Заболевания и повреждения периферической нервной системы – хронические с частыми обострениями, при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома являются противопоказанием к работе (обучению).

Кандидаты 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.

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

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.

Кандидаты, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы (обучения). Выдача медицинского заключения рассматривается, когда установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния, после лечения и наблюдения продолжительностью от трех месяцев до одного года.

В целях оценки годности к работе (обучению) обмороки делятся на 3 группы:
обмороки у здоровых лиц;

обмороки у лиц с функциональными расстройствами центральной нервной системы (рефлекторные обмороки);

обмороки у больных с органическими заболеваниями нервной системы и внутренних органов (симптоматические).

В основе обмороков у здоровых лиц лежит воздействие сверхсильных раздражающих факторов (экстракция или обработка зубов, амбулаторные операции, травмы, кровопотеря и так далее). Рефлекторные обмороки возникают у лиц с функциональными расстройствами ЦНС (вегетативная дисфункция, нейроциркуляторная дистония, неврозы, астеническое состояние).

При одно-двукратном полностью объясненном доброкачественном эпизоде заявитель подлежит трехмесячному периоду наблюдения. При множественных повторяющихся эпизодах заявитель признается негодным к работе (обучению).

Вопрос о годности решается после расширенного обследования и на основе результатов переносимости нагрузочных проб. Диагноз снимается после двух лет диспансерного наблюдения и повторного расширенного обследования.

При неудовлетворительных клинических данных (выраженная сосудисто-вегетативная неустойчивость, артериальная гипотония), плохой переносимости нагрузочных проб вопрос о годности решается отрицательно.

Глава 14. Офтальмология

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений функций зрения и заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции на глаза, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты также являются негодными при отсутствии поля зрения, соответствующего внутриглазного давления, бинокулярной функции, цветовосприятия.

Проверка остроты зрения проводится на расстоянии без коррекции и с коррекцией; указывается истинная острота зрения. Применяемые методы измерения остроты зрения приводят к отличающимся друг от друга оценкам, для

достижения единообразия предусматривается обеспечение равнозначности методов оценки.

Острота зрения для обучения на пилота без коррекции составляет 0,7 на каждый глаз в отдельности, при бинокулярном зрении 1,0 (без коррекции или с коррекцией). Для действующих заявителей не устанавливаются пределы в отношении остроты нескорректированного зрения при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты бинокулярного зрения 1,0 с помощью контактных линз и (или) очков с соответствующими корригирующими линзами, имеется нормальное поле зрения. При этом действующие кандидаты, у которых острота нескорректированного зрения на большое расстояние на каждый глаз ниже 0,1, требуется представлять результаты офтальмологического обследования до получения первого медицинского заключения и в последующем раз в пять лет.

Кандидат способен прочитать таблицу № 5 (либо эквивалентную) на расстоянии 30–50 см; таблицу № 14 (либо эквивалентную) на расстоянии 100 см, с проведением коррекции.

Кандидатам предоставляются общедоступные запасные корректирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для целей авиации; при использовании контактные линзы обеспечивают зрение на большое расстояние, являются монофокальными, не тонированными и удобными; кандидаты с неадекватной рефракцией используют контактные линзы или очковые линзы с высоким коэффициентом преломления; в соответствии с необходимыми для зрения условиями используется не более чем одна пара очков; кандидатам с пониженной остротой зрения при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корригирующих бифокальных очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, CCL в зависимости от вида требуемой коррекции. Наличие и качество очков (линз) контролируется при врачебных осмотрах. Снижение остроты бинокулярного зрения, аномальная конвергенция, не нарушающая зрение на близкое расстояние, и несоосность линз, при которой физионные характеристики исключают астенопию и диплопию, не являются причиной для дисквалификации.

При близорукости в степени 0,5Д, дальнозоркости в степени 1,0Д, астигматизме 0,5Д и остроте зрения 1,0 без коррекции в медицинских документах в строке "диагноз" указывается "здоров".

Рефракция – заявитель признается годным с гиперметропией, не превышающей +2,0Д; миопией, не превышающей - 3,0Д; астигматизмом, не превышающим 2,0Д; анизометропией, не превышающей 2,0Д при условии достижения оптимальной коррекции. При анизометропии от 2,0 до 3,0Д носят контактные линзы.

Нарушение аккомодации и пресбиопия в степени выше 3,5Д определяют негодность к работе и обучению.

Нарушения аккомодации и степень пресбиопии определяется силой сферической линзы, необходимой для выполнения профессиональной деятельности с учетом рабочего расстояния (60–80 см).

Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием типа, вида, формы и степени нарушения. Результаты медицинского исследования оцениваются на специальном бланке по соответствующим нормам, указанным в инструкции используемого прибора и (или) методики. Используются способы проверки, гарантирующие надежность проверки цветоощущения. Кандидаты должны без затруднений и промедлений успешно пройти все обследования, включая тестирование с использованием пластинок Исхара и/или таблицы Рабкина, цветовых пластинок и аномалоскопа. Цветоощущение должно быть достаточным для безопасного выполнения функций для свидетельства коммерческого и линейного пилота. В случае сомнений могут быть использованы дополнительные тесты и/или тренажеры.

Хронические заболевания век, недостаточность и выворот век, язвенные блефариты, хронические конъюнктивиты, не поддающиеся лечению, нарушающие функцию зрения и не подлежащие оперативному лечению, определяют негодность к работе (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 работы (обучения).

Заболевания глазного яблока воспалительно-дегенеративного характера, заболевания сосудов глаза с нарушениями функции, заболевания слезных органов и слез отводящих путей с нарушением функций и слезотечением, определяют негодность к работе (обучению).

Кандидаты с начальной возрастной катарактой без прогрессирования, ограниченным помутнением хрусталика, стекловидного тела травматического характера, макулодистрофией, начальной не прогрессирующей атрофией зрительного нерва признаются годными при достаточной сохранности функции зрения.

Кандидаты, подвергшиеся хирургической операции, повлекшей за собой изменения характеристик рефракции глаза, признаются годными при условии отсутствия последствий, которые влияют на безопасное осуществление профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

Допуск к работе обладателя медицинского заключения, перенесших операцию по замене хрусталика по поводу катаракты (включая операции на оба глаза) с последующей имплантацией моно фокальных интраокулярных линз, проводится через три месяца после операции, учитывая сохранность зрительных функций.

После лазерных оперативных вмешательств на органах зрения вопрос о допуске к работе решается через три месяца после операции (после лазерной

коагуляции сетчатки – через четыре недели), с учетом степени сохранности зрительных функций.

Врожденные отложения единичного мелкого пигмента на капсule хрусталика, остатки артерии стекловидного тела, миелиновые волокна сетчатки не являются препятствием для обучения.

Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты, офтальмологические изменения диска зрительного нерва являются противопоказанием к обучению.

Темновая адаптация исследуется при каждом медицинском освидетельствовании заявителя. Результаты медицинского исследования оцениваются по соответствующим нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

При выявлении повышенного внутриглазного давления заявитель подлежит консультации глаукоматолога или офтальмолога для уточнения диагноза (доброта-качественная офтальмогипертензия, открытоугольная или закрытоугольная, первичная или вторичная глаукома и др.) и назначения соответствующего лечения (консервативного или оперативного).

Допуск к работе с открыто угольной глаукомой в начальных стадиях проводится через шесть недель с момента нормализации внутриглазного давления при постоянной локальной гипотензивной терапии. Кандидаты с глаукомой подлежат регулярному расширенному офтальмологическому обследованию с измерением внутриглазного давления и остроты зрения, исследованием поля зрения, оценки дисков зрительного нерва и оценкой побочных эффектов принимаемых препаратов.

Кандидаты с закрыто угольной глаукомой признаются негодными к работе.

Кандидаты к обучению на пилота с любой формой глаукомы признаются негодными.

Исследование нарушений двигательного аппарата глаза проводится при каждом медицинском освидетельствовании на наличие истинного и скрытого косоглазия (гетерофории) на синоптофоре. Определяется вид и степень гетерофории. При наличии гетерофории исследуются фузионные резервы. В норме отрицательные фузионные резервы составляют 5–8 градусов, положительные - 15–20 градусов.

Нарушение двигательного аппарата глаза с параличом мышц век; паралитическим и содружественным косоглазием; гетерофории со сниженными фузионными резервами является противопоказанием для работы (обучению).

Солнцезащитные очки, используемые при осуществлении профессиональных обязанностей, предоставляемых свидетельством или квалификационной отметкой, не создают эффект поляризации и имеют нейтральную тонировку серого цвета.

Глава 15. Оториноларингология

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани,

либо каких-либо заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

У кандидатов не наблюдается:

расстройства вестибулярной функции;
значительной дисфункции евстахиевых труб;
неизлеченного прободения барабанных перепонок.

Острота слуха оценивается на восприятие шепотной речи в басовой и дискантовой группе слов с расстояния не менее шести метров и по результатам аудиометрии.

Аудиометрия фиксирует восприятие шума по интенсивности в диапазоне от -20 до +100 дБ и частоте от 125 до 8000 Гц. При проведении тональной аудиометрии у заявителя сохранен слух более 35 дБ на частотах 500, 1000 или 2000 Гц, или более 50 дБ на частоте 3000 Гц, каждым ухом по отдельности.

При определении слуховой функции за основу принимаются худшие показания остроты слуха, независимо от того, относятся они к басовой или дискантовой группе слов.

Обладатели медицинского заключения, с потерей слуха, превышающей указанные выше нормы, признаются годным при условии, что они имеют нормальную остроту слуха при шумовом фоне, воспроизводящем или имитирующем обычный шум в кабине воздушного судна, соответствующего квалификационным отметкам типа, который накладывается на речь и сигналы радиомаяков с ограничением OAL. В качестве альтернативы проводится практическая проверка слуха в условиях полета в кабине воздушного судна того типа, в отношении которого действуют свидетельство и квалификационные отметки с ограничением OAL.

Одиночное сухое прободение барабанной перепонки не является основанием для признания заявителя негодным.

Когда обнаружена неспособность слышать разговорную речь средней громкости на оба уха в тихой комнате на расстоянии двух метров, стоя спиной к медицинскому работнику, производящему обследование, заявитель признается негодным к работе (обучению).

Вопрос о годности к работе решается с учетом восстановления функций после радикальной слуховосстанавливающей операции (тимпанопластика, стапедопластика) при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости и сохранности слуховой функции при удовлетворительной способности ношения специального оборудования. При этом кандидаты для обучения на пилота негодны.

Стойкие приобретенные и (или) врожденные изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и оперативных вмешательств, нарушающие функцию ЛОР-органов и затрудняющие использование специального оборудования, искривление носовой перегородки с полным отсутствием или резким

затруднением носового дыхания, дистрофия слизистых верхних дыхательных путей, изменения, вызывающие нарушение дыхательной и речевой функции (гипертрофия носовых раковин, аденоидные вегетации, доброкачественные и злокачественные новообразования после лечения), гнойные синуситы с полипозом или атрофией слизистой, аллергические синуситы, экзостозы наружного слухового прохода, остеомы околоушной области и хронический гнойный мезо - и эпитимпанит, множественное отсутствие зубов определяют негодность к работе (обучению).

При поллинозе, риноконъюнктивальном синдроме вопрос годности к работе (обучению) решается после заключения allergologa.

Пристеночное утолщение слизистой гайморовых пазух не является препятствием к обучению. Остеомы лобных пазух при хорошей переносимости полетов не являются противопоказанием к работе.

Кандидаты, перенесшие ринопластику с полным восстановлением функции носового дыхания, после оперативного лечения кист гайморовых пазух размером более двух сантиметров, кист и остеом лобных пазух признаются годными к обучению, но не ранее, чем через две недели после операции.

При отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в плановом порядке.

Кандидаты, страдающие заиканием, косноязычием или другими дефектами речи, препятствующими ведению речевой связи, считаются негодными к работе (обучению). Нарушение произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью не является препятствием к работе (обучению). Заключение выносится после консультации специалиста и положительных результатах занятий с логопедом.

Хронические болезни среднего уха - хронический гнойный эпитимпанит, хронический гнойный мезотимпанит, сопровождающийся полипами, грануляциями, кариеем 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 одностороннем хроническом доброкачественно протекающем эпитимпаните или мезотимпаните без грануляций, полипов, кариеса кости, признаков раздражения лабиринта, решение о годности к работе (обучению) выносится при положительных результатах лечения с учетом остроты слуха. Небольшие рубцы без истончения на месте перфорации, сухая перфорация, известковые отложения на барабанной перепонке (при хорошей ее подвижности, нормальном слухе, подтвержденном аудиограммой), не дают основания для установки диагноза.

Повышенная чувствительность к статокинетическим раздражителям является противопоказанием к работе (обучению). О состоянии статокинетической чувствительности у заявителя судят по вестибулярному анамнезу, результатам вестибулометрии (исследование на врачающемся 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.

Глава 16. Дерматология

Кандидаты являются негодными при наличии дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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), ваккулиты кожи, коллагенозы с клинически выраженным, распространенным формами, лепра, пузырчатка – служат основанием для заключения о негодности заявителя к работе (обучению).

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

Лица с грибковыми поражениями кожи, пиодермией, паразитарными заболеваниями (лейшманиоз, чесотка) подлежат лечению. При положительных результатах лечения выносится заключение к работе (обучению).

Глава 17. Онкология

Кандидаты являются негодными при наличии первичных или вторичных злокачественных заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

После лечения злокачественного заболевания кандидаты проходят положительное онкологическое обследование перед осуществлением проверки на пригодность.

Кандидаты с клиническим диагнозом внутрицеребральной злокачественной опухоли рассматриваются как непригодные без права возобновления медицинского заключения.

При злокачественных новообразованиях 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 по классификации стадия опухоли (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 по рекомендациям онколога с учетом стадии злокачественного процесса: при 1-ой стадии - допуск к полетам через 6 месяцев после окончания лечения с ограничением OML первые 2 года, в последующем – без ограничений; при 2-ой стадии – допуск к полетам через 2 года после окончания лечения с ограничением OML бессрочно; при 3-ей стадии – негодны.

МРТ головного мозга для исключения метастазов проводится при первоначальном допуске после онкологического лечения, через каждые 5 лет и по медицинским показаниям.

При патоморфологическом заключении "рак *insitu*" независимо от локализации опухоли, кожи и губы 1 стадии решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

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

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, когда по заключению уролога не показано оперативное лечение, кандидаты признаются годными. При аденоме, когда она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, освидетельствование проводится через три месяца, после проведенного оперативного вмешательства при условии, что функция мочевыделительной системы полностью восстановлена.

Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения класса 2

Глава 1. Общие положения

Кандидаты на получение медицинского заключения являются негодными при наличии врожденных или приобретенных аномалий; активного, скрытого, острого или хронического заболевания или недееспособности; ран, повреждений или последствий операции; эффект или побочный эффект от применения назначенного или не назначенного медикаментозного препарата с терапевтической, диагностической или профилактической целью, которые вызывают такую степень функциональной нетрудоспособности, что приведет к нарушению безопасно осуществлять права своего свидетельства. При оценке необходимости введения ограничений согласно Приложению 18 настоящего Руководства учитываются следующие факторы:

1. Медицинские показания: Определяется, повлияет ли конкретное медицинское состояние на способность заявителя безопасно выполнять свои обязанности, даже если он не соответствует определенным критериям (числовым или иным).

2. Навыки, способности и опыт заявителя, соответствующие виду выполняемых операций.

Глава 2. Сердечно-сосудистая система

Кандидат является негодным при наличии врожденных или приобретенных нарушений сердечной деятельности, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Кровеносная система не может иметь функциональных или структурных отклонений от нормы.

Кандидаты, имеющие какое-либо из нижеперечисленных состояний, признаются негодными: аневризмы грудного или супракраниального брюшного отделов аорты при диаметре 5 и более см до или после хирургического вмешательства; пересадка сердца или сердца/легкие.

Медицинское освидетельствование при артериальной гипертензии рассматривается по уровню артериального давления и по степени выраженности рисков при артериальной гипертензии.

При артериальной гипертензии с артериальным давлением выше 160/95 миллиметров ртутного столба, имеющей стойкий характер, сопровождающихся высокими степенями риска с поражением органов-мишеней, заявитель признается негодным к работе и обучению.

При применении медицинских препаратов для снижения высокого кровяного давления заявитель считается негодным, исключение составляют лекарства,

применение которых совместимо с безопасным осуществлением заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Кандидаты, у которых артериальное давление зарегистрировано 160/95 миллиметров ртутного столба и выше (по результатам суточного мониторинга артериального давления) и корректируется с помощью немедикаментозной или разрешенной для применения без отрыва от работы медикаментозной терапии, признаются годными к работе после успешного подбора медикаментозной терапии.

Подбор медикаментозной терапии проводится не менее 2 недель с отстранением от работы. При допуске к работе учитываются стойкость эффекта от проводимых мероприятий по результатам суточного мониторинга артериального давления, факторы риска, побочные эффекты назначаемых препаратов, переносимость нагрузочных проб.

Кандидат с сердечной аритмией считается негодным, кроме случаев, когда сердечная аритмия обследовалась, оценивалась и была признана, что не препятствует безопасному осуществлению заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

При значительных суправентрикулярных нарушениях ритма проводится электрофизиологическое исследование. Его результаты считаются неблагоприятными, когда провоцируются выраженные нарушения ритма. Для оценки выраженности нарушения ритма проводится суточное мониторинга ЭКГ.

Кандидаты с нарушениями проводимости и ритма сердца подлежат кардиологическому обследованию и лечению (хирургическому и (или) консервативному). Повторное освидетельствование проводится не ранее, чем через два месяца по результатам лечения нарушений проводимости и ритма сердца.

Кандидаты с нарушениями проводимости и ритма сердца, такими как симптоматическая синоатриальная патология; полная атриовентрикулярная блокада; симптоматическое удлинение интервала QT; имплантация системы автоматической дефибрилляции; имплантация пейсмекера при желудочковой тахикардии, признаются негодными к работе и учебе.

Решение о годности заявителя с ограничением ТМЛ/ОСЛ/ОПЛ со следующим нарушением проводящей системы или ритма, перечисленные ниже, при отсутствии какой-либо другой патологии принимается после кардиологического обследования с нагрузочными пробами при успешном лечении: суправентрикулярные нарушения ритма, включая преходящие или установившиеся нарушения синоатриального узла; мерцательная аритмия; тахикардии с широким и узким комплексами; асимптоматическая синусовая брадикардия; асимптоматическая синусовая тахикардия; асимптоматические изолированные uniformные суправентрикулярные или вентрикулярные эктопические комплексы; феномен Бругада на электрокардиограмме; атриовентрикулярная блокада тип Мобиц-1, Мобиц-2; полная блокада правой

ножки пучка Гиса, полная блокада левой ножки пучка Гиса; стабильное отклонение электрической оси влево; асимптоматическое удлинение интервала QT.

Кандидатам, которым проведена абляция, признаются годными к работе (обучению) через два месяца по результатам электрофизиологического исследования, демонстрирующего удовлетворительные результаты, для заявителей, относящихся к подпункту 10) пункта 9 к настоящим Правилам, при этом применяется ограничение OSL/OPL на период не менее одного года.

Кандидаты, не предъявляющие жалоб, с нарушением ритма и проводимости сердца, не перечисленными выше, с лабильными изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ (-ST и -T), поддающиеся нормализации при приеме бета-адреноблокаторов, признаются годными к работе.

Подозрение на ишемию миокарда требует кардиологического обследования. Стенокардия, контролируемая приемом антиангинальных препаратов, является препятствием для получения и (или) продления медицинского заключения.

Кандидаты, перенесшие хирургическое замещение коронарной артерии или ангиопластику (со стентом или без него) либо другую операцию на сердце, или в анамнезе которого зарегистрирован инфаркт миокарда, или который имеет другое кардиологическое заболевание, которое приведет к утрате работоспособности, считается негодным, кроме случаев, когда состояние заявителя обследовалось и оценивалось при кардиологическом обследовании и было признано, что оно не препятствует безопасному осуществлению заявителем прав, предоставляемых его свидетельством при условии, что прошло 6 месяцев после операции, учтены все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, не имеется симптомов и не требуется прием антиангинальных средств, при положительных результатах расширенного кардиологического обследования (эхоКГ, ЭКГ с нагрузкой стадии 4 протокола Брюса, коронароангиография с оценкой кардиолога; коронароангиография показывает стеноз менее 50 любого крупного сосуда или менее 30 процентов для проксимальных сосудов нисходящих сосудов левого желудочка или сосудов главного ствола левой венечной артерии сердца (не более двух артерий).

В последующем при каждом продлении медицинского заключения проводится кардиологическое обследование: эхоКГ, ЭКГ с нагрузкой по протоколу Брюса, оценка факторов риска, консультация кардиолога; при этом коронароангиография проводится не реже 1 раза в 5 лет; другие медицинские обследования проводятся по медицинским показаниям. Ограничение ТМЛ заявителям 2-го класса снимается через 3 года при удовлетворительных результатах наблюдения и расширенного кардиологического обследования.

При умеренных и значительных регургитациях митрального и аортального клапанов допуск с ограничением ТМЛ/OSL/OPL на период не менее одного года проводится после эхокардиографии и нагрузочных проб при условии допустимых размеров левого желудочка с удовлетворительной сократительной функцией миокарда при митральном пороке и отсутствии патологии восходящей

аорты при аортальном пороке. В последующем проводится ежегодное кардиологическое обследование.

После замены митрального клапана медицинское освидетельствование проводится без ограничения, при условии, что прошло 6 месяцев после операции при положительных результатах расширенного кардиологического обследования с последующим кардиологическим обследованием при каждом продлении медицинского заключения.

Пороки развития, заболевания, облитерирующие заболевания артерий (эндартериит, атеросклероз), атеросклеротические окклюзии, аневризмы, варикозное расширение вен (с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения, при истончении кожи над узлами с угрозой их разрыва), тромбофлебит, последствия заболеваний и повреждений сосудов, а также операций на них, сопровождающиеся нарушением кровообращения, лимфообращения, трофическими расстройствами, болевым синдромом, а также прием антикоагулянтов с лечебной целью являются противопоказанием для работы. Вопрос о годности решается при нормализации лабораторных показателей, компенсации кровообращения и лимфообращения, отсутствии болевого синдрома, без клинических проявлений заболевания после расширенного медицинского обследования по результатам лечения (хирургического, консервативного) не ранее 6 месяцев стабильного состояния при приеме антикоагулянтной терапии с профилактической целью.

Допуск к работе после планового оперативного лечения неосложненного варикозного расширения вен нижних конечностей решается через 6 недель после операции по результатам расширенного обследования.

Глава 3. Система органов дыхания

Кандидат является негодным при наличии функциональных или структурных органических заболеваний дыхательной системы, которые препятствуют безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидат также является негодным при наличии острой легочной недостаточности или активного поражения структуры легких, средостения или плевры, которые вызывают появление симптомов утраты трудоспособности при работе в обычных или аварийных условиях.

Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований.

Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и (или) склонные к обострениям: бронхиальная астма, активный саркоидоз, эмфизема легких с нарушением функции внешнего дыхания, синдром обструктивного апноэ сна, крупное оперативное вмешательство на органах грудной клетки, пульмонэктомия, активные формы туберкулеза органов дыхания являются противопоказанием для работы.

Кандидаты с бронхиальной астмой при клиническом течении без осложнений и когда не требуется медикаментозная терапия, или когда лечение

приемлемыми препаратами надежно предотвращает приступы, признаются годными с ограничением ТМЛ/ОСЛ/ОПЛ.

Употребление лекарственных средств для лечения астмы является основанием для признания заявителя негодным, за исключением лекарственных средств, применение которых совместимо с безопасным осуществлением заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Разрешенные ингаляционные препараты для предотвращения приступов бронхиальной астмы, совместимые с полетами: сальбутамол, беклометазон, кромоглицин, окситропиум бромид. Системное применение лекарственных средств для лечения бронхиальной астмы является основанием для признания негодности к работе.

Кандидаты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) допускаются к работе при условии, что диагностирована легкая степень: значение ОФВ₁ после использования бронходилататоров > 80% от расчетной у пациентов с ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0.70. При умеренных нарушениях функции дыхания применяется ограничение ТМЛ/ОСЛ/ОПЛ.

Лица, перенесшие однократный спонтанный пневмоторакс, подлежат восстановлению на работу не ранее 6 недель после выздоровления при условии, что обследование не выявило причины для его повторного возникновения.

При проникающем ранении грудной клетки, при наличии инородных тел в грудной стенке или ткани легких, удаленных от крупных сосудов сердца, не дающих клинических проявлений и хорошей функции внешнего дыхания, при травматическом пневмотораксе заключение принимается после окончания лечения и благоприятных результатах расширенного обследования.

Кандидаты с неактивными или излечеными легочными заболеваниями, которые диагностировались или предположительно диагностировались как туберкулез, считаются годными.

Кандидаты с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза представляют медицинское заключение о допуске на работу (обучение) централизованной врачебно-консультативной комиссией фтизиопульмонологической организации.

После операции по поводу заболеваний грудной полости и средостения, пороков развития, болезнях грудной клетки и диафрагмы, последствиях травм и операций, кандидаты признаются годными к работе после удовлетворительного восстановления и полной оценки функции органов дыхания.

Глава 4. Пищеварительная система

Кандидат является негодным при наличии функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые препятствуют безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с нарушением функций желудочно-кишечного тракта или его придатков считаются негодными.

Кандидат, который перенес серьезную хирургическую операцию на желчных протоках, органах пищеварительного тракта или его придатках, вызвавшую полное или частичное удаление, или функциональное нарушение одного из этих органов, считается негодным на срок, пока эксперт, не вынесет заключение о том, что последствия операции не приведут к потере работоспособности в полете. Кандидаты с нарушениями обмена веществ, функций пищеварительного тракта или желез внутренней секреции, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками, считаются негодными.

Какие-либо функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной дисквалификации. Кандидаты с какими-либо последствиями заболевания или хирургического вмешательства желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности в полете, в частности, с обструкцией, вследствие стриктуры, сужения или компрессии, оцениваются как негодные по состоянию здоровья.

Кандидаты со следующей патологией желудочно-кишечного тракта: рецидивирующие диспепсические расстройства, требующие медикаментозного лечения; осложнения язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации); гепатиты в активной стадии, хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (любой этиологии), цирроз печени; симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями; острые или хронические панкреатиты и холециститы; ост्रое или хроническое воспалительное заболевание кишечника; заболевания прямой кишки и пара ректальной клетчатки (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения); 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 до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности.

Допуск к работе рассматривается после успешно проведенного лечения по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования. Выдается медицинское заключение с ограничением ТМЛ сроком на 1 год в течение 3 лет.

Годность к работе при трансплантации печени рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного гастроэнтерологического обследования, с учетом фармакологического действия используемого препарата, с ограничением ТМЛ/ОМЛ/ОCL бессрочно.

При холецистолитиазе с бессимптомным одиночным крупным камнем рекомендуется проведение мероприятия по его удалению в плановом порядке, выдается ограничение ТМЛ/ОСЛ/ОПЛ.

Кандидаты с хроническим воспалительным заболеванием кишечника признаются годными с ограничением ТМЛ на 1 год в течение 5 лет, когда болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

Кандидаты являются негодными при наличии признаков грыжи, которые приведут к потере работоспособности.

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 рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке с ограничением ТМЛ/ОСЛ/ОПЛ до операции. При пупочных грыжах показанием для оперативного лечения является болевой синдром.

При варикозном расширении вен пищевода, независимо от этиологии и клинических проявлений заболевания, кандидаты признаются негодными без права восстановления.

Глава 5. Метаболические нарушения и эндокринная система

Кандидат не имеет метаболических или эндокринных расстройств, функционального или органического характера, которые препятствуют безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

Кандидаты с инсулинов зависимым сахарным диабетом считаются негодными, за исключением случаев, когда заболевание контролируется с помощью диеты или диеты в сочетании с пероральным приемом противодиабетических препаратов, применение которых совместимо с безопасным осуществлением заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Допуск к работе осуществляется при полной компенсации углеводного обмена: без ограничений - при применении ингибиторов альфа-глюкозидазы (глюкобай) или группы бигуанидов (метформин) как дополнение к диете; с ограничением ОСЛ – при приеме производных сульфанилмочевины (манинил, диабетон, глюренорм). При этом безопасный пилот (ОСЛ) проинструктирован до полета о потенциальных рисках, связанных с физическим состоянием пилота с сахарным диабетом.

Решение о допуске к работе заявителя при нарушениях функции щитовидной железы принимается после лечения по достижении стойкого эутиреоидного состояния с регулярным контролем гормонов щитовидной железы.

Лицам с избыточной массой тела проводится обследование для установления характера ожирения согласно оценке веса тела по величине индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. При экзогенно-конституциональном ожирении кандидаты 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 симптоматическом (вторичном) ожирении эндокринного, церебрального генеза освидетельствование проводится по основному заболеванию.

Глава 6. Гематология

Кандидаты с заболеваниями крови и (или) лимфатической системы считаются негодными, за исключением случаев, когда в результате обследования установлено, что их состояние не препятствует безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

Оценка годности заявителей с гематологическими расстройствами, такими как нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства; лейкемии; полицитемии, гемоглобинопатии; значительное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезенки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

При этом годность к работе с ограничением ТМЛ/ОПЛ/ОСЛ рассматривается при установлении доброкачественности заболевания, стабилизации состояния, отсутствии сопутствующей патологии, эпизодов массивного кровотечения или значительного тромб образования.

При лимфоме Ходжкина после завершения лечения; после проведенного лечения другой злокачественной патологии лимфоидной системы с восстановлением от острого инфекционного процесса и демонстрации 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 ТМЛ/ОПЛ/ОСЛ.

Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней, когда первоначальный уровень гемоглобина менее 115 граммов на литр) 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 противопоказанием к работе.

Применение антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота в малых дозах) не является противопоказанием для работы, тогда как приеме

антикоагулянтных препаратов (гепарин, кумарин, варфарин) выносится решение о негодности к работе.

Глава 7. Мочеполовая система

Кандидат является негодными при наличии функциональных или структурных заболеваний мочеполовой системы, которые препятствуют безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При осложнении после болезни или хирургического вмешательства в области почек или мочеполового тракта, в частности при непроходимости вследствие сужения или сдавливания, кандидаты считаются негодными, за исключением случаев, когда состояние заявителя обследовалось, оценивалось и было признано, что не препятствует безопасному осуществлению кандидатом профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается через три месяца после операции.

Медицинское освидетельствование проводится по результатам расширенного урологического обследования, заключение о годности выносится в зависимости от течения процесса, уровня артериального давления и сохранности функции почек. Показания к гемодиализу дисквалифицирует.

Кандидаты с заболеваниями почек с выраженным нарушением функций и гипертоническим синдромом признаются негодными и подлежат лечению в течение шести месяцев. Годность к работе оценивается в фазе стойкой ремиссии при отсутствии нарушения функций и нормализации показателей лабораторных и инструментальных исследований.

Кандидаты, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по результатам урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

Когда поражение почек носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

После тотальной цистэктомии, трансплантации почки годность к работе рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного урологического обследования, с учетом фармакологического действия используемого препарата, с ограничением TML/OML/OCL бессрочно.

После однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики обладатели медицинского заключения после лечения признаются годными к работе при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек с ограничением TML/OSL/OPL в течение пяти лет.

При установлении диагноза мочекаменной болезни выносится заключение о негодности к работе. При не инвазивных методах лечения мочекаменной болезни (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе

без ограничений осуществляется через один месяц после вмешательства, при хирургическом лечении мочекаменной болезни – через три месяца при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам расширенного урологического обследования.

Кандидаты, имеющие камни предстательной железы без клинических проявлений, годны к работе.

Глава 8. Инфекционные заболевания

Кандидат является негодным при наличии клинических диагнозов каких-либо инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с серо позитивной реакцией на ВИЧ считаются негодными, за исключением случаев, когда состояние заявителя было освидетельствовано и оценивается как не препятствующее безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

Признание годности с ограничением TML/OSL/OPL 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 ВИЧ-инфекция дисквалифицирует.

При выявлении или подозрении у заявителя венерического заболевания подтверждение диагноза и лечение проводится в специализированном учреждении. Вопрос о годности к работе рассматривается после лечения заболеваний в острой стадии в кожно-венерологическом диспансере с учетом заключения дерматовенеролога. При осложнениях (эпидидимит, простатит, артриты, воспаление придатков матки) заключение о годности выносится по соответствующему заболеванию.

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 к работе. После лечения острых инфекций и инвазий, при бессимптомном течении болезни с незначительным нарушением функции органов обладатель медицинского заключения допускается к работе.

Глава 9. Акушерство и гинекология

Кандидат является негодным при наличии функциональных или структурных акушерских травм, или гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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) и с нарушением функций; выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для признания негодности к работе.

Лечение острого периода болезней шейки матки (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион) 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 лапаротомической операции (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная, параовариальная и фолликулярная кисты размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств и болевого синдрома, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

Обладатели медицинского заключения с расстройствами овариально-менструального цикла (за исключением дисменореи) подлежат обследованию и лечению без отстранения от работы.

Беременные кандидаты считаются негодными, кроме случаев, когда в результате акушерского обследования и постоянного медицинского наблюдения установлена неосложненная беременность малой степени риска.

В состоянии беременности женщина признается негодной к работе с момента установления беременности по УЗИ- исследованию и осмотру гинеколога.

После родов или прекращения беременности заявителем не осуществляются профессиональные обязанности, предоставляемые ее свидетельством, пока она не пройдет переосвидетельствование и до признания, что безопасно осуществляет профессиональные обязанности, предоставляемые ее свидетельством и квалификационными отметками.

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

Допуск к работе женщин, принимающих препараты для контрацепции и гормонозаместительную терапию, осуществляется при условии хорошей переносимости такого лечения и регулярном клинико-лабораторном контроле (каждые 6 месяцев) для предотвращения тромбоэмбологических осложнений, токсико-аллергического медикаментозного гепатита, холестаза.

Глава 10. Опорно-двигательный аппарат

Кандидат является негодным при наличии аномалий костей, суставов, мышц, сухожилий или связанных с ними структур, которые препятствуют

безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Физическое развитие заявителя и соответствие массы тела росту рассчитывается по ИМТ по Кетле согласно приложению 14 настоящего Руководства при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела отстает от роста), при этом дефицит массы тела менее 25 процентов не расценивается как проявление недостаточного физического развития.

Кандидат является негодным при отсутствии достаточного роста в положении сидя, соответствующей длины рук и ног, мышечной силы, умения функционального пользования опорно-двигательным аппаратом для безопасного осуществления прав, предоставляемых его свидетельством; при спорных случаях – основанием годности является проверка с заключением инструктора тренажера о результатах проверки.

Отсутствие кисти, отсутствие, полное сведение или неподвижность первого или второго пальца на правой руке, а также первого пальца на левой руке (отсутствие ногтевой фаланги на первом пальце и двух фаланг на других приравнивается к отсутствию пальца) является основанием для признания негодности к работе.

Оценка при дефектах пальцев рук, кисти, значительном укорочении руки или ноги определяется степенью сохранности функций после проверки согласно Приложению 13 настоящего Руководства и на тренажере (с заключением инструктора тренажера о результатах проверки -оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления). Допускается применить ограничение OAL.

Плоскостопие любой степени без явлений остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является препятствием для работы.

После операции на мыщцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе определяется после восстановления функций; при эндопротезировании – не ранее шести месяцев после операции. Допустимо укорочение руки или ноги, допускающем работу только на конкретном типе воздушного судна с ограничением OAL. Оценка годности определяется степенью сохранности функций конечностей. Заключение выносится после проверки на тренажере (с заключением инструктора тренажера о результатах проверки - оценивается способность легко доставать и эффективно работать со всеми органами управления).

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, нарушения функции и выраженности болевого синдрома. Прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функции в значительной степени, болевым синдромом, склонностью к изъявлению, мешающие ношению одежды, обуви состояния являются основанием для признания негодности к работе.

При остеомиелите при наличии секвестральных полостей, свищей в период обострения кандидаты подлежат лечению (консервативному и (или) хирургическому); 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 к работе выносится с оценкой функции и объема движений в суставах без ограничения или с ограничением ОАЛ.

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 диагноза.

После компрессионного перелома позвоночника и операций на позвоночнике медицинское освидетельствование проводится через 3–6 месяцев при отсутствии нарушений функций и болевого синдрома. При переломах поперечных, остистых отростков при отсутствии болевого синдрома обладатель медицинского заключения после выздоровления допускается к работе. При консолидированных переломах костей таза освидетельствование проводится не ранее, чем через шесть месяцев после травмы.

При болезнях суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в ремиссии, без выраженных нарушений функции органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов.

Глава 11. Психиатрия

Кандидаты являются негодными при наличии медицинской истории (с изложением семейного анамнеза для исключения генетического компонента), описывающей наличие психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врожденных, так и приобретенных, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с историей или клинически поставленным диагнозом шизофрении, депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как непригодные без права восстановления.

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 признаются годными к работе через три месяца после соответствующего психиатрического обследования перед проведением оценки на пригодность и при положительных результатах психологического тестирования, клинического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб с ограничением ТМЛ/ОПЛ/ОСЛ.

Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для отрицательного медицинского заключения. 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 и психиатрическое обследование в специализированному учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

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

Глава 12. Психология

Кандидаты являются негодными при наличии психологических дефектов, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние и когнитивные критерии на профессиональную годность в авиации: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация. Психологическая оценка включает сбор биографических данных, личностные тесты и психологическое интервью.

При подозрении или установленном подтверждении наличия у заявителя психологического нарушения, заявитель направляется на консультацию к психологу. Очевидным подтверждением является проверенная информация из идентифицированного источника, который представляет сомнения относительно психической годности или личностных характеристик конкретного человека. Источником информации являются катастрофы или инциденты, авиационные происшествия, проблемы в обучении или при проведении квалификационных тестов, проступки или поведение, относящееся к безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства.

Глава 13. Неврология

Кандидаты являются негодными при наличии неврологического заболевания, которое препятствует безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Основной задачей клинико-неврологического обследования является распознавание ранних признаков хронической (прогрессирующей) болезни (болезнь Паркинсона, амиотрофический склероз, рассеянный склероз),

транзиторных нарушений (эпилепсия, транзиторная ишемическая атака, головокружение) и остальных патологических отклонений, как симптомов заболевания.

Кандидаты с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5 лет; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком лечения более 10 лет; эпилептиформного нарушения электроэнцефалографии (ЭЭГ) и фокальных медленных волн; прогрессирующей или не прогрессирующей болезни нервной системы; единичного неизвестного отклонения сознания; потери сознания после головной травмы; проникающей травмы головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга проходят расширенное медицинское освидетельствование, включающее суточный мониторинг ЭЭГ, консультацию эпилептолога.

Лица с подозрением на эпилепсию подлежат полному неврологическому обследованию, суточному мониторингу ЭЭГ, диагностической визуализации (КТ или МРТ головного мозга), консультации эпилептолога. Эпилептоидная активность на ЭЭГ подтверждает диагноз эпилепсии, а ее отсутствие не исключает диагноза. Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность заявителя к работе.

При однократных эпилептиформных припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии оценка зависит от основного заболевания, проводится дифференциальная диагностика с объемным процессом головного мозга, сосудистыми нарушениями, экзогенными интоксикациями, глистными инвазиями и другими болезнями.

Клинические проявления в виде острых нарушений мозгового кровообращения, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением являются противопоказанием для полетов до полного восстановления нервно-психической деятельности или легких остаточных явлений в виде органических микросимптомов без нарушения функций по результатам неврологического обследования.

Рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза и решения о негодности к полетам.

Кандидаты с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли, сирингомиелия, рассеянный склероз 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 к работе.

Кандидаты с хроническими заболеваниями и травматическими повреждениями корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев, перipherическими 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.

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

Медицинское освидетельствование заявителей, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее, чем через шесть месяцев после травмы с ограничением ТМЛ/ОПЛ/ОСЛ в течение 3 лет, перенесшие сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга - через три месяца после травмы.

При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания.

Кандидаты, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы. Выдача медицинского заключения рассматривается, когда установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния, после лечения и наблюдения продолжительностью от одного месяца до одного года. Вопрос о годности решается после расширенного обследования и на основе результатов переносимости нагрузочных проб. Диагноз снимается после двух лет диспансерного наблюдения и повторного расширенного обследования.

Глава 14. Офтальмология

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений функций зрения и заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции на глаза, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидат является негодным при отсутствии поля зрения, соответствующего внутриглазного давления, функционирующего бинокулярного зрения, световосприятия.

Острота зрения исследуется без коррекции и с коррекцией; указывается истинная острота зрения.

Требуется наличие способности заявителя прочитать таблицу №5 (либо эквивалентную) на расстоянии 30–50 см с проведением коррекции.

Для кандидатов не устанавливаются пределы в отношении остроты нескорректированного зрения при условии, что достигается соответствующая коррекция остроты бинокулярного зрения 0,7 с помощью контактных линз и (или) очков с соответствующими корригирующими линзами, имеется нормальное поле зрения.

Кандидатам предоставляются общедоступные запасные корректирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, удобные и подходящие для целей авиации; при использовании контактные линзы обеспечивают зрение на большое расстояние, являются монофокальными, не тонированными и удобными; кандидаты с неадекватной рефракцией используют контактные линзы или очковые линзы с высоким коэффициентом преломления. Кандидатам с пониженной остротой зрения при наличии пресбиопии предписывается выполнять полеты в корригирующих бифокальных очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, VCL, CCL в зависимости от вида требуемой коррекции. Наличие и качество очков (линз) контролируется при врачебных осмотрах.

Рефракция – кандидат признается годным с гиперметропией, не превышающей +2.0Д; миопией, не превышающей - 3.0Д; астигматизмом, не превышающим 2.0Д; анизометропией, не превышающей 3.0Д при условии достижения оптимальной коррекции не ниже 0,7. При анизометропии от 2.0 до 3.0Д, астигматизме выше 3.0Д носят контактные линзы с ограничением CCL.

Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием типа, вида, формы и степени нарушения с ограничением VCL. Результаты медицинского исследования оценивается на специальном бланке по соответствующим нормам, указанным в инструкции используемого прибора и (или) методики.

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 допуска.

Заболевания глазного яблока воспалительно-дегенеративного характера, заболевания сосудов глаза с нарушениями функции определяют негодность к работе.

Кандидаты с начальной возрастной катарактой без прогрессирования, ограниченным помутнением хрусталика, стекловидного тела травматического характера, макулодистрофией, начальной непрогрессирующей атрофией зрительного нерва признаются годными при достаточной сохранности функции зрения.

Кандидаты, подвергшиеся хирургической операции, повлекшей за собой изменения характеристик рефракции глаза, считаются годными при условии отсутствия последствий, которые влияют на безопасное осуществление профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

Допуск к работе лиц обладателя медицинского заключения, перенесших операцию по замене хрусталика по поводу катаракты (включая операции на оба глаза) с имплантацией монофокальной интраокулярной линзы, проводится через два месяца после операции, учитывая сохранность зрительных функций.

После лазерных оперативных вмешательств на органах зрения вопрос о допуске к работе решается через два месяца после операции (после лазерной

коагуляции сетчатки – через четыре недели), с учетом степени сохранности зрительных функций.

При выявлении повышенного внутриглазного давления заявитель подлежит консультации офтальмолога для уточнения диагноза (доброполезная офтальмогипертензия, открытоугольная или закрытоугольная, первичная или вторичная глаукома и др.) и назначения соответствующего лечения (консервативного или оперативного).

Допуск к работе с открытоугольной глаукомой в начальных стадиях проводится через с момента нормализации внутриглазного давления при постоянной локальной гипотензивной терапии. Кандидаты с глаукомой подлежат регулярному расширенному офтальмологическому обследованию с измерением внутриглазного давления и остроты зрения, исследованием поля зрения, оценки дисков зрительного нерва и оценкой побочных эффектов принимаемых препаратов.

Исследование нарушений двигательного аппарата глаза проводится при каждом медицинском освидетельствовании на наличие истинного и скрытого косоглазия (гетерофории). Нарушение двигательного аппарата глаза с параличом мышц век, паралитическим и содружественным косоглазием является показанием для лечения до устранения патологии.

Глава 15. Оториноларингология

Кандидат является негодным при наличии аномалий или заболеваний уха или связанных с ними структур, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками, в том числе

У кандидатов не наблюдается:

расстройства вестибулярной функции;
значительной дисфункции евстахиевых труб;
неизлеченного прободения барабанных перепонок.

Кандидаты, неспособные слышать на оба уха разговорную речь средней громкости в тихой комнате на расстоянии 2 м от медицинского работника, производящего обследование, стоя к нему спиной, считаются негодными.

Острота слуха оценивается на восприятие шепотной речи в басовой и диксантной группе слов с расстояния не менее шести метров и по результатам аудиометрии.

Когда в результате обследования с помощью чисто тонального аудиометра обнаружена потеря слуха на каждое ухо в отдельности более 35 дБ на любой из частот 500, 1000 или 2000 Гц или более чем 50 дБ на частоте 3000 Гц, заявитель считается негодным.

Аудиометрия фиксирует восприятие шума по интенсивности в диапазоне от -20 до +100 дБ и частоте от 125 до 8000 Гц. При проведении тональной аудиометрии у заявителя сохранен слух более 35 дБ на частотах 500, 1000 или 2000 Гц, или более 50 дБ на частоте 3000 Гц, каждым ухом по отдельности.

При определении слуховой функции за основу принимаются худшие показания остроты слуха, независимо от того, относятся они к басовой или дискантовой группе слов.

Обладатели медицинского заключения с потерей слуха, превышающей указанные выше нормы, признаются годным при условии, что они имеют нормальную остроту слуха при шумовом фоне, воспроизводящем или имитирующем обычный шум в кабине воздушного судна, соответствующего квалификационным отметкам типа, который накладывается на речь и сигналы радиомаяков. В качестве альтернативы проводится практическая проверка слуха в условиях полета в кабине воздушного судна того типа, в отношении которого действуют свидетельство и квалификационные отметки с ограничением OAL.

После радикальной слуховосстанавливающей операции (тимпанопластика, стапедопластика) вопрос о годности к работе решается с учетом восстановления функций при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости и сохранности слуховой функции при удовлетворительной способности ношения специального оборудования.

При соответствии требованиям по остроте слуха с использованием слухового аппарата, такой аппарат обеспечивает оптимальную остроту слуха, хорошую переносимость и быть приемлемым для использования в авиации.

Остеомы лобных пазух при хорошей переносимости полетов не являются противопоказанием к работе.

Грубые изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и оперативных вмешательств, нарушающие функцию ЛОР-органов, вызывающие нарушение дыхательной и речевой функции и затрудняющие использование спецоборудования, заикание, косноязычие или другие дефекты речи, препятствующие ведению речевой связи, определяют негодность к работе.

Кандидаты, перенесшие ринопластику с полным восстановлением функции носового дыхания, после оперативного лечения кист гайморовых пазух размером более двух сантиметров, кист и остеом лобных пазух признаются годными к обучению, но не ранее, чем через две недели после операции.

Нарушение произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью не является препятствием к работе.

При отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в плановом порядке.

При хронических болезнях среднего уха – эпи - или мезотимпанит - решение о допуске выносится при положительных результатах лечения с учетом сохранности функций. Небольшие рубцы без истончения на месте перфорации, сухая перфорация, известковые отложения на барабанной перепонке (при хорошей ее подвижности, нормальном слухе, подтвержденном аудиограммой), не дают основания для установки диагноза.

Одиночное сухое прободение барабанной перепонки не является основанием для признания заявителя непригодным.

Повышенная чувствительность к статокинетическим раздражителям является противопоказанием к работе.

Глава 16. Дерматология

Кандидаты являются негодными при наличии дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При неосложненных формах псориаза, экземы с ограниченным распространением при хорошем общем состоянии принимается решение о годности.

Глава 17. Онкология

Кандидаты являются негодными при наличии первичных или вторичных злокачественных заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

После лечения злокачественного заболевания кандидаты проходят положительное онкологическое обследование перед осуществлением проверки на пригодность.

Кандидаты с клиническим диагнозом внутрицеребральной злокачественной опухоли рассматриваются как непригодные без права возобновления медицинского заключения.

При злокачественных новообразованиях при отсутствии метастазов в головной мозг, рецидивов, генерализации опухолевого процесса вопрос допуска к работе рассматривается через шесть месяцев после окончания лечения (оперативного, химиотерапии, лучевой терапии, комбинированного) при стабильной компенсации функций организма. Допуск к работе осуществляется с ограничением ТМЛ.

Допуск к работе осуществляется с учетом стадии злокачественного процесса: при 1-ой стадии - допуск к полетам через 6 месяцев после окончания лечения с ограничением ТМЛ первые 2 года, в последующем – без ограничений; при 2-ой стадии – допуск к полетам через 2 года после окончания лечения с ограничением ТМЛ бессрочно; при 3-ей стадии – негодны.

МРТ головного мозга для исключения метастазов проводится при первоначальном допуске после онкологического лечения, через каждые 5 лет и по медицинским показаниям.

При выявлении доброкачественной опухоли оценивается вероятность безопасного выполнения профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства с рекомендацией лечения в плановом порядке. Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяются масштабами операции и их исходом. Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб, кистозные новообразования, аденона предстательной железы, мастопатии оцениваются по степени нарушения функции органов и болевого синдрома.

Добропачественные опухоли небольших размеров, без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются противопоказанием к работе (обучению).

Требования по медицинскому освидетельствованию к состоянию здоровья, предъявляемые к кандидатам на получение медицинского заключения класса 3

Глава 1. Общие положения

Кандидаты на получение медицинского заключения являются негодными при наличии врожденных или приобретенных аномалий; активного, скрытого, острого или хронического заболевания или недееспособности; ран, повреждений или последствий операции; эффект или побочный эффект от применения назначенного или не назначенного медикаментозного препарата с терапевтической, диагностической или профилактической целью, которые вызывают такую степень функциональной нетрудоспособности, что приведет к нарушению безопасно осуществлять права своего свидетельства. При оценке необходимости введения ограничений согласно Приложению 18 настоящего Руководства учитываются следующие факторы:

3. Медицинские показания: Определяется, повлияет ли конкретное медицинское состояние на способность заявителя безопасно выполнять свои обязанности, даже если он не соответствует определенным критериям (числовым или иным).

4. Навыки, способности и опыт заявителя, соответствующие виду выполняемых операций.

Глава 2. Сердечно-сосудистая система

Кровеносная система не может иметь отклонений от норм. Медицинское освидетельствование при артериальной гипертензии рассматривается по уровню артериального давления и по степени выраженности рисков при артериальной гипертензии.

При артериальной гипертензии с артериальным давлением выше 160/95 миллиметров ртутного столба, имеющей стойкий характер или при меньших величинах артериального давления, сопровождающихся высокими степенями риска с поражением органов-мишеней, заявитель признается негодным к работе и обучению.

Кандидаты, у которых артериальное давление зарегистрировано 160/95 миллиметров ртутного столба и выше (по результатам суточного мониторинга артериального давления) и корректируется с помощью немедикаментозной или разрешенной для применения без отрыва от работы медикаментозной терапией, признаются годными к работе после успешного подбора медикаментозной терапии, но негодны к обучению.

Подбор медикаментозной терапии проводится не менее 2 недель с отстранением от работы по специальности. При допуске к работе учитываются стойкость эффекта от проводимых мероприятий по результатам суточного

мониторинга артериального давления, факторы риска, побочные эффекты назначаемых препаратов, переносимость нагрузочных проб.

Для лиц, обучающихся на авиадиспетчера, допустимый уровень артериального давления составляет ниже 140/90 миллиметров ртутного столба.

Решение о годности заявителя ТМЛ со следующим нарушением проводящей системы или ритма, перечисленные ниже, при отсутствии какой-либо другой патологии принимается после кардиологического обследования с нагрузочными пробами при успешном лечении: суправентрикулярные нарушения ритма, включая преходящие или установившиеся нарушения синоатриального узла; мерцательная аритмия; тахикардии с широким и узким комплексами; асимптоматическая синусовая брадикардия; асимптоматическая синусовая тахикардия; асимптоматические изолированные uniformные суправентрикулярные или вентрикулярные эктопические комплексы; феномен Бругада на электрокардиограмме; атриовентрикулярная блокада тип Мобиц-1, Мобиц-2; полная блокада правой ножки пучка Гиса, полная блокада левой ножки пучка Гиса; стабильное отклонение электрической оси влево; асимптоматическое удлинение интервала QT.

Кандидатам, которым проведена абляция, признаются годными к работе (обучению) через два месяца по результатам электрофизиологического исследования, демонстрирующего удовлетворительные результаты, с ограничением ТМЛ на период не менее одного года.

Кандидаты, не предъявляющие жалоб, с нарушением ритма и проводимости сердца, не перечисленными выше, с лабильными изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ (-ST и -T), поддающиеся нормализации при приеме бета-адреноблокаторов, признаются годными к работе.

Подозрение на ишемию миокарда требует кардиологического обследования. Стенокардия, контролируемая приемом антиангинальных препаратов, является препятствием для получения и (или) продления медицинского заключения.

Кандидаты, перенесшие хирургическое замещение коронарной артерии или ангиопластику (со стентом или без него) либо другую операцию на сердце, или в анамнезе которого зарегистрирован инфаркт миокарда, или который имеет другое кардиологическое заболевание, которое приведет к утрате работоспособности, считается непригодным, кроме случаев, когда состояние заявителя обследовалось и оценивалось при кардиологическом обследовании и было признано, что оно не препятствует безопасному осуществлению заявителем прав, предоставляемых его свидетельством при условии, что прошло 6 месяцев после операции, учтены все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, не имеется симптомов и не требуется прием антиангинальных средств, при положительных результатах расширенного кардиологического обследования (эхо-КГ, ЭКГ с нагрузкой стадии 4 протокола Брюса, коронароангиография с оценкой кардиолога) с последующим кардиологическим обследованием при каждом продлении медицинского заключения с ограничением ТМЛ. Кандидаты для обучения на авиадиспетчера признаются негодными.

При умеренных и значительных регургитациях митрального и аортального клапанов допуск с ограничением ТМЛ на период не менее одного года проводится после эхокардиографии и нагрузочных проб при условии допустимых размеров левого желудочка с удовлетворительной сократительной функцией миокарда при митральном пороке и отсутствии патологии восходящей аорты при аортальном пороке. В последующем проводится ежегодное кардиологическое обследование.

Пороки развития, заболевания, облитерирующие заболевания артерий (эндартериит, атеросклероз), атеросклеротические окклюзии, аневризмы, варикозное расширение вен (с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения, при истончении кожи над узлами с угрозой их разрыва), тромбофлебит, последствия заболеваний и повреждений сосудов, а также операций на них, сопровождающиеся нарушением кровообращения, лимфообращения, трофическими расстройствами, болевым синдромом, а также прием антикоагулянтов с лечебной целью являются противопоказанием для работы. Вопрос возобновления медицинского заключения решается при нормализации лабораторных показателей, компенсации кровообращения и лимфообращения, отсутствии болевого синдрома, без клинических проявлений заболевания после расширенного медицинского обследования по результатам лечения (хирургического, консервативного) не ранее 6 месяцев стабильного состояния при приеме антикоагулянтной терапии с профилактической целью. Кандидаты для обучения на авиадиспетчера признаются негодными.

Болезни сердца неатеросклеротического характера: острые и вялотекущие заболевания или последствия перенесенных заболеваний с выраженным нарушением ритма и проводимости, умеренные и значительно выраженные комбинированные пороки сердца, дилатационные, гипертрофические и рестриктивные кардиомиопатии с выраженным нарушением функции - являются противопоказанием к обучению на авиадиспетчера.

Допуск к работе после планового оперативного лечения неосложненного варикозного расширения вен нижних конечностей решается через 6 недель после операции по результатам расширенного обследования.

Глава 3. Система органов дыхания

Кандидат является негодным при наличии острой легочной недостаточности или какого-либо активного поражения структуры легких, средостения или плевры, которые вызывают появление симптомов утраты трудоспособности при работе в обычных или аварийных условиях.

Признание годности проводится после восстановления функции легких и их удовлетворительного состояния по результатам исследований.

Болезни органов дыхания с выраженным нарушением функций и (или) склонные к обострениям: бронхиальная астма, бронхэкстatische 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 противопоказанием для работы (обучению), кроме случаев, когда состояние заявителя обследовалось и оценивалось и было признано, что не препятствует безопасному осуществлению заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

Активный саркоидоз и синдром обструктивного апноэ сна требуют расширенного кардиологического обследования.

Употребление лекарственных средств для лечения астмы является основанием для признания заявителя негодным, за исключением тех лекарственных средств, применение которых совместимо с безопасным осуществлением профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Кандидаты с ХОБЛ в стадии ремиссии с ограниченным пневмосклерозом и сохранением функции дыхания допускаются к работе без ограничений, при умеренных нарушениях функции дыхания применяется ограничение ТМЛ с расширенным обследованием дыхательной и сердечно-сосудистой системы при каждом продлении медицинского заключения.

Кандидаты с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обызвествления, междолевые и плевральные спайки, апикальные или плевральные наслоения) без смещения органов средостения и без нарушения или с умеренным нарушением функции внешнего дыхания допускаются к работе (к обучению допускаются кандидаты без нарушения функции внешнего дыхания).

Кандидаты с активными формами туберкулеза органов дыхания или с выраженными остаточными изменениями признаются негодными к работе (обучению).

При восстановлении на работу кандидаты после закрытия листка нетрудоспособности с диагнозом "туберкулез" представляют медицинское заключение о допуске на работу (обучение) централизованной врачебно-консультативной комиссией фтизиопульмонологической организации.

После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения, пороков развития, болезнях грудной клетки и диафрагмы, последствиях травм, при наличии инородных тел в грудной стенке или ткани легких, удаленных от крупных сосудов сердца без клинических проявлений, при травматическом пневмотораксе кандидаты признаются негодными к работе (обучению) в течение 3-6 месяцев после операции, пока последствия оперативного вмешательства не будут препятствовать безопасному осуществлению прав свидетельства по результатам расширенного обследования дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Глава 4. Пищеварительная система

Кандидат является негодным при наличии функциональных или структурных органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, препятствующих безопасному выполнению полномочий прилагаемого свидетельства.

Функциональные или структурные органические заболевания пищеварительной системы, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной признания заявителя негодным. Кандидаты с последствиями заболевания или хирургического вмешательства желудочно-кишечного тракта, с угрозой утраты трудоспособности, в частности, с обструкцией, вследствие структуры, сужения или компрессии, оцениваются как непригодные по состоянию здоровья.

Кандидаты со следующей патологией желудочно-кишечного тракта: рецидивирующие диспепсические расстройства, требующие медикаментозного лечения; осложнения язвенной болезни (рецидивы, кровотечение, перфорация, пенетрации); гепатиты в активной стадии, хронические гепатиты с высокой и средней степенью активности (любой этиологии), цирроз печени; симптомная желчнокаменная болезнь или бессимптомная с небольшими многочисленными камнями; острые или хронические панкреатиты и холециститы; острое или хроническое воспалительное заболевание кишечника; заболевания прямой кишки и парапектальной клетчатки (часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения); 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 непригодные до устранения симптомов, вызывающих ограничение трудоспособности.

Допуск к работе рассматривается после успешно проведенного лечения по удовлетворительным результатам расширенного гастроэнтерологического обследования.

Годность к работе при трансплантации печени рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного гастроэнтерологического обследования, с учетом предполагаемого фармакологического действия используемого препарата, с ограничением ТМЛ бессрочно.

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

Кандидаты с хроническим воспалительным заболеванием кишечника признаются годными с ограничением ТМЛ на 1 год в течение 3 лет, когда болезнь находится в установившейся ремиссии, состояние является стабильным и нет необходимости применения стероидов системного действия.

При спаечной болезни с выраженным клиническим проявлением, не устраненной причине заворота кишечника кандидаты на обучение

авиадиспетчера признаются негодными. Долихосигма без клинических проявлений не является основанием для решения о негодности.

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 рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке с ограничением ТМЛ до операции. При пупочных грыжах показанием для оперативного лечения является болевой синдром.

Глава 5. Метаболические нарушения и эндокринная система

Кандидаты с нарушениями обмена веществ, функций пищеварительного тракта или желез внутренней секреции, которые препятствуют безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками, считаются негодными.

Функциональные или структурные органические заболевания эндокринной системы, пищевые и метаболические нарушения, препятствующие безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства, являются причиной признания кандидата негодным.

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

Кандидаты с инсулиновозависимым сахарным диабетом считаются негодными, за исключением случаев, когда заболевание удовлетворительно контролируется с помощью диеты или диеты в сочетании с пероральным приемом противодиабетических препаратов, применение которых совместимо с безопасным осуществлением заявителем профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством и квалификационными отметками.

Допуск к работе 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.

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 катаркты. Кандидаты для обучения с болезнями эндокринной системы любой степени выраженности признаются негодными.

При выявлении гипогликемии, почечной гликозурии кандидаты подлежат расширенному обследованию.

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

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 подбранной дозы препарата.

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.

Кандидаты с ИМТ >30,0 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 (метаболических, гормональных и клинических нарушений при повышенном артериальном давлении с увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, нарушающим углеводный, липидный, пуриновый обмен).

Кандидаты с ИМТ >35,0 признаются негодными. При первоначальном освидетельствовании кандидаты с ИМТ >30,0 признаются негодными к обучению (работе).

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

Глава 6. Гематология

Кандидаты являются негодными при наличии гематологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Оценка годности заявителей с гематологическими расстройствами, такими как нарушение коагуляции, геморрагические или тромботические расстройства; лейкемии; полицитемии, гемоглобинопатии; значительное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезенки, проводится после расширенного обследования и консультации гематолога.

При этом годность к работе рассматривается при установлении доброкачественности заболевания, стабилизации состояния, отсутствии сопутствующей патологии, эпизодов массивного кровотечения или значительного тромбообразования.

Кандидаты с заболеванием крови и (или) лимфатической системы считаются негодными, за исключением случаев, когда в результате надлежащего обследования установлено, что их состояние не препятствует безопасному

осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

Системные заболевания крови являются основанием для принятия решения о негодности к обучению.

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 ТМЛ при условии, что авиадиспетчер, обладающий аналогичной квалификацией находится в непосредственной близости от обладателя свидетельства в процессе выполнения им прав, предоставляемым его свидетельством.

Первичный эритроцитоз с риском тромбоэмбических осложнений и инсультов определяет негодность к обучению и работе.

Анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких (трехкратно с перерывом не менее 10 календарных дней, когда первоначальный уровень гемоглобина менее 115 граммов на литр) 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 противопоказанием к работе (обучению). Анемия, которая не поддается лечению, является причиной для признания негодности к обучению на авиадиспетчера.

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

Глава 7. Мочеполовая система

Кандидаты являются негодными при наличии функциональных или структурных заболеваний мочеполовой системы, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с осложнениями самого заболевания или хирургического вмешательства, проведенного на органах мочеполовой системы, которые вызывают нетрудоспособность, в том числе обструкции, обусловленные сужением или сдавливанием, рассматриваются как негодные.

Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается через три месяца после операции.

Медицинское освидетельствование проводится по результатам расширенного урологического обследования, заключение о годности выносится в зависимости

от течения процесса, уровня артериального давления и сохранности функции почек. Показания к гемодиализу дисквалифицирует.

После трансплантации почки годность к работе рассматривается через 12 месяцев после операции, расширенного урологического обследования, с учетом фармакологического действия используемого препарата, с ограничением ТМЛ бессрочно.

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 головочной форме гипоспадии признаются годными к обучению.

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 обучению.

После лечения (консервативного, оперативного) туберкулеза мочеполовых органов кандидаты представляют медицинское заключение о допуске на работу (обучение) централизованной врачебно-консультативной комиссией фтизиопульмонологической организации.

Кандидаты с почечным или мочеполовым заболеванием считаются негодными, за исключением случаев, когда в результате надлежащего обследования установлено, что их состояние не препятствует безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых их свидетельствами и квалификационными отметками.

Кандидаты с заболеваниями почек с выраженным нарушением функций и гипертоническим синдромом признаются негодными и подлежат лечению в течение шести месяцев, при этом кандидаты негодны для обучения.

Кандидаты, имеющие единственную почку врожденной или приобретенной этиологии, оцениваются по результатам урологического обследования в зависимости от состояния функции единственной почки.

Когда поражение почек носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

После однократного отхождения камня, почечной колики без отхождения камней, повторных приступов почечной колики обладатели медицинского заключения после лечения признаются годными к работе при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек. При установлении диагноза мочекаменной болезни выносится заключение о негодности к работе (обучению) с рекомендацией оперативного лечения. При не инвазивных методах лечения мочекаменной болезни (в том числе после экстракорпоральной литотрипсии) допуск к работе (обучению) без ограничений осуществляется не ранее, чем через один месяц после вмешательства, при хирургическом лечении мочекаменной болезни – через три месяца при нормальных лабораторных и инструментальных показателях функции почек по результатам расширенного урологического обследования.

Кандидаты, имеющие камни предстательной железы без клинических проявлений кандидаты, годны к работе.

Глава 8. Инфекционные заболевания

Кандидаты являются негодными при наличии клинических диагнозов инфекционных заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с серо позитивной реакцией на ВИЧ считаются негодными, за исключением случаев, когда состояние заявителя было освидетельствовано и оценивается как, не препятствующее безопасному осуществлению профессиональных обязанностей, предоставляемых его свидетельством или квалификационными отметками.

Признание годности с ограничением 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 ВИЧ-инфекция дисквалифицирует.

При выявлении или подозрении у заявителя 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. При осложнениях (эпидидимит, простатит, артриты, воспаление придатков матки) заключение о годности выносится по соответствующему заболеванию.

Глава 9. Акушерство и гинекология

Кандидаты являются негодными при наличии функциональных или структурных акушерских травм или гинекологических заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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) и с нарушением функций; выпадение и опущение половых органов 3 степени; мочеполовые и кишечно-половые свищи; разрывы промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода являются основанием для признания негодности к работе (обучению).

Лечение острого периода болезней шейки матки (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион) 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 лапаротомической операции (без осложнений) – через 2 месяца после операции.

Бессимптомная миома матки, эндометриоз, эндометриоидная, параовариальная и фолликулярная кисты размером не более 5 см и спаечный процесс в малом тазу без функциональных расстройств и болевого синдрома, отсутствие тела матки и ее придатков, не сопровождающиеся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

Обладатели медицинского заключения с расстройствами овариально-менструального цикла (за исключением дисменореи) подлежат обследованию и лечению без отстранения от работы.

Беременные кандидаты считаются негодными, кроме случаев, когда в результате акушерского обследования и постоянного медицинского наблюдения установлена неосложненная беременность малой степени риска.

В состоянии беременности женщина признается годной к работе с ограничением с ограничением ТМЛ при условии, что авиадиспетчер, обладающий аналогичной квалификацией, находится в непосредственной близости от обладателя свидетельства в процессе выполнения им прав, предоставляемым его свидетельством на период с 12 до конца 26 недели беременности (согласованию). При этом на руки беременной женщине предоставляется письменная рекомендация относительно возможных осложнений беременности во время полетов. С начала 27 недели беременности действие медицинского заключения приостанавливается.

После родов или прекращения беременности кандидатом не осуществляются профессиональные обязанности, предоставляемые ее свидетельством, до переосвидетельствования и признания, что она безопасно осуществляет профессиональные обязанности, предоставляемые ее свидетельством и квалификационными отметками.

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

Допуск к работе женщин, принимающих препараты для контрацепции и гормонозаместительную терапию, осуществляется при условии хорошей переносимости такого лечения и регулярном клинико-лабораторном контроле (каждые 6 месяцев) для предотвращения тромбоэмбологических осложнений, токсико-аллергического медикаментозного гепатита, холестаза.

Глава 10. Опорно - двигательный аппарат

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений костно-мышечного аппарата, как врожденных, так и приобретенных, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Физическое развитие заявителя и соответствие массы тела росту рассчитывается по ИМТ по Кетле согласно Приложению 14 настоящего

Руководства при пропорциональном развитии тела. При оценке физического развития обучающихся в авиационных учебных заведениях учитывается возраст (в период интенсивного развития организма масса тела отстает от роста), дефицит массы тела менее 25 процентов не расценивается как проявление недостаточного физического развития.

При инфантилизме вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

Кандидат является не годным при отсутствии достаточного роста в положении сидя, соответствующей длины рук и ног, мышечной силы.

Отсутствие кисти, отсутствие, полное сведение или неподвижность двух пальцев на одной руке, первого или второго пальца на правой руке, а также первого пальца на левой руке (отсутствие ногтевой фаланги на первом пальце и двух фаланг на других приравнивается к отсутствию пальца) является основанием для признания негодности к работе (обучению). При отсутствии нижних конечностей без нарушения со стороны других органов и систем, вопрос о годности принимается индивидуально с учетом допуска диспетчера, функциональной оценки диспетчера.

Плоскостопие любой степени без явлений остеоартроза и с сохранностью функций стопы не является препятствием для работы (обучения).

После операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к работе (обучению) определяется после восстановления функций.

При отказе от операции по показаниям к оперативному лечению неосложненных привычных вывихов, ложных суставов кандидаты признаются негодными к обучению.

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 диагноза.

После перелома тел позвонков с подвывихом при туберкулезе позвоночника (независимо от фазы процесса и функционального состояния) кандидаты признаются негодными.

После компрессионного перелома позвоночника и операций на позвоночнике, переломах поперечных, остистых отростков при отсутствии нарушений функций и болевого синдрома после выздоровления заявитель допускается к работе (обучению). При консолидированных переломах костей таза освидетельствование проводится через 3-6 месяцев после травмы.

Все виды патологического кифоза определяют негодность к обучению. К патологическому кифозу не относятся "круглая спина" (разновидность осанки). Для дифференциальной диагностики назначается рентгенография позвоночника.

При болезнях суставов и системных заболеваниях соединительной ткани в ремиссии, без выраженных нарушений функции органов заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов и вовлеченных органов, при этом кандидаты для обучения на авиадиспетчера признаются негодными.

Глава 11. Психиатрия

Кандидаты являются негодными при наличии медицинской истории (с изложением семейного анамнеза для исключения генетического компонента), описывающей наличие психиатрических заболеваний, либо соответствующих клинических диагнозов о недееспособности, патологических состояниях или нарушениях: как острых, так и хронических, как врожденных, так и приобретенных, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты с психическими расстройствами или расстройствами поведения, причиной чего является употребление спиртных напитков, либо использование запрещенных психотропных веществ, рассматриваются как непригодные вплоть до выздоровления и прекращения использования психотропных веществ, а также после положительного результата наркологического и психиатрического обследования, проводимого после успешного лечения.

Кандидаты с историей или клинически поставленным диагнозом шизофрении, депрессии, расстройством личности или бредовым расстройством рассматриваются как непригодные без права восстановления.

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 признаются годными к работе через шесть месяцев после соответствующего психиатрического обследования перед проведением оценки на пригодность и при положительных результатах психологического тестирования, клинического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб с ограничением ТМЛ.

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 являются противопоказанием к работе и обучению.

Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для отрицательного медицинского заключения. 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 и психиатрическое обследование в специализированному учреждении, по результатам которого выносится решение о допуске к работе.

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

Глава 12. Психология

Кандидаты являются негодными при наличии психологических дефектов, которые препятствуют выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

При психологическом тестировании оцениваются психологическое состояние и когнитивные критерии на профессиональную годность в авиации: концентрация, общие умственные способности (разговорные и цифровые), цифровое мышление/устный счет, объем памяти, способность понимать технологию, ориентация в пространстве, ориентация по обстановке, распределение внимания, многозадачный режим, скорость автоматизации, психомоторная координация. Психологическая оценка включает сбор биографических данных, личностные тесты и психологическое интервью.

При подозрении или установленном подтверждении наличия у заявителя психологического нарушения, заявитель направляется на консультацию к психологу. Очевидным подтверждением будет проверенная информация из идентифицированного источника, который представляет сомнения относительно психической годности или личностных характеристик конкретного человека. Источником информации являются катастрофы или инциденты авиационные происшествия, проблемы в обучении или при проведении квалификационных тестов, преступки или поведение, относящееся к безопасному осуществлению прав соответствующего свидетельства.

Глава 13. Неврология

Кандидаты являются негодными при наличии неврологического заболевания, которое препятствует безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Основной задачей клинико-неврологического обследования является распознавание ранних признаков хронической (прогрессирующей) болезни (болезнь Паркинсона, амиотрофический склероз, рассеянный склероз), транзиторных нарушений (эпилепсия, транзиторная ишемическая атака, головокружение) и остальных патологических отклонений, как симптомов заболевания.

Кандидаты с клиническим диагнозом или записью в истории о наличии эпилепсии без рецидивирующих приступов с 5 лет; эпилепсии без рецидивирующих приступов и сроком лечения более 10 лет; эпилептиформного нарушения электроэнцефалографии (ЭЭГ) и фокальных медленных волн; прогрессирующей или не прогрессирующей болезни нервной системы; единичного неизвестного отклонения сознания; потери сознания после головной травмы; проникающей травмы головного мозга; повреждения периферического нерва или спинного мозга проходят расширенное медицинское освидетельствование, включающее суточный мониторинг ЭЭГ, консультацию эпилептолога.

Лица с подозрением на эпилепсию подлежат полному неврологическому обследованию, суточному мониторингу ЭЭГ, диагностической визуализации (КТ или МРТ головного мозга), консультации эпилептолога. Эпилептоидная активность на ЭЭГ подтверждает диагноз эпилепсии, а ее отсутствие не исключает диагноза. Подтвержденный диагноз эпилепсии определяет негодность заявителя к работе и обучению.

При однократных эпилептиформных припадках неуточненной этиологии, при симптоматической эпилепсии экспертная оценка зависит от основного заболевания, проводится дифференциальная диагностика с объемным процессом головного мозга, сосудистыми нарушениями, экзогенными интоксикациями, глистными инвазиями и другими болезнями.

Клинические проявления в виде острых нарушений мозгового кровообращения, нарушений кровообращения головного мозга с кризовым течением являются противопоказанием для работы до полного восстановления нервно-психической деятельности или легких остаточных явлений в виде органических микросимптомов без нарушения функций по результатам неврологического обследования.

Рассеянная микросимптоматика в неврологическом статусе и возраст не является основанием для вынесения диагноза и решения о негодности к работе.

Кандидаты с органическими заболеваниями нервной системы (опухоли, сирингомиелия, рассеянный склероз 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 к работе и обучению.

Кандидаты с хроническими заболеваниями и травматическими повреждениями корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев, перipherическими 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 к обучению негодны.

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

Медицинское освидетельствование заявителей, перенесших ушиб головного мозга средней степени, с линейным переломом костей свода, основания черепа или субарахноидальным кровоизлиянием, проводится не ранее, чем через шесть месяцев после травмы с ограничением ТМЛ в течение 3 лет. При этом кандидаты на обучение авиадиспетчером негодны. Выдача медицинского заключения у

заявителей, перенесшие сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга, рассматривается не ранее, чем через три месяца после травмы.

Кандидаты с диагнозами: открытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), ушиб головного мозга тяжелой степени; последствия открытой или закрытой ЧМТ с выраженным органическими изменениями ЦНС, нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромом; последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами, признаются негодными к работе (обучению).

При наличии заболевания, сопровождающегося обмороками, годность определяется основным заболеванием. При обследовании исключаются эпилепсия, гипогликемические состояния, заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, заболевания крови, эндокринные заболевания.

Кандидаты, перенесшие синкопальные состояния (обмороки), отстраняются от работы (обучения). Выдача медицинского заключения рассматривается, когда установлен доброкачественный характер события и исключены потенциально серьезные механизмы синкопального состояния, после лечения и наблюдения продолжительностью от одного месяца до одного года. Вопрос о годности решается после расширенного обследования и на основе результатов переносимости нагрузочных проб. Диагноз снимается после двух лет диспансерного наблюдения и повторного расширенного обследования.

Глава 14. Офтальмология

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений функций зрения и заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции на глаза, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Кандидаты являются негодными при отсутствии поле зрения, соответствующие внутриглазное давление, бинокулярную функцию, световосприятие.

Проверка остроты зрения проводится на расстоянии без коррекции и с коррекцией; указывается истинная острота зрения. Диспетчеры УВД годны к работе: при миопии не выше (-) 4,0 D, гиперметропии не выше (+) 3,0 D, астигматизме не выше 2,0 D, анизометропии не выше 2,0 D при коррекции не ниже 0,8 на каждый глаз.

Острота зрения - годны для обучения на авиадиспетчера 0,3 на каждый глаз без коррекции, с коррекцией 1,0, при миопии не выше (-) 3,5 D, гиперметропии не выше (+) 2,5 D, астигматизме не выше 1,5 D, анизометропии не выше 2,0 D при коррекции не ниже 0,8 на каждый глаз.

Действующим заявителям никакие пределы не устанавливаются в отношении остроты некорrigированного зрения, годны с коррекцией 0,8с объемом

аккомодации, соответствующей возрастной норме с учетом профессиональной подготовки и опыта работы.

Кандидат является негодным при отсутствии способности прочитать таблицу №5 (либо эквивалентную) на расстоянии 30-50 см; таблицу №14 (либо эквивалентную) на расстоянии 100 см, с проведением коррекции.

Кандидатом предоставляются общедоступные запасные корригирующие очки, которые обеспечивают оптимальную зрительную функцию, при использовании контактные линзы обеспечивают зрение на большое расстояние, которые являются не тонированными и удобными; кандидаты с неадекватной рефракцией используют контактные линзы или очковые линзы с высоким коэффициентом преломления; в соответствии с необходимыми для зрения условиями используется не более чем одна пара очков. Заявителям с пониженной остротой зрения при наличии пресбиопии предписывается выполнять работу в корригирующих бифокальных очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект очков. В данных случаях устанавливаются ограничения VDL, VML, VNL, VXL в зависимости от вида требуемой коррекции. Наличие и качество очков (линз) контролируется при врачебных осмотрах.

При близорукости в степени 0,5Д, дальнозоркости в степени 1,0Д, астигматизме 0,5Д и остроте зрения 1,0 без коррекции в медицинских документах в строке "диагноз" указывается "здоров", а в строке "рефракция" делается соответствующая запись с ограничением VNL.

Рефракция – кандидат признается годным с гиперметропией, не превышающей +2.0Д; миопией, не превышающей - 3.0Д; астигматизмом, не превышающим 2.0Д; анизометропией, не превышающей 2.0Д при условии достижения оптимальной коррекции. При анизометропии от 2.0 до 3.0Д, носят контактные линзы.

При нарушении аккомодации и пресбиопии в степени выше 3,5Д применяется индивидуальная оценка с ограничением VXL.

Нарушения аккомодации и степень пресбиопии определяется силой сферической линзы, необходимой для выполнения профессиональной деятельности с учетом рабочего расстояния (60–80 см).

Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием типа, вида, формы и степени нарушения. Результаты медицинского исследования оцениваются на специальном бланке по соответствующим нормам, указанным в инструкции используемого прибора и (или) методики.

Хронические заболевания век, недостаточность и выворот век, язвенные блефариты, хронические конъюнктивиты, не поддающиеся лечению, нарушающие функцию зрения и не подлежащие оперативному лечению, определяют негодность к работе (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 работы (обучения).

Заболевания глазного яблока воспалительно-дегенеративного характера, заболевания сосудов глаза с нарушениями функции, заболевания слезных органов и слезоотводящих путей с нарушением функций и слезотечением, определяют негодность к обучению.

Кандидаты с начальной возрастной катарактой без прогрессирования, ограниченным помутнением хрусталика, стекловидного тела травматического характера, макулодистрофией, начальной непрогрессирующей атрофией зрительного нерва признаются годными при достаточной сохранности функции зрения.

Допуск к работе авиадиспетчеров, перенесших операцию по замене хрусталика по поводу катаракты (включая операции на оба глаза) с последующей имплантацией монофокальных интраокулярных линз, проводится через два месяца после операции, учитывая сохранность зрительных функций.

После лазерных оперативных вмешательств на органах зрения вопрос о допуске к работе решается через три месяца после операции (после лазерной коагуляции сетчатки для действующих авиадиспетчеров – через четыре недели), с учетом степени сохранности зрительных функций.

Врожденные отложения единичного мелкого пигмента на капсule хрусталика, остатки артерии стекловидного тела, миелиновые волокна сетчатки не являются препятствием для обучения.

Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты, офтальмологические изменения диска зрительного нерва являются противопоказанием к обучению.

Темновая адаптация исследуется при каждом медицинском освидетельствовании заявителя. Результаты медицинского исследования оцениваются по соответствующим нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

При выявлении повышенного внутриглазного давления заявитель подлежит консультации офтальмолога для уточнения диагноза (доброкачественная офтальмогипертензия, открытоугольная или закрытоугольная, первичная или вторичная глаукома и др.) и назначения соответствующего лечения (консервативного или оперативного).

Допуск к работе с открытоугольной глаукомой в начальных стадиях проводится через шесть недель с момента нормализации внутриглазного давления при постоянной локальной гипотензивной терапии. Кандидаты с глаукомой подлежат регулярному офтальмологическому обследованию с измерением внутриглазного давления и остроты зрения, исследованием поля зрения, оценки дисков зрительного нерва и оценкой побочных эффектов принимаемых препаратов.

Кандидаты к обучению на авиадиспетчера с любой формой глаукомы признаются негодными.

Исследование нарушений двигательного аппарата глаза проводится при каждом медицинском освидетельствовании на наличие истинного и скрытого косоглазия (гетерофории). Определяется вид и степень гетерофории. При

наличии гетерофории исследуются фузионные резервы. В норме отрицательные фузионные резервы составляют 5–8 градусов, положительные - 15-20 градусов.

Нарушение двигательного аппарата глаза с параличом мышц век; паралитическим и содружественным косоглазием; гетерофории со сниженными фузионными резервами является противопоказанием для работы (обучению).

Глава 15. Оториноларингология

Кандидаты являются негодными при наличии нарушений функций слуха, обоняния, носовых пазух или горла, в том числе полости рта, зубов и гортани, либо каких-либо заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, острых или хронических, а также каких-либо осложнений после травмы или операции, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

Острота слуха оценивается на восприятие шепотной речи в басовой и дискантовой группе слов с расстояния не менее шести метров и по результатам аудиометрии.

Аудиометрия фиксирует восприятие шума по интенсивности в диапазоне от -20 до +100 дБ и частоте от 125 до 8000 Гц. При проведении тональной аудиометрии у заявителя сохранен слух более 35 дБ на частотах 500, 1000 или 2000 Гц, или более 50 дБ на частоте 3000 Гц, каждым ухом по отдельности.

При определении слуховой функции за основу принимаются худшие показания остроты слуха, независимо от того, относятся они к басовой или дискантовой группе слов.

Обладатели медицинского заключения с потерей слуха, превышающей указанные выше нормы, признаются годным при условии, что они имеют нормальную остроту слуха при шумовом фоне, воспроизводящем или имитирующем обычный шум на рабочем месте авиадиспетчера.

Когда обнаружена неспособность слышать разговорную речь средней громкости на оба уха в тихой комнате на расстоянии двух метров, стоя спиной к медицинскому работнику, производящему обследование, заявитель признается негодным к работе (обучению).

Вопрос о годности к работе решается с учетом восстановления функций после радикальной слуховосстанавливающей операции (тимпанопластика, стапедопластика) при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости и сохранности слуховой функции при удовлетворительной способности ношения специального оборудования. При этом кандидаты для обучения на авиадиспетчера негодны.

Грубые изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и оперативных вмешательств, нарушающие функцию ЛОР-органов, вызывающие нарушение дыхательной и речевой функции и затрудняющие использование спецоборудования, заикание, косноязычие или другие дефекты речи, препятствующие ведению речевой связи, определяют негодность к работе и

обучению. Нарушение произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью не является препятствием к работе (обучению).

Кандидаты, перенесшие ринопластику с полным восстановлением функции носового дыхания, после оперативного лечения кист гайморовых пазух размером более двух сантиметров, кист и остеом любых пазух признаются годными к обучению, но не ранее, чем через две недели после операции.

Пристеночное утолщение слизистой гайморовых пазух не является препятствием к обучению. При отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в плановом порядке.

При хронических болезнях среднего уха – эпи - или мезотимпанит - решение о допуске выносится при положительных результатах лечения с учетом сохранности функций, при этом кандидаты для обучения на авиадиспетчера – негодны. Небольшие рубцы без истончения на месте перфорации, сухая перфорация, известковые отложения на барабанной перепонке (при хорошей ее подвижности, нормальном слухе, подтвержденном аудиограммой), не дают основания для установки диагноза.

Повышенная чувствительность к статокинетическим раздражителям является противопоказанием к обучению. Легкие вестибуловегетативные реакции (незначительное побледнение, небольшой гипергидроз) во время вестибулометрии и отсутствии отклонений в состоянии здоровья не является основанием для установления диагноза.

Глава 16. Дерматология

Кандидаты являются негодными при наличии дерматологических заболеваний, препятствующих безопасному выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

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

Глава 17. Онкология

Кандидаты являются негодными при наличии первичных или вторичных злокачественных заболеваний, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей соответствующего свидетельства.

После лечения злокачественного заболевания кандидаты проходят положительное онкологическое обследование перед осуществлением проверки на пригодность.

Кандидаты с клиническим диагнозом внутрицеребральной злокачественной опухоли рассматриваются как непригодные без права возобновления медицинского заключения.

При злокачественных новообразованиях 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 по классификации стадия опухоли (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 по рекомендациям официального онколога с учетом стадии злокачественного процесса: при 1-ой стадии - допуск к работе через 6 месяцев после окончания лечения с ограничением TML/ODL первые 2 года, в последующем – без ограничений; при 2-ой стадии – допуск к работе через 2 года после окончания лечения с ограничением TML./ODL бессрочно; при 3-ей стадии – негодны.

МРТ головного мозга для исключения метастазов проводится при первоначальном допуске после онкологического лечения, через каждые 5 лет и по медицинским показаниям.

При патоморфологическом заключении "рак *insitu*" независимо от локализации опухоли, кожи и губы 1 стадии решение о годности к работе (обучению) выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции) по заключению онколога с ограничением TML.

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

Доброкачественные опухоли, а также костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб, кистозные новообразования, аденома предстательной железы, мастопатии оцениваются по степени нарушения функции органов и болевого синдрома. Доброкачественные опухоли небольших размеров, без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, не являются противопоказанием к работе (обучению).

Лекарственные средства, разрешенные и запрещенные в гражданской авиации Кыргызской Республики

В авиации допускается использование большинства из применяемых в настоящее время лекарственных средств:

1. Сартаны (блокаторы рецепторов ангиотензина – БРА) – например, лозартан, кандесартан.
2. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – например, эналаприл, лизиноприл.
3. Блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) – например, амлодипин, нифедипин.
4. Бета-блокаторы – например, атенолол, бисопролол.
5. Средства для предупреждения и лечения атеросклероза, например, липримар, мевакор
6. Диуретики – например, бендрофлюметазид, индапамид.

Препараты, которые не разрешены, включают следующие:

1. Антиаритмические препараты класса I а, такие, как:
 - хинидин (повышенный риск двунаправленной тахикардии и внезапной сердечной смерти (ВСС));
 - дизопирамид (чрезмерные антихолинергические побочные эффекты);
 - прокаинамид (волчаночный синдром и иногда агранулоцитоз).
2. Препараты класса I в (например, мексилетин), которые не эффективны при нарушении ритма предсердий.
3. Препараты класса I с (флекаинид, пропафенон), которые эффективно помогают восстановить синусовый ритм и поддерживать его, но имеют нежелательные побочные эффекты, такие, как трепетание и нарушение зрения. Оба случая могут привести к трепетанию предсердий у меньшинства пациентов (около 5 %).
4. Наиболее эффективный препарат класса III – амиодарон, который имеет высокий профиль побочных эффектов и по этой причине не может разрешаться.
5. Препараты класса III – морисизин, дофетилид и ибутилид.
6. Варфарин.
7. Применение блокаторов альфа-1, таких, как доксазосин, празосин и препараты центрального действия – клонидин, моксонидин и метилдопа, не разрешается.
8. Лекарственные средства, угнетающие ЦНС (снотворные, наркотические, седативные средства, транквилизаторы, противосудорожные средства, метаквалон, глютетимиды, карбаматы, уреиды, опиаты, бромиды, барбитураты, кодеин и его производные, морфин и его производные и др. аналоги) запрещены.

9. Лекарственные средства, влияющие на вегетативную нервную систему (ацетилхолин и холиномиметические средства, антихолинэстеразные средства, адреналин и атропин, метахолин, пилокарпин, неостигмин, физостигмин, изопротеренол) запрещены.

10. Мочегонные средства, спазмолитические адреномиметические средства, антиадренергические средства, эфедрин, амфетамин,

11. средства, рвотные и слабительные средства, гормональные препараты и их синтетические аналоги, средства для лечения новообразований

Лекарственные средства, которые требуют медицинского контроля:

1. Антибиотики: Могут вызывать побочные эффекты, но важнее само наличие инфекции, из-за которой пилот или бортпроводник могут быть непригодны к полету.

2. Противомалярийные препараты: Большинство таких препаратов совместимы с полетами, кроме мефлохина, который может вызывать дезориентацию и потерю координации.

3. Антигистамины: Могут вызывать сонливость. Следует выбирать неседативные препараты.

4. Лекарства от кашля: Препараты с кодеином и псевдоэфедрином несовместимы с полетами.

5. Деконгестанты: Могут использоваться, но требуется консультация врача.

6. Назальные кортикоステроиды: Совместимы с полетами.

7. Обезболивающие: Нестероидные противовоспалительные средства (например, парацетамол) обычно допустимы. Сильные обезболивающие на основе опиатов несовместимы с полетами.

8. Антидиарейные препараты: Лоперамид допустим, но сама диарея делает человека непригодным к полетам.

9. Контрацептивы и гормональная терапия: Обычно совместимы.

10. Лекарства для лечения эректильной дисфункции: Могут вызывать нарушения зрения.

11. Лекарства от гипертонии: Большинство антигипертензивных препаратов допустимы, но требуется медицинский контроль.

12. Лекарства от астмы: Должны быть клинически стабильны. Применение ингаляторов допустимо, но прием стероидов и теофиллинов — нет.

**Объем обследования
авиационного персонала в целях медицинского обследования**

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;
- взвешивание, определение окружности живота.

2. Оториноларингологическое обследование:

- внешний осмотр ЛОР-органов;
- внутренний осмотр (эндоскопия), передняя и задняя риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, определение носового дыхания и обоняния;
- акуметрия (шепотной речью);
- барофункция уха;
- исследование статокинетической устойчивости (вестибулометрия) проводится методом непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса (НКУК) в течение 3 минут или методом прерывистой кумуляции ускорений Кориолиса (ПКУК) в течение 2 минут: кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, бортпроводников; летному составу, бортоператорам и бортпроводникам;
- тональная аудиометрия проводится кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, бортпроводников; лицам из числа наземного состава, переучающимся на бортмехаников, бортрадистов и бортпроводников; студентам учебных заведений гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров перед выпуском; лицам летного состава - через каждые 5 лет лётной работы, а по достижении 40-летнего возраста один раз в два года; при установлении заболевания органа слуха ежегодно.

3. Офтальмологическое обследование:

- острота и поля зрения;
 - цветовое зрение;
- бинокулярное зрение;
- ночное зрение и темновая адаптация;
- ближайшая точка конвергенции;
- ближайшая точка ясного зрения;
- анатомическое состояние органа зрения;
 - рефракция субъективным и объективным методом обследования (скиоскопия и рефрактометрия);
- внутриглазное давление (измеряется летному составу по достижении 35

летнего возраста - один раз в два года, остальным освидетельствуемым по достижении 40 летнего возраста один раз в три года; лицам старше 50 лет (независимо от профессии) - при очередном освидетельствовании).

Допускается измерение внутриглазного давления экспресс-методом с использованием бесконтактного тонометра. В диагностических целях измерение внутриглазного давления должно проводиться тонометром Маклакова.

4.Требования по клиническим обследованиям и анализам к абитуриентам и авиационному персоналу

Абитуриенты авиационных учебных заведений (по всем специальностям) предоставляют в медицинскую комиссию следующие документы и результаты обследований:

- Справки из наркологического диспансера (РЦН) и психоневрологического диспансера (РЦПЗ);
- Психологическое обследование;
- Осмотры врачей: стоматолога, невропатолога, хирурга, гинеколога (для женщин), терапевта, отоларинголога, офтальмолога;
- Общий анализ крови (ОАК) и мочи (ОАМ);
- Анализы крови на ВИЧ, сахар, микрореакцию, определение группы крови;
- Проба Мастера;
- УЗИ внутренних органов;
- Флюорография (ФЛГ) или рентгенография лёгких и придаточных пазух;
- ЭхоКГ, ЭКГ, ЭЭГ.

Для медицинского заключения I класса:

До 30 лет:

- ОАК, ОАМ;
- ФЛГ / или рентгенография лёгких;
- ЭКГ в покое — раз в два года или по показаниям;
- Кровь на сахар — раз в два года;
- Психологическое обследование — раз в два года;
- Осмотры терапевта, отоларинголога, офтальмолога;
- Дополнительные обследования — по медицинским показаниям.

До 40 лет:

- Идентичны требованиям до 30 лет.

Старше 40 лет:

- ОАК, ОАМ, ФЛГ;
- ЭКГ в покое — ежегодно;
- ЭКГ с нагрузкой (ВЭМ, тредмил-тест) — ежегодно;
- УЗДГ — раз в два года;
- Кровь на сахар и липидный спектр — ежегодно;
- Психологическое обследование — раз в два года;
- Осмотры терапевта, отоларинголога, офтальмолога;
- Дополнительные обследования — по медицинским показаниям.

Старше 50 лет:

- В дополнение к предыдущему: биохимический анализ крови — раз в два года.

Старше 60 лет:

- УЗДГ — ежегодно;
 - Все остальные обследования сохраняются с периодичностью, как указано выше.
-

Для медицинского заключения II класса:

До 30 лет:

- ОАК, ОАМ, ФЛГ / или рентгенография лёгких;
- ЭКГ в покое — раз в два года;
- Психологическое обследование — раз в два года;
- Осмотры терапевта, отоларинголога, офтальмолога.

До 40 лет:

- Требования идентичны предыдущей возрастной категории.

Старше 40 лет:

- ЭКГ в покое и с нагрузкой — ежегодно;
- УЗДГ — раз в два года;
- Кровь на сахар и липидный спектр — ежегодно.

Старше 50 лет:

- Биохимические анализы — раз в два года.

Старше 60 лет:

- УЗДГ — ежегодно;
 - Все основные обследования — ежегодно.
-

Для медицинского заключения III класса:

До 30 лет:

- ОАК, ОАМ, ФЛГ / или рентгенография лёгких;
- ЭКГ — раз в два года или по показаниям;

- Психологическое обследование — раз в два года;
- Кровь на сахар — раз в два года;
- Осмотры терапевта, отоларинголога, офтальмолога.

До 40 лет:

- ЭКГ — раз в два года.

Старше 40 лет:

- ЭКГ в покое — раз в два года;
- С 45 лет — ежегодная нагрузочная проба (ЭКГ с нагрузкой);
- Липидный спектр — ежегодно.

Старше 50 лет:

- ЭКГ в покое и с нагрузкой — ежегодно.

Старше 60 лет:

- Биохимические исследования крови, УЗДГ — ежегодно;
 - Липидный спектр, сахар крови — ежегодно.
-

Дополнительные обследования по медицинским показаниям:

- МРТ, КТ;
- ЭГДС или рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки;
- УЗДГ сосудов шеи;
- АД-мониторирование, ЭКГ-мониторирование;
- Коронароангиография (КАГ);
- Ректороманоскопия;
- ВЭМ-проба или Тредмил-тест;
- УЗИ внутренних органов;
- Биохимические исследования крови.

Маммография проводится женщинам старше 40 лет — раз в два года, а также по показаниям.

УЗИ органов малого таза — с 45 лет раз в два года, затем ежегодно.

Медицинские показания к ЭКГ с нагрузкой (у лиц до 40 лет):

- Нарушения ритма сердца;
- Ожирение I—III степени;

- Нарушения липидного и жирового обмена;
- Повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, включая возраст;

Наличие наследственной предрасположенности (ишемическая болезнь у отца или матери).

Если авиационный персонал ведёт здоровый образ жизни, не имеет факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, сохраняет нормальный вес, а результаты глюкозы и липидного спектра в норме, и по результатам эхокардиографии отсутствуют патологии — нагрузочная ЭКГ (VELOЭРГОМЕТРИЯ или ТРЕДМИЛ-ТЕСТ) может проводиться один раз в два года.

**ЖУРНАЛ ПРОТОКОЛОВ
МКГА**

Протокол заседания МКГА № _____ от « ____ » 20 ____ г.

Председатель _____ Члены _____

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рожде- ния (число, месяц и год рождения)	Должность, место работы, общее летное время	Повод для медицинского освидетельств ования	Жалобы, клинический диагноз	Медицинское заключение, группа динамического наблюдения, лечебно- оздоровительные мероприятия, рекомендации.
1	2	3	4	5	6	7

Председатель _____ (подпись)

Члены: _____

_____ (подписи)

М.П.

- На кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации, ведется отдельный Журнал протоколов; в графе 4 указывается наименование учебного заведения гражданской авиации.
- Номера протоколов ведутся с 01.01. каждого года, порядковые номера в графе 1 указываются дробью: в числителе - номер с начала года, в знаменателе - номер на каждый день медицинского освидетельствования во АМК.
- Страницы журнала нумеруются и прошнуровываются; он хранится у председателя АМК как документ ДСП 30 лет, а на кандидатов, поступающих в учебные заведения, - 3 года.

**ПЕРЕЧЕНЬ
медицинской аппаратуры и инструментария
МКГА**

Кабинет председателя:

1. Ростомер
2. Весы медицинские
3. Спирометр
4. Динамометр ручной
5. Лента сантиметровая
6. Угломер
7. Ишихара тест
8. Кушетка медицинская
9. Негатоскоп
10. Секундомер
11. Сфигмоманометр (тонометр)
12. Стетофонендоскоп
13. Термометры медицинские
14. Персональная ЭВМ

Кабинет терапевта:

1. Сфигмоманометр (тонометр)
2. Стетофонендоскоп
3. Секундомер
4. Шпатели металлические или деревянные
5. Термометры медицинские
6. Кушетка медицинская
7. Весы медицинские
8. Ростомер
9. ЭКГ
10. Персональная ЭВМ

Кабинет оториноларинголога:

1. Шкаф стеклянный для инструментария
2. Столик для инструментария
3. Лампа настольная с гибким штативом
4. Кресло, вращающееся для исследования вестибулярного анализатора
5. Аудиометр (с бланками)
6. Рефлектор лобный
7. Шпатели металлические для языка
8. Воронки ушные
9. Зеркала носовые
10. Зеркала гортанные
11. Зеркала носоглоточные

12. Баллоны Полицера с оливой
13. Зонды ушные с нарезкой
14. Зонды глоточные
15. Зонды аттиковые
16. Зонды носовые пуговчатые
17. Воронка Зигля ушная с оптической системой
18. Камертоны (набор)
19. Секундомер
20. Отоскопы
21. Шприцы гортанные с изогнутыми наконечниками
22. Шприцы Жанне
23. Пинцеты коленчатые ушные
24. Пинцеты анатомические
25. Катетеры металлические
26. Наборы для задней тампонады носа
27. Зонды носовые с нарезкой
28. Корнцанги
29. Ножницы хирургические с одним острым концом
30. Иглы для прокола гайморовой пазухи
31. Банки с притертными пробками
32. Ручки для гортанных зеркал
33. Штанглазы с притертными пробками для пахучих веществ
34. Лоточки почкообразные
34. Стерилизатор
35. Биксы
36. Кушетка медицинская
37. Термометры медицинские
38. Персональная ЭВМ

Кабинет офтальмолога:

Аппарат для освещения таблицы (Рота)

Таблицы для определения остроты зрения Головина-Сивцева

Таблицы Рабкина полихроматические (издания 8, 9), аномалоскоп.

Набор стекол с пробными оправами

Рефрактометр

Линейки скиаскопические

Офтальмоскоп простой (зеркальный) и электрический

Периметр шаровой

9. Прибор для определения бинокулярного зрения (цветотест ПБИ-1, синоптофер)
10. Прибор для исследования остроты ночного зрения и темновой адаптации
11. Лампа настольная с гибким штативом
12. Лампа щелевая
13. Тонометр Маклакова и бесконтактный тонометр.
14. Гониоскоп

15. Шкала Меддокса
16. Набор для промывания слезных путей
17. Кушетка медицинская
18. Термометры медицинские
19. Персональная ЭВМ

ЖУРНАЛ
предполётного медицинского осмотра
членов экипажей воздушных судов

Начато: _____

Окончено: _____

№ п/п	Дата и время осмотра, ч, мин.	Ф.И.О.	Должность	№ рейса по вылету	Дата и время вылета (план), ч, мин.	№ борта	Дата и время последнего прилета, ч, мин.
1	2	3	4	5	6	7	8

Жалобы	Подпись члена экипажа	Состояние слиз-х и зева	Пульс	По показаниям			Заклю чение	Должность и подпись мед. работника	
9	10	11	12	носовое дыхание	темпер. тела	АД	15	16	17

В этой книге пронумеровано и прошнуровано _____ страниц и
опечатаны печатью _____ (прописью)

МП _____
(должность) _____
(подпись) _____
(расшифровка подписи) _____

«_____» 20 г.

\

**ЖУРНАЛ
предсменного медицинского осмотра
диспетчеров УВД**

Начато: _____

Окончено: _____

№ п/п	Дата и время осмотра, ч, мин.	Ф.И.О.	Должность	Жалобы	Подпись диспетчера
1	2	3	4	5	6

Частота пульса	Состояние слизистых и зева	Заключение	Должность и подпись медицинского работника
7	8	9	10

В этой книге пронумеровано и прошнуровано _____ страниц и
опечатаны печатью _____ (прописью)

МП _____
(должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

«_____» 20 г.

**ЖУРНАЛ
отстранения от полётов (дежурств)**

Начато: _____

Окончено: _____

№ п/п	Дата и время осмотра, ч, мин.	Ф.И.О.	Должность	Наименование организации или подразделения	Причина отстранения от полётов (дежурств)	Должность и подпись медицинского работника
1	2	3	4	5	6	7

Куда направлен отстраненный	Когда и кому сообщено об отстранении	Когда и кем допущен к лётной работе (дежурству)
8	9	10

В этой книге пронумеровано и прошнуровано _____ страниц и
опечатаны печатью _____ (прописью)

МП _____
(должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

«_____» 20 г.

Штамп медицинского учреждения

Справка №_____
об отстранении от полётов (дежурств)

(Ф.И.О., должность, наименование организации или структурного подразделения)

отстранен от полёта (дежурства) на предполётном (предсменном) медицинским осмотре
«____» 20 г. ч. мин.

Предварительный диагноз _____

Краткие объективные данные _____

Дата явки к врачу _____ «____» 20 г.
(наименование лечебного учреждения)

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

«____» 20 г.

Треугольный штамп для справок

Порядок проведения медицинского обследования на предмет установления состояния острой алкогольной интоксикации или факта употребления психоактивных веществ на предполетном (предсменном) стартовом медицинском пункте.

Дежурным медицинским сотрудником стартового медпункта проводится первичное медицинское обследование для установления факта употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ с применением:

- Алкотестера
- Алкосенсорных полосок
- Тест-полосок на определение наркотических веществ (марихуана, опиаты и др.)

Медицинское обследование проводится в помещении медпункта дежурным фельдшером стартового медицинского пункта, прошедшим курсы обучения по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ.

Медицинское обследование проводится по направлению руководящего состава организации гражданской авиации, а также руководителей подразделений, направивших лицо на медицинское обследование, с сообщением причины, вызвавшие необходимость медицинского обследования. В случае медицинского обследования по личному обращению, обследуемое лицо обязано предоставить документ, удостоверяющий его личность и письменное заявление о проведении ему медицинского обследования с изложением причины его просьбы.

Обследуемый должен быть поставлен в известность о проводимом обследовании.

Результаты обследования фиксируются в специальном журнале, заполняются по определенной установленной форме:

Дата и время обследования	ФИО	Год рождения	Дом. адрес	Место работы	Кем направлен (должность, фамилия, № служебного удостоверения)	Результаты клинического обследования	Результаты химических проб выдыхаемого воздуха	Результаты исследования биологических сред (крови, мочи, слюны и др.)	Заключение

Составляется Акт медицинского обследования для установления состояния острой интоксикации или факта употребления психотропных веществ по следующей форме:

АКТ медицинского обследования для установления состояния острой интоксикации или факта употребления психотропных веществ №_____

«_____» _____ 20____ г.

Мы, нижеподписавшиеся:

1) _____

2) _____

3) _____

составили настоящий акт, в том, что сотрудник:

Ф.И.О. _____

дата рождения _____

должность _____

место работы _____

явился на работу (находился на территории) «_____» 20____ г.
точное время _____

(указать причину обследования)

1. Запах алкоголя или другого вещества изо рта: есть, нет (нужно подчеркнуть)

2. Наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма исследовались методами:

3. Подпись обследуемого: _____

Это подтверждается рапортом фельдшера стартового медицинского пункта (прилагается)

Ф.И.О., _____

от «_____» 20____ г.

Регистрационный номер №_____

Подпись составителей Акта:

1) _____

2) _____

3) _____

Далее составленный Акт выдается на руки лицу, доставившему обследуемого на медицинское обследование или на руки самому обследуемому лицу при медицинском обследовании по личному заявлению. Копия Акта остается в стартовом медицинском пункте и хранится в установленном для медицинской документации порядке не менее 5 лет.

При получении положительных результатов медицинского обследования или в случае невозможности по объективным причинам определения факта употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ, освидетельствуемое лицо с сопровождением направляется на медицинское освидетельствование в Республиканский центр наркологии (РЦН), не позднее двух часов с момента проведения пробы при наличии письменного направления.

Образец направления заполняется по следующей форме:

**НАПРАВЛЕНИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
ФАКТА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.**

1. Фамилия, имя, отчество лица, направляемого на медицинское освидетельствование

2. Дата рождения: _____

3 Место работы, должность

4. Причина направления на освидетельствование

5. Дата и время выдачи направления

6. Фамилия, имя, отчество, должность лица, выдавшего направление

Подпись должностного лица _____

выдавшего направление

М.П.

**Объем движений в суставах, подлежащих измерению
при медицинском освидетельствовании**

Сустав	Направление движения	Исходное положение для измерения: угол, от которого ведется отчет	Объем движения (градус)	
			В норме	Ограничения квалифицируемые как незначительные
Плечевой	Сгибание (движение вперед) с участием плечевого сустава	Стоя. Рука опущена вдоль туловища, выпрямлена, в среднем положении между супинацией и пронацией (0)	175-180	До 120
	Разгибание (движение назад)	То же	45-50	До 20
	Отведение (с участием плечевого пояса)	Стоя. Рука выпрямлена, супинирована (0)	180	До 120
Локтевой	Сгибание	Стоя. Рука опущена, разогнута, в среднем положении (180)	27-30	До 80
	Разгибание	То же	180	До 160
Луче -локтевой	Пронация	Стоя или сидя. Рука согнута под углом 90, предплечье в среднем положении, кисть и пальцы в одной плоскости с предплечьем (0)	90	До 60
	Супинация	То же	90	До 60
Луче-запястный	Сгибание	Стоя. Рука перед грудью, согнута в локтевом суставе под прямым углом предплечье пронирование (180)	80	До 30
	Разгибание	То же	70	До 15
	Отведение	То же предплечье супинировано, кисть в одной плоскости с предплечьем (180)	160	До 175
	Приведение	То же	135-140	До 165
Пястно-фаланговые	Сгибание	Сидя, локоть на опоре, предплечье вертикально, пальцы выпрямлены (180)	Первого до 135, остальные 90-95	Пальца до 155
	Разгибание	То же	180-210	До 160 165-170

При наличии ограничения движения в межфаланговых суставах должна оставаться хватательная функция кисти и противопоставление 1-го пальца остальным

Тазобедренный	Сгибание	Лежа на спине. Колено сгибается. Таз фиксирован (0)	120	100
	Разгибание	Лежа на животе или здоровом боку. Колено разогнуто. Таз фиксирован (0)	15-20	10
	Отведение	Лежа на спине. Таз фиксирован. Стопа в среднем положении, под углом 90 к голени (0)	50-90	30
	Приведение	То же	20-30	10
	Супинация (ротация кнаружи)	То же, колено разогнуто (0)	60	40
	Пронация (ротация кнутри)	То же	40	До 20
Коленный	Сгибание	Лежа на спине. Колено разогнуто в суставе, расположено на одной плоскости с туловищем, надколенник обращен вперед (180)	40	До 90
	Разгибание голени	То же	180	170
Голено-стопный	Сгибание стопы	Лежа на спине или боку. Стопа под углом 90 к голени.	130	110
	Разгибание голени	То же	70	80
Височно-челюстной	Вертикальное движение	Измеряют в см. при широко открытом рте по расстоянию между свободными краями верхних и нижних резцов	Нормальное раскрытие рта от 3 до 6 см	3 см

Таблица для оценки веса тела по величине индекса массы тела Кетле (ИМТ)

Рост (см)	Нормальный вес (кг) (ИМТ 20,0-25,9)	Избыточная масса тела (кг) (ИМТ 26,0-29,9)	Ожирение 1 степени (кг) (ИМТ 30,0-34,9)	Ожирение 2 степени (кг) (ИМТ 35,0)
146	43-55	55-64	64-74	75
147	43-55	56-65	65-75	76
148	44-57	57-66	66-76	77
149	44-58	58-66	67-77	78
150	45-48	58-67	68-79	79
151	46-59	59-68	68-80	80
152	46-60	60-69	69-81	81
153	47-61	61-70	70-82	82
154	47-61	62-71	71-83	83
155	48-62	62-72	72-84	84
156	49-63	63-73	73-85	85
157	49-64	64-74	74-85	86
158	50-65	65-75	75-87	87
159	51-65	65-76	76-88	88
160	51-66	67-77	77-89	90
161	52-67	67-78	78-90	91
162	52-68	68-78	79-92	92
163	53-69	69-79	80-93	9
164	54-70	70-80	81-94	94
165	54-71	71-81	82-95	95
166	55-71	72-82	83-96	96
167	56-72	73-83	84-97	98
168	56-73	73-84	85-99	99
169	57-74	74-85	86-100	100
170	58-75	75-86	87-101	101
171	58-76	76-87	88-102	102
172	59-77	77-88	89-103	104
173	60-78	78-89	90-104	105
174	61-78	79-91	91-106	106
175	61-79	80-92	92-107	107
176	62-80	81-93	93-108	108
177	63-81	81-94	94-109	110
178	63-82	82-95	95-111	111
179	64-83	83-96	96-112	112
180	65-84	84-97	97-113	113
181	66-85	85-98	98-114	115
182	66-86	86-99	99-116	116
183	67-87	87-100	100-117	117
184	68-88	88-101	102-118	119
185	68-89	89-102	103-119	120
186	69-90	90-103	104-121	121
187	70-91	91-105	105-122	122
188	71-92	92-106	106-123	124
189	71-93	93-107	107-125	125
190	72-94	94-108	108-126	126
191	73-94	95-109	109-127	128
192	74-95	96-110	111-129	129
193	75-96	97-111	112-130	130
194	75-97	98-113	113-131	132
195	76-98	99-114	114-133	133
196	77-100	100-115	115-134	134
197	78-101	100-116	116-135	136
198	78-102	102-117	118-137	137
199	79-103	103-118	119-138	139
200	80-104	104-120	120-140	140

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается по формуле: вес в кг / рост в м²

Проведение мероприятий по диспансеризации в межкомиссионный период

В межкомиссионный период мероприятия по диспансеризации осуществляются следующим образом:

- для обладателей медицинских заключений I, II и III классов с установленным диагнозом проводятся полугодовые медицинские осмотры с обязательным выполнением обследований, назначенных медицинской комиссией.

- для обладателей медицинских заключений I, II и III классов с заключением "здоров" ежегодно проводятся общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), флюорографическое обследование (ФЛГ), а также электрокардиография (ЭКГ) по медицинским показаниям.

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по терапевтическому профилю

1	Дислипидемия	До достижения целевых уровней ОХ, ХСЛПН II и низкого риска КБС	Врач - терапевт – 1 раз в 6 месяцев	Липидный спектр С - реактивный белок, ВЭП – перед ВЛЭК. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев	Гиполипидемическая диета, динамические физические нагрузки, исключение алкоголя и курения	Статины, препараты с содержанием ПНЖК – омега - 3, поливитамины с микроэлементами	Гиполипидемическая диета и гиполипидемические препараты
2	Пограничный уровень артериального давления (высоконормальное АД)	Постоянно	Врач-терапевт, офтальмолог – 1 раз в 6 месяцев Контроль АД на предположительном (предсменном) медосмотре. Невролог по показаниям	Липидный спектр, глюкоза крови, креатинин, УЗИ почек СМАД, ЭКГ-нагрузочная проба, ЭхоКГ - в рамках ВЛЭК. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев	Гипонатриевая диета, психотерапия в сочетании с аутогренингом физиотерапия ЛФК. Модификация образа жизни, самоконтроль АД	Санаторно-курортное лечение, комплексная реабилитация. Адаптогены	Адаптогены
3	Изменения на ЭКГ: редкая экстрасистолия, незначительные нарушения процессов реполяризации,	3 года после исчезновения изменений на ЭКГ	Врач-терапевт – 1 раз в 6 месяцев.	Ревмотесты, липидный спектр, суточное ЭКГ мониторирование, ЭхоКГ, ВЭП-перед ВЛЭК, УЗИ щитовидной железы при	Модификация образа жизни, ЛФК, электросон, психофизиологическая реабилитация, комплекс витаминов с микроэлементами	Диета, богатая микроэлементами при необходимости медикаментозное лечение	Диета, богатая микроэлементами

	тахикардия			нарушениях ритма			
4	Увеличение щитовидной железы без явлений тиреотоксикоза	Постоянно	Врач - терапевт – 1 раз в 6 месяцев, эндокринолог 1 раз в год	УЗИ щитовидной железы - 1 раз в 6 месяцев. Определение гормонов щитовидной железы по показаниям	Общие оздоровительные мероприятия, адаптогены	Препараты йода по назначению эндокринолога	Препараты йода по назначению эндокринолога
5	Ферментопатии	3 года после нормализации	Врач-терапевт 1 раз в 6 месяцев	Кровь на АСТ, АЛТ - 1 раз в 6 месяцев, копрологическое исследование, УЗИ печени и желчного пузыря по показаниям	Диета, поливитамины, исключение алкоголя и курения	Диета, поливитамины, исключение алкоголя, курения	Диета, поливитамины, исключение алкоголя, курения
6	Нарушение толерантности к глюкозе	3 года после нормализации	Врач-терапевт -1 раз в 6 месяцев. Эндокринолог - 1 раз в год	Глюкоза крови - 1 раз в 6 месяцев, ОГTT (оральный глюкозотолерантный тест) - 1 раз в год, гликогемограмма по показаниям	Диета. Исключение алкоголя и курения. Контроль массы тела. ЛФК	Диета. Минеральные воды, гидропроцедуры, поливитамины. ЛФК	Диета, ЛФК

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом - терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и других диагностических исследований	Оздоровительные мероприятия	Лечебные мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	Лечебные мероприятия в процессе работы
7	После перенесенного инфекционного гепатита А, брюшного тифа, малярии	1 год	Врач - терапевт – 1 раз в 6 мес., инфекционист (гепатолог) – по показаниям	Биохимический анализ крови на билирубин, АСТ, АЛТ - 1 раз в 6 месяца, дополнительные обследования по показаниям. УЗИ печени - по	Режим, диета, исключение курения и алкоголя. Отстранение от АХР, противопоказаны профилактические прививки в течение 6 месяцев	Поливитамины, гепатопротекторы по показаниям	Поливитамины

				показаниям			
8	Вирусные гепатиты В, С, Д	1 год	Врач-терапевт -1 раз в 6 месяца. Инфекционист (гепатолог) - через год	Биохимический анализ крови на билирубин, АСТ, АЛТ - 1 раз в 3месяца. УЗИ печени, маркеры хронических вирусных гепатитов - по показаниям	Режим, диета, исключение курения, алкоголя. Отстранение от АХР, противопоказаны профилактические прививки в течение 6 месяцев	Поливитамины. Гепатопротекторы по показаниям	Поливитамины
9	Гельминтозы и паразитарные заболевания ЖКТ	1 год после окончания лечения	Врач – терапевт - 1 раз в 6 месяцев, инфекционист – по показаниям	ОАК, копрологические исследования - 1 раз в 6 месяцев. Другие исследования (в т.ч. УЗИ) – по показаниям		Поливитамины, курсы специфической терапии	Поливитамины
10	После острого гломерулонефрита, пиелонефрита	2 года	Врач-терапевт - первый год 1 раз в 6 месяца, второй год 1 раз в год. Уролог (нефролог) - по показаниям	Общий анализ крови и мочи: первый год - 1 раз в 3 месяца, второй год 1 раз в 6 месяцев. Анализ мочи по Нечипоренко Анализ крови на креатинин, мочевину – 1 раз в год	Режим, диета, исключение алкоголя, курения, избегать переохлаждений. Исключение тяжелых физических нагрузок. Отстранение от АХР	Санация очагов инфекций, санаторно-курортное лечение, витамины	Поливитамины
11	После перенесенной острой ангины	3 месяца	Врач - терапевт, оториноларинголог, стоматолог - 1 раз в 6 месяца	ОАК, ревмотесты, ЭКГ - через 3 месяца (при переводе в 1 группу)	Закаливание. Исключение алкоголя, курения Избегать переохлаждений. Исключение тяжелых физических нагрузок	Санация очагов инфекций. Физиотерапия	Поливитамины
12	После перенесенной острой пневмонии	1 год	Врач - терапевт - 1 раз в 6 месяца. Пульмонолог, фтизиатр - по показаниям	ОАК - 1 раз в 6 месяцев. Обзорная рентгенография легких, ФВД - 1 раз в год	Закаливание. Исключение алкоголя, курения Избегать переохлаждений.	Санация очагов инфекций. Поливитамины, физиотерапия	Массаж, дыхательная гимнастика, ЛФК

					Исключение тяжелых физических нагрузок		
13	Миокардиты. Постинфекционная миокардиодистрофия	1 год	Врач-терапевт - 1 раз в 6 месяца, кардиолог – по показаниям	Ревмотесты - 1 раз в год. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев. Эхо-КГ, суточное ЭКГ-мониторирование - по показаниям	Закаливание. Исключение алкоголя, курения Избегать переохлаждений. Исключение тяжелых физических нагрузок	Санация очагов инфекций. Поливитамины. Препараты калия и магния	Поливитамины

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом-терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и других диагностических исследований	Оздоровительные мероприятия	Лечебные мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	Лечебные мероприятия в процессе работы
14	Артериальная гипертония	Постоянно	Врач –терапевт - 1 раз в 6 месяцев. Невролог, офтальмолог, уролог - по показаниям. Контроль АД на предполетном (предсменном) осмотре	Липидный спектр, ОАК, креатинин, ОАМ, глюкоза крови, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, Эхо-КГ, СМАД, ВЭП - 1 раз в год. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек – по показаниям	Гиполипидемическая диета. Ограничение поваренной соли, исключение алкоголя и курения. Исключение тяжелых физических нагрузок	Санаторно-курортное лечение и физиотерапия по сердечно-сосудистому комплексу, гипотензивная терапия - по показаниям, профилактическое лечение	Витамины, аутотренинг, подбранная доза гипотензивных препаратов, ЛФК, самоконтроль АД
15	Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Атеросклеротический кардиосклероз	Постоянно	Врач –терапевт - 1 раз в 6 месяцев.	Эхо-КГ, ВЭП - 1 раза в год. Липидный спектр, ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев.	Режим, диета, Дозированные динамические физические тренировки	Санаторно-курортное лечение, ЛФК, Курсы комбинированной антисклеротической терапии - по показаниям	Разрешенная гиполипидемическая терапия, диета, ЛФК, аутотренинг
16	Миокардитический кардиосклероз, недостаточность	Постоянно	Врач- терапевт 1 раз в 6 месяцев	Анализ крови на ревмотесты, Эхо-КГ, ВЭП (Суточное ЭКГ-	Исключение алкоголя и курения, исключение тяжелых физических	Санация хронических очагов инфекций. Профилактическое	Избегать переохлаждений, простудных заболеваний

	митральног о клапана, пролапс митральног о клапана			мониториров ание по Холтеру)-1раз в год. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев.	нагрузок	лечение, поливитами ны, ЛФК	й. Поливитам ины, ЛФК
17	Неспецифи ческие хронически е заболевания легких	Постоя нно	Врач -терапевт - 1 раз в 6 месяцев. Фтизиатр(пуль монолог) - по показаниям	Общий анализ крови - 1 раз в 6 месяцев. Обзорная рентгенография легких - 1раз в год. ФВД – по показаниям. Другие исследования по показаниям	Исключение курения и алкоголя, тяжелых физических нагрузок, избегать переохлаждений	Санация очагов инфекций, ЛФК, санаторно-курортное лечение, физиотерапия, массаж, профилактическое лечение	Поливитам ины, ЛФК.
18	Язвенная болезнь желудка и луковицы 12- типерстной кишки (ЛДПК)	Постоя нно	Врач –терапевт -1раз в 6 месяцев (по показаниям - чаще) Другие специалисты – по показаниям	Общий анализ крови – 1 раз в 6 месяцев. ЭГДС (рентгеноско пия желудка с контрастным веществом) - 1 раз в год	Диета. Исключение курения и алкоголя	Диета. Санаторно-курортное лечение, физиотерапия, курсы противоязвен ной терапии - по показаниям	Диета. Щелочные минеральн ые воды
19	Хронически е гастриты, дуодениты, колиты	Постоя нно	Врач –терапевт - 1раз в 6 месяцев	Общий анализ крови – 1 раз в 6 месяцев. ЭГДС (рентгеноско пия желудка с контрастным веществом) - 1 раз в год. Ректоромано скопия (ирригоскопи я) по показаниям	Диета. Исключение курения и алкоголя	Санаторно-курортное лечение, профилактическое лечение	Диета. Минеральн ые воды, при необходимости разрешенн ая медикамен тозная терапия
20	Хронически й гепатит, холецистит, функционал ьная гипербилир убинемия, жировой гепатоз	Постоя нно	Врач –терапевт - 1раз в 6 месяцев	Анализ крови на печеночные тесты, липидный спектр, УЗИ внутренних органов- 1 раз в год, по показаниям – чаще	Диета, исключение курения и алкоголя. Отстранение от АХР. Ограничение от участия в спортивных соревнованиях	Диета. Санаторно-курортное лечение, физиотерапия медикаментозное лечение по показаниям. Профилактическое лечение	Диета. Гепато-протекторы, желчегонн ые препараты по показания м. Поливитам ины
21	Резекционн ый	Постоя нно	Врач –терапевт -1раз в 6	ЭГДС, УЗИ внутренних	Диета, исключение	Диета. Санаторно-	Диета. Минеральн

	желудок, холецистоэктомия и другие операции на органах пищеварения		месяцев, Хирург, гастроэнтеролог – по показаниям	органов- 1 раз в год в течение 3-х лет, далее по показаниям	курения и алкоголя	курортное лечение, профилактическое лечение	ые воды, разрешенная медикаментозная терапия
22	Хронические заболевания почек и мочевыводящих путей	Постоянно	Врач- терапевт -1 раз в 6месяцев. Уролог -по показаниям	ОАК, ОАМ - 1 раз в 6 месяцев. Кровь на креатинин, мочевину, общий белок - 1 раз в год. Посев мочи, УЗИ почек и мочевыводящих путей - 1 раз в год, другие обследования по показаниям	Диета, избегать переохлаждений, режим труда и отдыха. Исключение алкоголя и курения	Санация хронических очагов инфекции. Физиотерапия и медикаментозное лечение - по показаниям. Профилактическое лечение	Поливитамины
23	Сахарный диабет (2 тип)	Постоянно	Врач-терапевт –1 раз в 6 месяца Эндокринолог – 1 раз в 6 месяцев	Глюкоза крови натощак 1 раз в 3 месяца. ОГТТ – 1 раз в год, гликогемоглобин по показаниям. Липидный спектр - 1 раз в год. Анализ суточной мочи на сахар, ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев. Другие обследования - по показаниям	Диета. Исключение курения и алкоголя. Следить за массой тела. Отстранение от АХР	Диета. Курс липотропной терапии. ЛФК, физиолечение, гидропроцедуры	Липотропные и витаминные препараты
24	Избыточная масса тела. Ожирение 1-2 степени (абдоминальное, экзогенно-конституциональное)	Постоянно, до нормализации массы тела(по индексу Кетле)	Врач-терапевт - 1 раз в 6 месяцев. Эндокринолог - по показаниям	Глюкоза крови – 1 раз в 6 месяцев, ОГТТ - 1 раз в год. гликогемоглобин - по показаниям. Липидный спектр - 1 раз в год. ЭКГ - 1 раз в 6 месяцев. ВЭП - перед ВЛЭК	Низкокалорийная диета, разгрузочные дни. Дозированные динамические физические нагрузки.	Низкокалорийная диета, разгрузочные дни. Липотропная терапия, физиотерапия, гидропроцедуры профилактическое лечение	Низкокалорийная диета, курсы липотропных, витаминных препаратов

25	Болезни суставов	Постоянно	Врач –терапевт - 1 раз в 6 месяцев. Ортопед, ревматолог – по показаниям	ОАК, ОАМ - 1 раз в 6 месяцев. Общий белок, мочевая кислота, СРБ, реакция Ваалер-Роузе - 1 раз в год. Рентгенография суставов - по показаниям	Избегать переохлаждений, тяжелых физических нагрузок	Санация хронических очагов инфекций. Физиотерапия, массаж, ЛФК. Санаторно-курортное лечение, профилактическое лечение	Поливитамины, ЛФК
26	Заболевания крови (функциональный эритроцитоз , железо дефицитная анемия и др.)	Постоянно	Врач -терапевт - 1 раз в 6 месяцев, при необходимости – чаще. Гематолог - по показаниям	ОАК -1 раз в 3 месяца. ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев. Другие обследования по показаниям.	Рациональное питание, исключение алкоголя и курения. Отстранение от АХР	Рациональное питание. Противоречивое лечение - по показаниям	Поливитамины с микроэлементами

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по хирургическому профилю

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом-терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и других диагностических исследований	Оздоровительные мероприятия	Лечебные мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	Лечебные мероприятия в процессе работы
1.	МКБ (мочекислый диатез)	Постоянно	Хирург -1 раз в 6 месяцев. Уролог - I раз в год и чаще по показаниям	ОАК, креатинин, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, мочевую кислоту, УЗИ почек –1 раз в 6 месяцев. Обзорная урография - по показаниям	Диета с учетом характера диатеза. Исключение алкоголя. Оздоровительные мероприятия, противопоказана работа в районах с жарким и холодным климатом	Санаторно-курортное лечение	Минеральные воды. Диета с учетом характера диатеза. Исключение алкоголя

2.	После острого тромбофлебита	2 года	Хирург -1 раз в 6 месяцев, ангиохирург 1 раз в год	ОАК, коагулограмма – 1 раз в 6 месяцев, УЗДГ сосудов конечностей - 1 раз в год	ЛФК с исключением длительной нагрузки на ноги		
3.	После перелома	2 года после	Хирург - 1 раз в 6	Рентгенография - по показаниям	ЛФК. Исключение		

	позвоночника	допуска к работе	месяцев. Ортопед, невролог – по показаниям		нагрузки по оси позвоночника.		
4.	Нефроптоз после операции, Нефроптоз	3 года после допуска к работе	Хирург - – 1 раз в 6 месяцев. Уролог - 1 раз в год, чаще - по показаниям	ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко - 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек – 1 раз в год. Обзорная и экскреторная урография - по показаниям	ЛФК с исключением поднятия тяжести и прыжков	Ношение бандажа	Ношение бандажа
5.	После травмы почки (с операцией и без нее)	5 лет после допуска к работе	Хирург - первый год: 1 раз в 6 месяца, далее – 1 раз в 6 месяцев. Уролог - 1 раз в год	ОАК, ОАМ, моча по Нечипоренко - 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек – 1 раз в год. Обзорная урография – по показаниям	Диета с ограничением соли, острых блюд. ЛФК		
6.	После операции по поводу геморроя, хронического парапроктита, полипов прямой кишки, Геморрой	2 года	Хирург -1 раз в 6 месяцев. Проктолог - по показаниям	ОАК -1 раз в 6 месяцев. Пальцевое исследование прямой кишки - при осмотрах хирургом. Ректороманоскопия 1 раз в год, чаще - по показаниям	ЛФК. Исключение алкоголя, курения Диета, способствующая уменьшению запоров		

7	Облитерирующий эндартериит и облитерирующий атеросклероз нижних конечностей	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев Ангиорург - по показаниям	Коагулограмма, УЗДГ конечностей – 1 раз в 6 месяцев	Режим, диета, исключение курения, переохлаждений	Санаторно-курортное лечение, физиотерапия Медикаментозное лечение по показаниям	Поливитамины, массаж
8	Варикозная болезнь нижних конечностей	Постоянно. После операции, при отсутствии рецидива - 2 года	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Ангиорург - по показаниям	Коагулограмма - 1 раз в 6 месяцев. УЗДГ конечностей – 1 раз в год	ЛФК, избегать нагрузок на ноги	Санаторно-курортное лечение, оперативное лечение, антикоагулянтная терапия - по показаниям	Ношение эластичных чулок, бинтование конечностей
9	Хронический остеомиелит	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев.	ОАК - 1 раз в 6 месяцев. Рентгенография по показаниям	Избегать переохлаждений ЛФК.	Санаторно-курортное лечение	

10	Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз позвоночника, деформирующий артроз	Постоянно	Хирург, невролог -1 раз в 6 месяцев, ортопед - по показаниям	ОАК, анализ крови на мочевую кислоту - 1 раз в 6 месяцев. Рентгенография – 1 раз в год.	Избегать переохлаждений, ЛФК. Исключить нагрузки на пораженный отдел.	Поливитамины, ЛФК, массаж, санаторно-курортное лечение.	ЛФК
11	Мастопатия	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Маммолог- 1 раз в год.	Маммография - 1 раз в год	Оперативное лечение по показаниям		
12	Полипы прямой кишки	Постоянно	Хирург, проктолог -1 раз в 6 месяцев.	ОАК, ректороманская копия - 1 раз в 6 месяцев.	Диета, способствующая уменьшению запоров	Оперативное лечение по показаниям	
13	Врожденные аномалии почек и верхних мочевых путей	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Уролог - 1 раза в год	ОАК, ОАМ, моча по Нечипоренко - 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек 1 раз в год. Обзорная урография по показаниям.	Противопоказано в районах с холодным и жарким климатом, АХР		
14	Хронический простатит, аденома предстательной железы 1 степени	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Уролог - 1 раза в год	ОАК, ОАМ - 1 раз в 6 месяцев. Сок простаты - по показанию. УЗИ предстательной железы - 1 раз в год. ПСА после 40 лет – 1 раз в год.	Исключение алкоголя и курения. Избегать переохлаждения	Санация хронических очагов инфекций. ЛФК, санаторно-курортное лечение. Оперативное лечение по показаниям.	ЛФК
15	Опухоли злокачественные (после радикального лечения)	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Онколог - 1 раз в год	ОАК, ОАМ- 1 раз в 6 месяцев. Другие исследования по показаниям в зависимости от локализации	Общеоздоровительные мероприятия	Режим	Режим
16	Опухоли доброкачественные	Постоянно	Хирург - 1 раз в 6 месяцев. Онколог	ОАК, ОАМ -1 раз в 6 месяцев. Другие	Обще-оздоровительные мероприятия	Режим. Оперативное лечение по показаниям.	Режим

			- по показаниям	исследования по показаниям в зависимости от локализации			
--	--	--	-----------------	---	--	--	--

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по неврологическому профилю

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом – терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом – терапевтом и другими специалистами
1.	Однократный обморок у здоровых лиц на сверхсильный раздражитель (болевой и т.д)	1 год	Невролог-1 раз в 6 месяцев, офтальмолог - по показаниям	ЭЭГ, ОАК 1 раз в год. КТ (МРТ), ортостатическая проба - по показаниям	Модификация образа жизни, отказ от курения, алкоголя. Динамические физические тренировки	ЛФК по вестибулярному комплексу. Физиотерапия. Седативная общеукрепляющая терапия по показаниям	

2	Остаточные явления перенесенной нейроинфекции, с компенсацией нервно-психических функций	3 года	Невролог, офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев. Психиатр - по показаниям	ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, психологическое обследование 1 раз в год, Ортостатическая проба, КТГМ (МРТ) - по показаниям	Режим работы и отдыха, исключение курения и алкоголя. Исключение тяжелой физической нагрузки	Санация очагов инфекций, ЛФК, санаторно-курортное лечение	Поливитамины, ЛФК, аутогенная тренировка
3	Остаточные явления ЧМТ и травмы спинного мозга с компенсацией нервно-психической деятельности	Постоянно	Невролог, офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев. Психиатр - по показаниям	ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, психологическое обследование - 1 раз в год, Ортостатическая проба, КТГМ (МРТ)-по показаниям	Режим работы и отдыха. Ограничение воды и соли. Исключение алкоголя и курения. Исключение тяжелой физической нагрузки	Физиотерапия. ЛФК, санаторно-курортное лечение	Поливитамины, аутогенная тренировка
4	Психозы реактивные инфекционные, интоксикационные (кроме алкогольных)	Постоянно	Невролог, офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев. Психиатр - по показаниям	ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, психологическое обследование - 1раз в год, КТГМ (МРТ) -			Поливитамины, аутогенная тренировка

			по показаниям			
--	--	--	---------------	--	--	--

5	Атеросклероз сосудов головного мозга с достаточной компенсацией нервно-психической деятельности	Постоянно	Невропатолог. офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев. Психолог-1 раза в год	Липидный спектр раз в год, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, психологическое обследование перед АМК.	Режим труда и отдыха, гиполипидемическая диета, исключение алкоголя и курения	Гиполипидемическая и сосудистая терапия, физиотерапия, санаторно-курортное лечение	Липотропные препараты, ЛФК
6	Заболевание вегетативной нервной системы (легкие и умеренные эмоционально-вегетативные нарушения)	Постоянно	Невролог - 1 раз в 6 месяцев, психолог - 1 раз в год, эндокринолог по показаниям	ЭЭГ, психологическое обследование перед АМК.	Режим, диета. Исключение алкоголя и курения	Физиолечение, ЛФК. аутотренинг, седативная терапия	Физиолечение, ЛФК, аутотренинг
7	Заболевания и повреждения периферической нервной системы с незначительными нарушениями	3 года после последнего обострения	Невролог - 1 раз в год. Ортопед по показаниям	Рентгенография, МРТ позвоночника по показаниям	Режим, ЛФК.	Физиолечение. ЛФК. Санаторно-курортное лечение, медикаментозная терапия по показаниям	ЛФК, массаж, аутотренинг
8	Состояние ремиссии после непсихотических аффективных, невротических, соматоформных расстройств и расстройств, связанных со стрессами	3 года	Невролог - 1 раз в 6 месяцев, психолог, психиатр-1 раз в год	ЭЭГ - 1 раз в год	Режим труда и отдыха. Исключение алкоголя и курения	ЛФК. санаторно-курортное лечение	Поливитамины
9	Остаточные явления черепно-мозговой травмы, травм спинного мозга с компенсацией нервно-психических функций	3 года	Невролог, офтальмолог -1 раз в 6 месяцев	ЭЭГ, Эхо ЭГ, УЗДГ -1 раз в год, рентгенография черепа, позвоночника, КТГМ (МРТ) по показаниям	Режим труда и отдыха, исключение алкоголя и курения Исключение тяжелой физической нагрузки	Физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение	Поливитамины, аутотренинг

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по офтальмологическому профилю

	Нозологичес	Срок	Частота	Объем и	Оздоровитель	Лечебные	Лечебные
--	-------------	------	---------	---------	--------------	----------	----------

№	кая форма	наблюдения	осмотров врачом-терапевтом и другими специалистами	частота лабораторных и других диагностических исследований	ные мероприятия	мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	мероприятия в процессе работы
1	Понижение темновой адаптации выше 60С и остроты ночного зрения до 0,03	6 месяцев после выздоровления	Офтальмолог - 1 раз в 3 месяца	Измерение темновой адаптации и остроты ночного зрения - 1 раз в 3 месяца.	Режим зрительной нагрузки. Годность к АХР определяется индивидуально, исключить ночные полеты.	Поливитамины, санаторно-курортное лечение	Поливитамины с микроэлементами, высококалорийная диета
2	После перенесенных острых заболеваний и травм глазного яблока и орбиты, новообразования	2 года	Офтальмолог - первый год - 1 раз в 3 месяца, далее - 1 раз в 6 месяцев. Невролог, оториноларинголог – по показаниям	Исследование зрительных функций, полей зрения, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия и другие виды исследований - по показаниям	Режим зрительной нагрузки, исключение курения и алкоголя, отстранение от АХР, тяжелого физического труда	Местно - инстилляции глазных капель и мазей. Курсы тканевой, витаминной и сосудорасширяющей терапии	Поливитамины с микроэлементами
3	После перенесенных операций на глазном яблоке (экстракция катаракты и другие кераторефракционные операции)	2 года	Офтальмолог - первый год - 1 раз в 3 месяца, далее - 1 раз в 6 месяцев	Исследование зрительных функций, полей зрения, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия и другие виды исследований - по показаниям	Режим зрительной нагрузки, исключение курения и алкоголя, отстранение от АХР, тяжелого физического труда	Местно - инстилляции глазных капель и мазей. Поливитамины	Поливитамины с микроэлементами
4	Понижение остроты зрения на почве аномалии рефракции	Постоянно	Офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев	Визометрия, коррекция зрения, определение фузионных резервов, бинокулярного зрения, офтальмоскопия, биомикроскопия и другие виды исследований - по показаниям	Режим зрительной нагрузки, диета, исключение алкоголя и курения. Гимнастика глазных мышц	Сосудорасширяющая терапия, терапия, улучшающая обменные процессы в тканях глаза. Массаж воротниковой зоны. Физиотерапия. Профилактическое лечение	Поливитамины с микроэлементами

5	Хронические заболевания переднего отрезка глаза и его придатков в фазе стойкой ремиссии (блефариты, конъюнктивиты, передние увеиты, обменные, ревматические, нетуберкулезного характера)	Постоянно	Офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев	Исследование зрительных функций с учетом заболевания	Режим, диета, исключение алкоголя и курения, отстранение от АХР	Поливитамины с микроэлементами, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. Местно – инстилляции глазных капель и мазей.	Поливитамины с микроэлементами
6	Частичная атрофия зрительного нерва. Начальные дистрофические изменения сетчатки	Постоянно	Офтальмолог -1 раз в 3 месяца, невролог по показаниям	Исследование остроты зрения и полей зрения на белый и другие цвета, офтальмоскопия, биомикроскопия 1 раз в 3 месяца. Тонометрия 1 раз в год.	Режим зрительной нагрузки, диета, исключение алкоголя и курения, отстранение от АХР	Сосудорасширяющая терапия, терапия, улучшающая обменные процессы в тканях глаза. Физиотерапия, массаж воротниковой зоны, санаторно-курортное лечение по показаниям	Поливитамины с микроэлементами
7	Начальная возрастная катаракта, травматическая катаракта с достаточной сохранностью функции зрения	Постоянно	Офтальмолог - 1 раз в 6 месяцев	Исследование остроты зрения и полей зрения, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия-1раз в год	Режим, диета, исключение алкоголя и курения, отстранение от АХР.	Сосудорасширяющая терапия, терапия, улучшающая обменные процессы в тканях глаза. Физиотерапия, массаж воротниковой зоны. Местно – инстилляции глазных капель	Поливитамины с микроэлементами

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по оториноларингологическому профилю

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом – терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и других диагностических исследований	Оздоровительные мероприятия	Лечебные мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	Лечебные мероприятия в процессе работы
1	После перенесенных острых средних отитов, туботитов,	1 год	Оториноларинголог -1 раз в 6 месяцев	Тональная аудиометрия - 1 раз в 6 месяцев. Исследование барофункции	Режим, закаливание	Санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение.	

	баротравм			уха - по показаниям.		Физиотерапия	
2	После перенесенных острых синуситов	1 год	Оториноларинголог-1 раз в 6 месяцев. Стоматолог, невролог - по показаниям	ОАК - перед снятием с учета. Рентгенография придаточных пазух носа - по показаниям	Режим, закаливание	Санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение. Физиотерапия	

3	Хронические заболевания глотки, носа и придаточных пазух	3 года после последнего обострения	Оториноларинголог -1 раз в 6 месяцев. Невролог по показаниям	Рентгенография придаточных пазух носа, диагностическая пункция по показаниям	Режим, закаливание, ЛФК	Противорецидивное лечение. Физиотерапия по показаниям	Поливитамины
4	Хронический тонзиллит (компенсированная форма)	3 года после последнего обострения	Оториноларинголог -1 раз в 6 месяцев. Стоматолог по показаниям	ОАК, ЭКГ, ревмотесты - 1 раз в год.	Режим, закаливание, ЛФК	Противорецидивное лечение, физиотерапия, тонзиллоэктомия по показаниям	Поливитамины
5	Понижение слуха (нейросенсорная тугоухость, кондуктивная тугоухость)	Постоянно	Оториноларинголог -1 раз в 6 месяцев. Сурдолог, невролог по показаниям	Аудиометрия - 1 раз в год, чаще по показаниям.	Режим, отстранение от АХР. Запрещается повышение норм летного времени	Медикаментозное противоневритическое лечение. Физиотерапия	Поливитамины, защита от шума
6	Болезни уха, сосцевидного отростка	Три года после последнего обострения	Оториноларинголог - 1 раз в 6 месяцев	Аудиометрия - 1 раз в год. Рентгенография (по Шуллеру при мастоидитах) по показаниям	Режим, отстранение от АХР. Запрещается повышение норм летного времени. Закаливание	Противорецидивное медикаментозное лечение по показаниям. Санация очагов инфекций, физиотерапия	Поливитамины, защита от шума

Порядок медицинского наблюдения и объем лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерного наблюдения по дерматологическому профилю

№	Нозологическая форма	Срок наблюдения	Частота осмотров врачом - терапевтом и другими специалистами	Объем и частота лабораторных и других диагностических исследований	Оздоровительные мероприятия	Лечебные мероприятия во время перерывов в работе (отпуск, учеба, и др.)	Лечебные мероприятия в процессе работы
---	----------------------	-----------------	--	--	-----------------------------	---	--

1	Хроническая легкая форма экземы	Постоянно	Дерматолог – 1 раз в год	РПР-тест - 1 раз в год. Другие исследования по показаниям	Диета, исключение алкоголя и курения. Противопоказана работа на АХР	Санаторно-курортное лечение, профилактическое лечение	
2	Псориаз, лишай, витилиго с ограниченной локализацией и легким течением	Постоянно	Дерматолог - 1 раз в год	РПР-тест- 1 раз в год. Другие исследования по показаниям	Диета, исключение алкоголя и курения. Противопоказана работа на АХР. Медикаментозное лечение	Диета, исключение алкоголя и курения. Медикаментозное лечение. Санаторно-курортное лечение по показаниям	

Медицинская книжка авиационного персонала

Место для фотографии Группа крови _____
 с печатью авиационного медицинского центра Резус-фактор _____
 Фамилия _____
 Имя _____
 Отчество (при его наличии) _____
 День, месяц, год рождения _____
 Образование _____
 Основная профессия _____
 Работа в гражданской авиации (где, с какого времени) _____
 Место работы _____
 Должность, профессия, тип воздушного судна _____
 Адрес постоянного места жительства _____
 Домашний адрес _____
 Контактные телефоны _____
 Данная медицинская книжка заведена _____
 Дата окончания медицинской книжки _____
 Подпись авиационного персонала _____
 Страницы 2-4 формы

Условия труда, быта, профессиональный маршрут (заполняется при мониторинге)

Дата (дд/мм/гг)	"__"__20_год	"__"__20_год
Летное время за год		
В том числе: на авиационных химических работах		
в ночное время		
Характеристика труда: особенности выполняемых рейсов, виды авиационных химических работ, контакт с токсическими веществами, продление нормы летного времени, регулярность выходных дней, полноценность предсменного отдыха, утомляемость во время смены		
Время и место проведения отпуска, задолженность по отпускам		
Питание: в дни полетов (смены), в домашних условиях		
Время в пути до работы		
Жилищные условия		

Состав семьи и взаимоотношения в семье		
Занятия физкультурой		
Вредные привычки		

Страницы 5-9 формы

Антropометрические показатели

Дата (дд/мм/гг)	" __ " 20_год	" __ " 20_год
Форма грудной клетки		
Окружность грудной клетки: в покое		
при вдохе		
при выдохе		
Спирометрия		
Динамометрия: правая кисть		
левая кисть		
Телосложение		
Длина ноги		
Рост		
Вес: перед медицинским освидетельствованием		
квартальный		
полугодовой		

Страницы 10-100 формы

Мониторинг между медицинскими освидетельствованиями (медицинские осмотры при заболеваниях, мониторинг за состоянием здоровья, профилактические осмотры, консультации специалистов записываются в хронологическом порядке с указанием повода для осмотра)

Дата	Повод к обследованию	Жалобы (подпись), анамнез, объективный осмотр, диагноз, назначения, номер листка нетрудоспособности, дата следующей явки, направление на врачебно – консультационную комиссию, заключения, фамилия, подпись и личная печать врача

Медицинская книжка авиационного персонала имеет формат А5 и состоит из 100 пронумерованных страниц.

Форма карты медицинского освидетельствования

1. ФИО _____
2. Дата рождения _____ 3. Гражданство _____
4. Специальность _____ 5. Образование _____
6. Место работы/учебы _____ 7. Класс запрашиваемого медицинского заключения _____

II. Терапевтическое освидетельствование

1. Жалобы _____
2. Границы сердца _____ 3. Тоны сердца _____
4. Характер пульса _____ 5. Периферические сосуды _____
6. Функциональное обследование:

	В покое	После нагрузки (20 приседаний в течение 30 сек)	После восстановления в исходное состояние
Частота ударов сердца в минуту			
Артериальное давление			

7. Перкуссия легких _____ 8. Аускультация _____
9. Аппетит _____ 10. Стул _____
11. Язык _____ 12. Живот _____
13. Печень _____ 14. Селезенка _____
15. почки _____ 16. Мочеиспускание _____
17. Анализ крови _____ Дата _____

Эритроциты	Гемоглобин	Цветной показатель	Лейкоциты	Базофилы	Эозинофилы	Нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты	Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
						Миэлоциты	Юнны	Палочкоядерные	Сегментоядерные			

18. Анализ мочи _____ Дата _____

Удельный вес	Сахар	Белок	Реакция	Лейкоциты	Эритроциты	Цилиндры	Эпителиальные клетки	Слизь	Соли

19. Рентгенография (ФЛГ) _____

20. ЭКГ _____

21. ВЕП (Тредмитест) _____

22. УЗИ обследования _____

23. Другие обследования (Эхо-КГ, МРТ) _____

24. Диагноз _____

25. Заключение _____

26. Рекомендации _____

Дата _____ Член врачебной комиссии/терапевта _____

(подпись и фамилия и инициалы)

(подпись, фамилия и инициалы)

IV. Отоларингологическое освидетельствование

1. Жалобы _____

	правая половина	левая половина
2. проходимость носа		
3. Обоняние		
4. Барометрическая функция (1,2,3,4 степени проходимости)		
5. Острота слуха:		
5.1. на шепотную речь для слабых басовых групп звуков (расстояние в м)		
5.2. на шепотную речь для слабых дискантовых групп звуков (расстояние в м)		
5.3. на разговорную речь для слабых басовых групп звуков (расстояние в м)		
5.4. на разговорную речь для слабых дискантовых групп звуков (расстояние в м)		

Степени проходимости Евстахиевой трубы включают: 1 степень - проходимость при простом глотании; 2 степень - проходимость при опыте Тойнби; 3 степень - проходимость при опыте Вальсальвы; 4 степень - непроходим при опыте Вальсальвы.

	После вращения вправо	После вращения влево
6. Длительность чувства иллюзии против вращения (сек./мин)		
7.Длительность против нистагма(сек./мин)		
8.Защитное движение(указать степень- 0,1,2,3 степени)		
9.Вестибулярная реакция (сердцебиение, побледнение, потоотделение, тошнота, рвота)		

10. Аудиограмма _____

(с диагнозом приложить копию аудиограммы)

12.Другие обследования _____

13.Диагноз: _____

14. Заключение: _____

15. Рекомендации _____

Дата _____ Член врачебной комиссии / отоларинголог _____

(подпись, фамилия и инициалы)

V. Офтальмологическое освидетельствование

1.Жалобы _____

2.Цветоощущение _____

3.Острота зрения без коррекции: правый глаз _____ левый глаз _____

4.Острота зрения с коррекцией: правый глаз _____ левый глаз _____

5.Рефракция (методом скиаскопии): правый глаз _____ левый глаз _____

6. Ночное зрение _____

7. Зрачки: правый глаз _____ левый глаз _____

7.1. Рефлекторная реакция зрачков _____

7.2. Веки: правый глаз _____ левый глаз _____

7.3. Конъюнктива: правый глаз _____ левый глаз _____

7.4. Роговица: правый глаз _____ левый глаз _____

7.5. Слезной аппарат: правый глаз _____ левый глаз _____

8. Явное косоглазие: содружественное _____ паралитическое _____

9. По Меддоксу (на синоптографе):

9.1. вблизи: горизонтальное _____ вертикальное _____

9.2. вдали: горизонтальное _____ вертикальное _____

10. Установочное движение: вблизи _____ вдали _____

11. Подвижность глазного яблока: правый глаз _____ левый глаз _____

12. Движение глаз: Совместное _____

Ближайшая точка конвергенции _____ ассоциированное _____

13. Ближайшая точка ясного зрения _____ ведущий глаз _____

14. Поле зрения (объект диаметром 5 мм): правый глаз _____ левый глаз _____

15. Глазное дно: правый глаз _____ левый глаз _____

16. Бинокулярное зрение _____

17. Восприятие пространства ("глубинное зрение") _____

18. Давление (тонометрия) глаз: правый глаз _____ левый глаз _____

19. Другие обследования: _____

20. Диагноз _____

21. Заключение: _____

15. Рекомендации _____

Дата _____ Член врачебной комиссии/офтальмолог _____

(подпись, фамилия и инициалы)

Заключения врачей-консультантов _____

VI. Общее заключение врачебной комиссии:

(указать годность/негодность со ссылкой на соответствующий

пункт/пункты АПКР-1)

Дата _____ Председатель врачебной комиссии _____
(подпись, фамилия и инициалы)

М.П.

Примечание. Каждая графа карты медицинского освидетельствования заполняется разборчиво, без подчисток, исправлений и помарок.

Коды ограничений

TML. Ограничение времени. Срок действия медицинского заключения ограничен продолжительностью, указанной в медицинском заключении. Этот срок действия начинается со дня медицинского освидетельствования. Любой срок действия, оставшийся в предыдущей медицинском заключении, более недействителен. Пилот должен явиться для повторного осмотра, когда это будет рекомендовано, и должен следовать всем медицинским рекомендациям.

VDL. Носите корректирующие линзы и носите с собой запасной комплект очков.

Коррекция нарушения зрения вдали: при использовании привилегий лицензии пилот должен носить очки или контактные линзы, которые корректируют нарушение зрения вдали, как проверено и одобрено членами комиссии. Контактные линзы нельзя носить до тех пор, пока не будет получено разрешение от членов комиссии. Если вы носите контактные линзы, следует иметь при себе запасной комплект очков, одобренный членами комиссии.

VML. Носите мультифокальные очки и носите с собой запасной комплект очков.

Коррекция дефектов зрения вдали, на промежуточное и ближнее расстояние: при использовании прав, предусмотренных лицензией, пилот должен носить очки, которые корректируют дефекты зрения вдали, на промежуточный и вблизи, как это проверено и одобрено членами комиссии. Контактные линзы или очки с полной оправой, если они подходят только для зрения вблизи, носить нельзя.

VNL. Иметь в наличии корректирующие очки и носить с собой запасной комплект очков.

Коррекция дефекта зрения вблизи: при использовании привилегий лицензии пилот должен иметь легкодоступные очки, корректирующие дефекты зрения вблизи, проверенные и одобренные членами ВЛЭК. Контактные линзы или очки с полной оправой, если они подходят только для зрения вблизи, носить нельзя.

VCL. Действителен только днем.

Ограничение позволяет частным пилотам с разной степенью нарушения цветопередачи пользоваться привилегиями своей лицензии только в дневное время. Применяется только для медицинских справок 2 класса.

OML. Действительно только в качестве квалифицированного второго пилота или с ним.

Это относится к членам экипажа, которые не соответствуют медицинским требованиям для полетов с одним экипажем, но подходят для полетов с несколькими экипажами. Применяется только для медицинских справок 1 класса.

OCL. Действителен только в качестве второго пилота. Это ограничение является дальнейшим расширением ограничения OML и применяется, когда по

какой-либо четко определенной медицинской причине пилот оценивается как безопасный для работы в роли второго пилота, но не в качестве командира. Применимо только к медицинским заключениям 1 класса.

OPL. **Действительно только без пассажиров.** Это ограничение может рассматриваться, когда пилот с проблемами опорно-двигательного аппарата или каким-либо другим заболеванием может быть связан с повышенным элементом риска для безопасности полета, который может быть приемлемым для пилота, но неприемлемым для перевозки пассажиры. Применимо только к медицинским заключениям класса 2.

OSL. **Действительно только с пилотом-безопасником и в самолетах с двойным управлением.** Пилот-безопасник имеет квалификацию командира в классе/типе самолета и допущен к условиям полета. Он/она занимает место управления, знает о типе(ах) возможной нетрудоспособности, которой может пострадать пилот, чья медицинское заключение было выдано с этим ограничением, и готов взять на себя управление воздушным судном во время полета. Применимо только к медицинским заключениям класса 2.

OAL. **Ограничено продемонстрированным типом воздушного судна.**

Это ограничение может применяться к пилоту, у которого имеется дефект конечности или какая-либо другая анатомическая проблема, которая была признана приемлемой в результате медицинских летных испытаний или испытаний на летном симуляторе, но требует ограничения для определенного типа воздушного судна.

SIC. **Специальные регулярные медицинские осмотры связываются с лицензирующим органом.**

Это ограничение требует, чтобы председатель комиссии связывался с органом гражданской авиации, прежде чем приступить к медицинскому освидетельствованию продления или повторной сертификации. Скорее всего, это касается истории болезни, о которой члены комиссии должны знать до проведения оценки.

RXO. **Специализированные офтальмологические осмотры**
Специализированные офтальмологические осмотры необходимы по серьезной причине. Ограничение может применяться председателем комиссии, но должно быть снято только органом гражданской авиации.

Медицинское заключение с кодами ограничений выдаются после консультации с медицинским экспертом ОГА.

Организация МКГА

1. Медицинская комиссия гражданской авиации (далее-МКГА) располагает зданием (помещением), соответствующим требованиям санитарных норм и правил для медицинских учреждений, а также требованиям противопожарной безопасности, обеспечивающим проведение медицинского освидетельствования авиационного персонала.

2. МКГА проходит сертификацию на право проведения медицинского освидетельствования авиационного персонала гражданской авиации Кыргызской Республики.

3. Штатное расписание МГА формируется в соответствии со следующими нормативами:

№п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц
1.	Председатель комиссии (терапевт, кардиолог)	1
2.	Врач-терапевт	1
3.	Врач- офтальмолог	1
4.	Врач- оториноларинголог	1

4. Состав МКГА назначается руководителем ОГА по представлению руководителя организации.

5. В состав МКГА включаются квалифицированные врачи со стажем работы по специальности не менее 5 лет; председатель комиссии должен иметь стаж работы более 10 лет, преимущественно в медицинских учреждениях третичного уровня, а также пройти обучение по авиационной медицине.

6. Для каждого специалиста МКГА, включая средний медицинский персонал, утверждаются должностные инструкции.

7. Диагностические подразделения МКГА (клинико-диагностическая лаборатория, отделение или кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики) оснащены необходимыми помещениями, приборами, оборудованием и расходными материалами; медицинский персонал имеет соответствующие разрешительные документы для проведения исследований и выполняет обследования и забор биологического материала для медицинского освидетельствования авиационного персонала при предъявлении документа с фотографией, удостоверяющего личность.

8. Проведение работы МКГА при неполном составе запрещается.

9. Врачи МКГА, оказывающие лечебно-профилактическую помощь авиационному персоналу, при необходимости имеют право выдачи листков временной нетрудоспособности.