

16 февраля 2016 г. № 30

**Об установлении перечня заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, а также условий, при соблюдении которых лица допускаются по медицинским показаниям к управлению**

На основании части четвертой статьи 23 Закона Республики Беларусь от 5 января 2008 года «О дорожном движении» и абзаца семнадцатого подпункта 8.8<sup>5</sup> пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить перечень заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, а также условий, при соблюдении которых лица допускаются по медицинским показаниям к управлению, согласно приложению.
2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать дней после его официального опубликования.

Министр

В.И.Жарко

Приложение

к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
16.02.2016 № 30

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, а также условий, при соблюдении которых лица допускаются по медицинским показаниям к управлению**

| № п/п | Наименование заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами (далее – МТС), самоходными машинами | Условия, при соблюдении которых лица допускаются по медицинским показаниям к управлению |
|-------|---|---|
|-------|---|---|

ГЛАВА 1

**ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УПРАВЛЕНИЮ МТС, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ КОЛЕСНЫХ ТРАКТОРОВ, И СОСТАВАМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

КАТЕГОРИЙ «АМ», «А» (В ТОМ ЧИСЛЕ ПОДКАТЕГОРИИ «А1»), «В» (БЕЗ ПРАВА НАЙМА НА РАБОТУ), «ВЕ» (БЕЗ ПРАВА НАЙМА НА РАБОТУ), ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ АВТОМОБИЛЕЙ КАТЕГОРИИ «В» С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

- 1 Заболевания глаз и придаточного аппарата:
- 1.1 хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе их слизистых, парезы мышц век, препятствующие зрению после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению
- 1.2 хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению
- 1.3 стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии
- 1.4 ограничение поля зрения более чем на 30 градусов как минимум в одном квадранте допускаются к управлению без ограничений при скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта
- 1.5 понижение остроты зрения вследствие стойких помутнений преломляющих сред, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:
- 1.5.1 острота зрения с коррекцией ниже 0,6 на лучшем глазу, ниже 0,2 на худшем или ниже 0,5 на каждом глазу допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 9,0 диоптрии, в том числе контактными линзами (вне зависимости от передне-задней оси глаза), при астигматизме 3,0 диоптрии (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 9,0 диоптрии). Разница в силе очковых линз двух глаз не должна превышать 3,0 диоптрии
- 1.5.2 отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 допускаются к управлению МТС категории «В» при остроте зрения на оставшемся глазу не ниже 0,8 (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различении цветов светофора (обязательное медицинское переосвидетельствование (далее – переосвидетельствование) – ежегодно).

К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются.

При состояниях после рефракционных операций на роговой оболочке:

|       |   |  |
|-------|---|--|
|       | кератотомия, рефракционная кератопластика – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 1.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений;   |  |
|       | операции с применением фемтосекундного и эксимерного лазеров – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 1.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений, нарушающих зрительные функции |  |
| 1.5.3 | искусственный хрусталик   | допускаются к управлению при отсутствии осложнений через 4 месяца после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 1 месяц после факоэмульсификации  |
| 1.6   | нарушения цветоощущения   | допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора   |
| 1.7   | заболевания сетчатки и зрительного нерва:   |  |
| 1.7.1 | отслойка сетчатки   | допуск к управлению МТС категории «В» разрешается после успешного оперативного лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта) через 6 месяцев после хирургического и через 3 месяца после лазерного лечения в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь.<br><br>К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются |
| 1.7.2 | разрывы сетчатки  | допуск к управлению МТС категорий «АМ», «А» и «В» разрешается после успешного оперативного лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта) через 3 месяца после хирургического и через 1 месяц после лазерного лечения в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь  |
| 1.7.3 | хронические заболевания сетчатки  | допуск к управлению разрешается при остроте зрения   |

|   |  |
|---|--|
| воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения  | не ниже указанной в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно).  |
|   | Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции.  |
|   | После лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие) допуск к управлению разрешается через 1 месяц с переосвидетельствованием в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь |
| 1.7.4 атрофия зрительного нерва любой этиологии   | допускаются к управлению при непрогрессирующей односторонней атрофии зрительного нерва, двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта      |
| 1.8 глаукома  | допускаются к управлению при компенсированной глаукоме при поле зрения не ниже указанного в подпункте 1.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 1.5.1 и 1.5.2 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 2 Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:   |  |
| 2.1 двухсторонняя глухота   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально   |
| 2.2 хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха с наличием фистульного синдрома                     | после оперативного лечения с хорошим стойким результатом вопрос о допуске к управлению решается индивидуально, но не ранее чем через 3 месяца после операции   |
| 2.3 заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функций вестибулярного аппарата с синдромом системного головокружения | вопрос о допуске к управлению при однократном вестибулярном пароксизме решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 6 месяцев.  |
|   | Вопрос о допуске при неоднократных (2 и более) вестибулярных пароксизмах решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 1 года  |
| 2.4 стойкие изменения в глотке,   |  |

гортани, трахее, выражено затрудняющие дыхание, при дыхательной недостаточности III степени

### 3 Хирургические заболевания:

#### 3.1 заболевания и повреждения нижних конечностей:

допускаются к управлению МТС категорий «А», «В» и «ВЕ» после оперативного лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций нижней конечности или пояса нижней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате. При вывихе – допуск к управлению определяется через год после операции при отсутствии рецидивов

#### 3.1.1 заболевания и повреждения правой нижней конечности:

3.1.1.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов с выраженным ограничением движений, недостаточность связочного аппарата крупных суставов III степени, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц, невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с выраженным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставе; ложные суставы (за исключением малоберцовой кости, фаланг пальцев стопы и краевых отрывных переломов), деформации костей таза, бедра, голени, неправильно сросшиеся переломы, выражено затрудняющие движения конечности, деформации стопы, выражено затрудняющие ее движение

допускаются к управлению МТС категории «В» с автоматической коробкой передач и с выносом педали акселератора под левую ногу.

К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются

3.1.1.2 выраженное нарушение способности нахождения в положении сидя из-за деформаций и порочного положения нижней конечности

#### 3.1.2 заболевания и повреждения левой нижней конечности:

- 3.1.2.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов с выраженным ограничением движений, недостаточность связочного аппарата крупных суставов III степени, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц, невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с выраженным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставе; ложные суставы (за исключением малоберцовой кости, фаланг пальцев стопы и краевых отрывных переломов), деформации костей таза, бедра, голени, неправильно сросшиеся переломы, выраженно затрудняющие движения конечности, деформации стопы, выраженно затрудняющие ее движение
- 3.1.2.2 выраженное нарушение способности нахождения в положении сидя из-за деформаций и порочного положения нижней конечности
- 3.1.3 ампутационные культы нижних конечностей:
- 3.1.3.1 культя правой нижней конечности проксимальнее уровня предплюсне-плюсневое сочленения
- 3.1.3.2 культя одной или культы обеих нижних конечностей на уровне предплюсне-плюсневое сочленения и дистальнее
- 3.1.3.3 культя одной или культы обеих нижних конечностей независимо от уровня ампутации левой нижней конечности при культе правой нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневое сочленения и дистальнее
- допускаются к управлению МТС категории «В» с автоматической коробкой передач.
- К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- допускаются к управлению МТС категорий «В» и «ВЕ» с автоматической коробкой передач и с выносом педали акселератора под левую ногу.
- К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- допускаются к управлению МТС категорий «В» и «ВЕ» при отсутствии дефектов культы и в условиях пользования ортопедической обувью. К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- допускаются к управлению МТС категорий «В» и «ВЕ» с автоматической коробкой передач при отсутствии дефектов культы и в условиях пользования ортопедической обувью.
- К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются

- 3.1.3.4 культя одной или культы обеих нижних конечностей независимо от уровня ампутации правой нижней конечности при культе левой нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневого сочленения и дистальнее допускаются к управлению МТС категории «В» с автоматической коробкой передач и с выносом педали акселератора под левую ногу при отсутствии дефектов культи левой стопы и в условиях пользования ортопедической обувью.  
К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- 3.1.3.5 заболевания и деформации левой нижней конечности, значительно затрудняющие ее движения, в комбинации с культей правой нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневого сочленения и дистальнее допускаются к управлению МТС категорий «В» и «ВЕ» с автоматической коробкой передач при отсутствии дефектов культи и в условиях пользования ортопедической обувью.  
К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- 3.1.3.6 заболевания и деформации правой нижней конечности, значительно затрудняющие ее движения, в комбинации с культей левой нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневого сочленения и дистальнее допускаются к управлению МТС категорий «В» и «ВЕ» с автоматической коробкой передач и с выносом педали акселератора под левую ногу при отсутствии дефектов культи и в условиях пользования ортопедической обувью.  
К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- 3.1.4 укорочение конечности более 6 см допускаются к управлению МТС категории «В» с укорочением одной из нижних конечностей на 6 см при сохранении силы мышц конечности, отсутствии дефектов со стороны костей, связок и суставов, незначительном ограничении объема движений, длине конечности не менее 75 см от основания пятки до верхушки большого вертела бедра.  
К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются
- 3.2 заболевания и деформации пояса верхней конечности, верхней конечности или кисти, ампутационные культы верхней конечности или кисти: допускаются к управлению МТС категорий «АМ», «А», «В» и «ВЕ» после оперативного лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций верхней конечности или пояса верхней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате. При вывихе допуск к управлению определяется через год после операции при отсутствии рецидивов
- 3.2.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения плечевого или локтевого сустава обеих верхних конечностей с выраженными ограничениями движений:
- 3.2.2 стойкие посттравматические, вопрос о допуске к управлению решается

дегенеративные, воспалительные индивидуально в зависимости от степени изменения плечевого или локтевого функциональных нарушений сустава одной верхней конечности с выраженными ограничениями движений или анкилозом в функционально адаптированном положении при незначительных нарушениях функции со стороны контралатеральной верхней конечности

3.2.3 недостаточность связочного аппарата крупных суставов III степени, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц

3.2.4 ложные суставы, невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий, выражено затрудняющие движение конечности или выражено нарушающие функцию схвата и удержания

3.2.5 деформации костей пояса и собственно верхней конечности, неправильно сросшиеся переломы, выражено затрудняющие движения конечности

3.2.6 деформации кисти, выражено затрудняющие ее движения, с фиксацией кисти в порочном положении

3.2.7 деформации кисти, выражено нарушающие функцию схвата и удержания:

3.2.7.1 отсутствие пальцев или фаланг, а также другие деформации кисти с ограничением подвижности в пястнофаланговых и межфаланговых суставах при выраженном нарушении функции схвата и удержания допускаются к управлению при умеренном нарушении функции схвата и удержания

3.2.7.2 отсутствие или контрактура большого пальца на обеих кистях вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений.

К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются



|  |  |
|--|--|
| 3.2.7.3 отсутствие двух пальцев на левой кисти, исключая большой палец, и большого пальца на правой кисти  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений.  |
|  | К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются   |
| 3.2.7.4 отсутствие трех пальцев кисти или их контрактура при сохранности функций большого пальца   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений.  |
|  | К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются   |
| 3.2.7.5 отсутствие большого, указательного и среднего пальцев кисти; отсутствие 4 пальцев на одной из кистей   |  |
| 3.3 деформации и дефекты костей черепа (12 кв. см и более) с наличием неврологической симптоматики без оперативной пластики дефекта  | допускаются к управлению при наличии дефектов костей черепа менее 12 кв. см или деформаций костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики   |
| 3.4 заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка, семенного канатика и другие) | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения при достигнутом хорошем функциональном результате  |
| 3.5 заболевания сосудов:   |  |
| 3.5.1 аневризмы:   |  |
| 3.5.1.1 аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при отсутствии показаний к оперативному лечению (переосвидетельствование – ежегодно).   |
|  | Допуск к управлению после оперативного лечения аневризмы – не ранее чем через 6 месяцев после операции при достижении компенсации, отсутствии очаговой неврологической симптоматики, общих противопоказаний и в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование первые 2 года после операции – ежегодно) |
| 3.5.1.2 аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей  |

|   |  |
|---|--|
| сосудистых стволов  | специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 3.5.2 тромболитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III степени и более  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения на периферических сосудах, допускаются к управлению при умеренной хронической артериальной (ХАН2) или венозной (ХВН2) недостаточности  |
| 3.5.3 варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени, слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени |  |
| 3.6 деформация грудной клетки и позвоночника IV степени с выраженным нарушением функции органов грудной клетки и с выраженным ограничением подвижности шейного отдела позвоночника              | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений   |
| 4 Заболевания внутренних органов:   |  |
| 4.1 болезни системы кровообращения:   | допускаются к управлению при малых сердечных аномалиях (открытое овальное окно, дополнительные и аномально расположенные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2 степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже и другое)                                   |
| 4.1.1 острые формы заболеваний сердца и сосудов или их обострения   | вопрос о допуске к управлению решается после купирования острых проявлений заболеваний   |
| 4.1.2 хроническая сердечная недостаточность стадии Н IIБ, Н III (ФК III, ФК IV по NYHA)   |  |
| 4.1.3 рецидивирующая эмболия кровеносных сосудов (тромбоэмболическая болезнь)   |  |
| 4.1.4 нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями в настоящий период или в анамнезе:                  | допускаются к управлению при достижении эффекта по коррекции суправентрикулярных тахикардий и идиопатических желудочковых тахикардий с освидетельствованием не ранее чем через 6 месяцев медицинского наблюдения на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года) |
| 4.1.4.1 желудочковая тахикардия,  |  |

фибрилляция желудочков в настоящий период или в анамнезе (за исключением эпизодов в остром периоде инфаркта миокарда); желудочковая экстрасистолия частая (более 10 000 штук, или 10 % в сутки, или больше 350 в критический час) или с нарушением гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями

- 4.1.4.2 синдром WPW с пароксизмальными тахикардиями, синдром Бругада, синдром удлиненного интервала Q-T допускаются к управлению при феномене WPW при наличии доказанной низкой проводимости по дополнительным соединениям по данным электрофизиологического исследования (далее – ЭФИ) и отсутствии пароксизмальных тахикардий (как в анамнезе, так и при ЭФИ) (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)
- 4.1.4.3 пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 4.1.4.4 пароксизмы фибрилляции предсердий, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями допускаются к управлению в остальных случаях пароксизмов фибрилляции предсердий (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 4.1.4.5 приобретенные нарушения предсердно-желудочковой проводимости блокада II степени Мобитц 1, 2 или любой степени с паузами 3 и более сек (при фибрилляции предсердий – 5 и более сек); блокада II степени Мобитц 2 независимо от пауз допуск к управлению определяется не ранее чем через 1 год медицинского наблюдения при выявлении бессимптомного изолированного нарушения предсердно-желудочковой проводимости II степени Мобитц 1 без сердечной недостаточности, без синкопальных (пресинкопальных) состояний в анамнезе (переосвидетельствование – ежегодно)
- 4.1.4.6 врожденная AV блокада III степени с сердечной недостаточностью II и выше и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 4.1.4.7 хроническая или интермиттирующая бифасцикулярная и трифасцикулярная блокада при органических заболеваниях сердца и (или) сердечной недостаточности
- 4.1.4.8 синдром слабости синусового узла,

синдром брадикардии,  
дисфункция синусового узла с  
синкопальными или  
пресинкопальными состояниями и  
(или) пароксизмальными  
тахикардиями

- 4.1.4.9 пациенты с имплантацией электрокардиостимулятора (далее – ЭКС) после радиочастотной абляции атриовентрикулярного узла, ЭКС-зависимые пациенты, а также при замещающем ритме менее 40 сокращений в минуту или неустойчивой гемодинамике при отключении ЭКС
- после имплантации ЭКС освидетельствование – не ранее чем через 3 месяца медицинского наблюдения на основании заключения врача кабинета контроля и программирования ЭКС (отсутствие нарушения работы ЭКС) и врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно).
- Допуск к управлению после проведенного лечения субстрата аритмии и имплантации кардиовертера-дефибриллятора (далее – КД) возможен на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при отсутствии срабатывания КД в течение 1 года медицинского наблюдения, отсутствии общих противопоказаний (переосвидетельствование – ежегодно).
- Допуск к управлению после имплантации ресинхронизирующего устройства возможен при отсутствии общих противопоказаний не ранее чем через 1 год медицинского наблюдения (переосвидетельствование – ежегодно)
- 4.1.5 ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС):
- 4.1.5.1 стенокардия напряжения ФК III – ФК IV, покоя, вазоспастическая (документально подтвержденная)
- допуск к управлению после стентирования коронарных артерий при хронической ИБС определяется через 3 месяца на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 4.1.5.2 инфаркт миокарда
- допуск к управлению после перенесенного инфаркта миокарда определяется через 6 месяцев (в том числе после хирургической реваскуляризации) при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)
- 4.1.6 артериальная гипертензия III степени при неэффективности лечения (невозможности медикаментозной коррекции)
- допускаются к управлению при артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней (<140/90 мм рт. ст.) артериального давления (далее – АД) на фоне антигипертензивной терапии (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года, если АД не достигает целевых уровней (переосвидетельствование – ежегодно).
- Допускаются к управлению при артериальной гипертензии III степени с достижением целевых

уровней АД на фоне антигипертензивной терапии на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)

- 4.1.7 хирургическое лечение заболеваний сердца и аорты допуск к управлению определяется не ранее чем через 6 месяцев после операции при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 2 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 3 года)
- 4.1.8 трансплантация сердца допуск к управлению определяется не ранее чем через год после операции на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)
- 4.1.9 врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии допуск к управлению определяется на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – не реже 1 раза в 2 года)
- 4.1.10 операции на перикарде допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога
- 4.1.11 миксома сердца допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога
- 4.2 хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких, туберкулез легких, плевры при условии развития дыхательной недостаточности III степени и признаков хронического легочного сердца, неконтролируемая астма вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, и при отсутствии противопоказаний
- 4.3 болезни крови и кроветворных органов вопрос о допуске к управлению решается

|  |  |
|--|--|
| органов  | индивидуально при стойкой ремиссии, отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания и на основании заключения врача-гематолога.  |
|  | При анемии легкой степени допускаются к управлению   |
| 4.4 эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функций, течение заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при сахарном диабете на основании заключения врача-эндокринолога (переосвидетельствование при сахарном диабете 1-го типа и других типах сахарного диабета при использовании инсулинотерапии – ежегодно)   |
| 4.5 рост ниже 145 см   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений   |
| 4.6 цирроз печени  | допускаются к управлению на основании заключения врача-гастроэнтеролога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года при классе А, 1 раз в год при классе В или С)  |
| 4.7 хроническая болезнь почек 5 стадии при отсутствии заместительной почечной терапии  | допускаются к управлению при хронической болезни почек 5 стадии при заместительной почечной терапии (переосвидетельствование – ежегодно).  |
|  | При хронических заболеваниях почек, отсутствии одной почки, хронической почечной недостаточности, трансплантации почки вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений  |
| 4.8 диффузные заболевания соединительной ткани   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений   |
| 4.9 злокачественные новообразования  | допускаются к управлению после проведенного лечения на основании заключения врача-онколога при наличии ремиссии, при стабилизации процесса вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 5 Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания):   |  |
| 5.1 органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания) (F00-09)*, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)*, аффективные расстройства (F30-39)*, умственная отсталость (F70-79)*, нуждающиеся в диспансерном наблюдении | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения врачебно-консультационной комиссии организации здравоохранения, оказывающей психиатрическую помощь, а в случаях, предусмотренных законодательством, – государственным психиатрической (психоневрологической) организации здравоохранения (далее – заключение ВКК) при наличии стойкой, длительной (не менее 5 лет) ремиссии и после прекращения диспансерного |

наблюдения

- 5.2 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)\*, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-51, F53-59)\*, специфические расстройства личности (F60)\*, смешанные и другие расстройства личности (F61)\*, стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга (F62)\*
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК
- 5.3 психические, в том числе поведенческие, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) (F10-16, F18-19)\*
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК после специального лечения с положительными результатами, при сохранности психических функций и при наличии стойкой ремиссии: при алкоголизме в течение не менее 1 года; при наркомании и токсикомании в течение не менее 3 лет и после прекращения диспансерного наблюдения.
- Вопрос о допуске к управлению лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, решается индивидуально на основании заключения ВКК. При первичном решении вопроса допуск к управлению осуществляется на 1 год с последующим переосвидетельствованием каждые 3 года
- 5.4 синкопальные состояния, эпилептический синдром, эпилепсия
- допуск к управлению при однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы, типичной картине нейрогенного обморока определяется индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 4.1.4 пункта 4 настоящего перечня, и динамического медицинского наблюдения в течение года, подтверждающего отсутствие повторных приступов.
- При повторных синкопальных состояниях вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в случае наступления ремиссии продолжительностью более 2 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, и после полного клинического обследования, исключающего органические заболевания головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 4.1.4

пункта 4 настоящего перечня.

Комплекс диагностического обследования при однократном или повторных синкопальных состояниях должен включать: суточное (холтеровское) мониторирование электрокардиограммы (далее – ЭКГ) и АД, ультразвуковое исследование сердца, компьютерную томографию (магниторезонансную томографию) (далее – КТ (МРТ)) головного мозга, электроэнцефалографию (далее – ЭЭГ).

При эпилептическом синдроме (судорожном и бессудорожном, эпилепсиях на фоне активного заболевания центральной нервной системы (далее – ЦНС)) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее чем через 5 лет после излечения основного заболевания и при отсутствии припадков, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, данными медицинских документов и полным клиническим обследованием, исключающим органическую патологию головного мозга и изменения ЭЭГ.

Комплекс диагностических методов при эпилептическом синдроме при решении вопроса о допуске к управлению должен включать: КТ (МРТ) головного мозга, проведение ЭЭГ 1 раз в 4 месяца в течение не менее 1 года

- 5.5 органические заболевания ЦНС и травмы ЦНС со стойкими или прогрессирующими последствиями с наличием парезов конечностей, гиперкинезов, расстройств чувствительности, афатических, координаторных, когнитивных нарушений умеренной, выраженной и резко выраженной степени
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования при легких двигательных и чувствительных нарушениях, легком гиперкинетическом синдроме, не нарушающих значимые для вождения функции, обусловленных органическим поражением или последствиями травм ЦНС, при непрогредиентном течении заболевания.

При зрительных нарушениях решение принимается с учетом требований подпунктов 1.4 и 1.5 пункта 1 настоящего перечня.

Допуск к управлению при черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени определяется по окончании острого и восстановительного периода после полного клинического обследования с учетом имеющихся нарушений. Окончанием восстановительного периода в случае перенесенной черепно-мозговой травмы средней степени тяжести может считаться полное восстановление нарушенных функций нервной системы при соблюдении оптимально минимальных сроков временной нетрудоспособности.

Решение о допуске к управлению при выявлении



рубцово-атрофических изменений, кисты головного мозга, обусловленных органическим заболеванием или травмой ЦНС, принимается с учетом локализации и степени выраженности изменений после полного клинического обследования.

Вопрос о допуске к управлению при наличии арахноидальной кисты головного мозга без клинических проявлений по данным КТ (МРТ) головного мозга решается индивидуально с учетом локализации и размеров кисты после полного клинического обследования (при наличии показаний – динамического наблюдения)

5.6 энцефалопатия II, III стадии

допуск к управлению лиц с энцефалопатией I стадии определяется с учетом результатов ежегодного психологического тестирования. Другие методы исследования (КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, осмотр офтальмологом) выполняются по показаниям (переосвидетельствование – через 1 год)

5.7 хронические заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким, выраженным нарушением движений, чувствительности и трофики. Наличие последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также выраженного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций

вопрос о допуске к управлению при выраженных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации к дефекту решается индивидуально с учетом сохранения значимых для вождения функций.

При наличии последствий в виде выраженного пареза левой ноги (стопы) вопрос о допуске к управлению автомобилем категории «В» с автоматической коробкой передач решается индивидуально при условии здоровой правой ноги. К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются.

При наличии последствий в виде выраженного пареза правой ноги (стопы) вопрос о допуске к управлению автомобилем категории «В» с автоматической коробкой передач и выносом педали акселератора под левую ногу решается индивидуально. К управлению МТС категорий «АМ» и «А» не допускаются

5.8 последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии двигательных, координаторных, речевых и других нарушений с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При наличии легких двигательных, речевых нарушений, не влияющих на значимые для вождения функции, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года и полного клинического

обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При однократной транзиторной ишемической атаке (далее – ТИА) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев (переосвидетельствование – ежегодно).

При повторных ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года (переосвидетельствование – ежегодно).

После перенесенной транзиторной глобальной амнезии негодны.

Допуск к управлению при субарахноидальном кровоизлиянии определяется после исключения аневризмы по данным КТ (МРТ) ангиографии или рентгенконтрастной субтракционной цифровой ангиографии и по истечении восстановительного периода (переосвидетельствование – ежегодно)

## 6 Беременность (30 недель и более)

### ГЛАВА 2

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УПРАВЛЕНИЮ МЕХАНИЧЕСКИМИ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ КОЛЕСНЫХ) И СОСТАВАМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ КАТЕГОРИЙ «В» (С ПРАВОМ НАЙМА НА РАБОТУ), «ВЕ» (С ПРАВОМ НАЙМА НА РАБОТУ)

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 7   | Заболевания глаз и придаточного аппарата:  | при определении годности к управлению при миопической рефракции (миопия высокой степени), последствиях травм (контузии и проникающие ранения), оперированной отслойке сетчатки, врожденной патологии сетчатки и зрительного нерва, ретинопатии различной этиологии, некорректируемом снижении остроты зрения допуск к управлению определяется после осмотра глазного дна с фундус-линзой |
| 7.1 | хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе их слизистых, парезы мышц век, препятствующие зрению | после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению  |
| 7.2 | хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение                                 | после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению  |

- 7.3 стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии, отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение
- 7.4 ограничение поля зрения более чем на 20 градусов как минимум в одном квадранте допускаются к управлению без ограничений при центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпункте 7.5.1 настоящего пункта
- 7.5 понижение остроты зрения вследствие стойких помутнений преломляющих сред, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:
- 7.5.1 острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на лучшем глазу, ниже 0,4 на худшем или ниже 0,7 на каждом глазу допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 диоптрии, в том числе контактными линзами (вне зависимости от передне-задней оси глаза), при астигматизме 3,0 диоптрии (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 диоптрии). Разница в силе очковых линз двух глаз не должна превышать 3,0 диоптрии.
- Водители, имеющие стаж управления МТС соответствующей категории, кроме такси и транспортных средств оперативного назначения, допускаются к управлению при остроте зрения 0,6 на одном глазу и 0,2 на другом или 0,5 на каждом глазу (вне зависимости от передне-задней оси глаза)
- 7.5.2 отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 при состояниях после рефракционных операций на роговой оболочке:
- кератотомия, рефракционная кератопластика – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений;
- операции с применением фемтосекундного и эксимерного лазеров – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений
- 7.5.3 искусственный хрусталик допускаются к управлению при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта, нормальном поле зрения и отсутствии осложнений через 4 месяца после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через

2 месяца после факоэмульсификации

7.6 нарушения цветоощущения допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора

7.7 заболевания сетчатки и зрительного нерва:

7.7.1 отслойка, разрывы сетчатки допуск к управлению разрешается после коагуляции периферических разрывов сетчатки с хорошими результатами через 1 месяц после лазерного лечения (переосвидетельствование – на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь)

7.7.2 хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения допуск к управлению разрешается при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в подпункте 7.4 настоящего пункта (переосвидетельствование – на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь).

Периферическая хориоретинальная дистрофия при миопии высокой степени не является противопоказанием к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости в лазеркоагуляции.

Допуск к управлению после лазерного лечения сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие) разрешается через 1 месяц на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь

7.7.3 атрофия зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов, двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 7.4 настоящего пункта

7.8 глаукома допускаются к управлению при компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 7.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 7.5.1 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно)

8 Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:

8.1 двухсторонняя глухота вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года). Водители такси и транспортных средств оперативного назначения к управлению не

допускаются

- 8.2 хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха с наличием фистульного синдрома      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим стойким результатом не ранее чем через 3 месяца после операции
- 8.3 заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функций вестибулярного аппарата с синдромом системного головокружения      вопрос о допуске к управлению при однократном вестибулярном пароксизме решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 6 месяцев.  
  
При неоднократных (2 и более) вестибулярных пароксизмах вопрос о допуске к управлению решается после полного клинического обследования и при условии отсутствия приступов в течение 1 года
- 8.4 стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, выраженно затрудняющие дыхание, при дыхательной недостаточности II степени
- 9 Хирургические заболевания:
- 9.1 заболевания и повреждения нижних конечностей: допускаются к управлению после хирургического лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций нижней конечности или пояса нижней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате
- 9.1.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов с выраженным ограничением движений
- 9.1.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц
- 9.1.3 невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с умеренным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставах
- 9.1.4 ложные суставы (за исключением малоберцовой кости, фаланг пальцев стопы и краевых отрывных

переломов)

9.1.5 деформации костей таза, бедра, голени, неправильно сросшиеся переломы, выраженно затрудняющие движения конечности

9.1.6 деформации стопы, выраженно затрудняющие ее движение

9.1.7 ампутационные культы нижних конечностей:

9.1.7.1 культя нижней конечности проксимальнее уровня предплюсне-плюсневого сочленения

9.1.7.2 культя нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневого сочленения и дистальнее

допускаются к управлению при отсутствии дефектов культы и в условиях пользования ортопедической обувью

9.1.7.3 укорочение конечности более 6 см

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при наличии стажа управления МТС и укорочении одной из нижних конечностей более чем на 6 см при сохранении силы мышц конечности, отсутствии дефектов со стороны костей, связок и суставов, незначительном ограничении объема движений, длине конечности не менее 75 см от основания пятки до верхушки большого вертела бедра. Водители такси и транспортных средств оперативного назначения к управлению не допускаются

9.2 заболевания и повреждения верхних конечностей:

допускаются к управлению после хирургического лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций верхней конечности или пояса верхней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате. При вывихе допуск к управлению определяется через год после операции при отсутствии рецидивов

9.2.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения плечевого, или локтевого, или лучезапястного суставов верхней конечности с выраженными ограничениями движений

9.2.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи при наличии морфологических

изменений суставных концов и  
выраженного снижения силы мышц

9.2.3 ложные суставы,  
невосстановленные застарелые  
разрывы мышц или сухожилий,  
выраженно затрудняющие  
движение конечности или  
выраженно нарушающие функцию  
схвата и удержания

9.2.4 деформации костей пояса и  
собственно верхней конечности,  
неправильно сросшиеся переломы,  
выраженно затрудняющие  
движения конечности

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально при умеренном нарушении схвата и  
удержания предметов и при отсутствии выраженных  
нейромышечных изменений. Водители такси и  
транспортных средств оперативного назначения к  
управлению не допускаются

9.2.5 деформации кисти, выраженно  
затрудняющие ее движения и  
выраженно нарушающие функцию  
схвата и удержания

9.2.6 ампутационные культы верхней  
конечности или кисти, пальцев или  
фаланг, а также ограничение  
подвижности в пястно-фаланговых  
и межфаланговых суставах при  
выраженном нарушении схвата и  
удержания предметов:

9.2.6.1 отсутствие большого пальца на  
левой руке

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально в зависимости от степени  
функциональных нарушений. Водители такси и  
транспортных средств оперативного назначения к  
управлению не допускаются

9.2.6.2 отсутствие ногтевой фаланги  
большого пальца в сочетании с  
ампутационными культями на  
уровне головок основных фаланг  
указательного и среднего пальцев  
правой кисти

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально в зависимости от степени  
функциональных нарушений. Водители такси и  
транспортных средств оперативного назначения к  
управлению не допускаются

9.2.6.3 отсутствие или выраженные  
контрактуры указательного и  
среднего пальцев при дефиците  
схвата 3 см и более левой руки

9.2.6.4 отсутствие большого,  
указательного и среднего пальцев  
или их выраженная контрактура  
при дефиците схвата 3 см и более  
правой руки

9.3 деформации и дефекты костей

допускаются к управлению при наличии дефектов

|  |   |
|--|---|
| <p>череп (12 кв. см и более) с наличием неврологической симптоматики без оперативной пластики дефекта</p>  | <p>костей черепа менее 12 кв. см и деформаций костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики. Водители такси и транспортных средств оперативного назначения к управлению не допускаются</p>  |
| <p>9.4 заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка, семенного канатика и другие)</p>                | <p>вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после эффективного лечения, в том числе оперативного</p>  |
| <p>9.5 заболевания сосудов:</p>  |   |
| <p>9.5.1 аневризмы:</p>  |   |
| <p>9.5.1.1 аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения</p>   | <p>допускаются к управлению после оперативного лечения не ранее чем через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии очаговой неврологической симптоматики, иных противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 3 года)</p> |
| <p>9.5.1.2 аневризмы бедренной артерии и подколенной артерии, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов</p>  | <p>вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно).</p> <p>После оперативного лечения на периферических сосудах при компенсации кровотока вопрос о допуске к управлению решается индивидуально</p>   |
| <p>9.5.2 тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью III–IV степени</p>  |   |
| <p>9.5.3 варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью III–IV степени, слоновость с хронической лимфатической недостаточностью III–IV степени</p> |   |
| <p>9.6 деформация грудной клетки и позвоночника III–IV степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки, с выраженным ограничением</p>  |   |



подвижности позвоночника

## 10 Заболевания внутренних органов:

- 10.1 болезни системы кровообращения: допускаются к управлению при малых сердечных аномалиях (открытое овальное окно, дополнительные и аномально расположенные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2 степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже и другое)
- 10.1.1 острые формы заболеваний сердца и сосудов или их обострения вопрос о допуске к управлению решается после купирования острых проявлений заболеваний
- 10.1.2 хроническая сердечная недостаточность стадии Н IIБ, Н III (ФК III, ФК IV по NYHA)
- 10.1.3 рецидивирующая эмболия кровеносных сосудов (тромбоэмболическая болезнь)
- 10.1.4 нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся по коррекции суправентрикулярных тахиаритмий с нарушениями гемодинамики и идиопатических желудочковых тахикардий (или) синкопальными освидетельствованием не ранее чем через 12 месяцев (пресинкопальными) состояниями в медицинского наблюдения и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)
- 10.1.4.1 желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков в настоящий период или в анамнезе (за исключением эпизодов в остром периоде инфаркта миокарда); желудочковая экстрасистолия частая (более 10 000 штук, или 10 % в сутки, или больше 350 в критический час) или с нарушением гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 10.1.4.2 синдром (феномен) WPW, синдром Бругада, синдром удлиненного интервала Q-T допускаются к управлению при феномене WPW при наличии доказанной низкой проводимости по дополнительным соединениям по данным ЭФИ и отсутствии пароксизмальных тахикардий (как в анамнезе, так и при ЭФИ) (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)
- 10.1.4.3 пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики, синкопальными

(пресинкопальными) состояниями

- 10.1.4.4 пароксизмы фибрилляции предсердий, сопровождающиеся синкопальными (пресинкопальными) состояниями допускаются к управлению в остальных случаях пароксизмов фибрилляции предсердий (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 10.1.4.5 приобретенные нарушения предсердно-желудочковой проводимости блокада II степени Мобитц 1, 2 или любой степени с паузами 3 и более сек (при фибрилляции предсердий – 5 и более сек); блокада II степени Мобитц 2 независимо от пауз допуск к управлению определяется не ранее чем через 1 год медицинского наблюдения при выявлении бессимптомного изолированного нарушения предсердно-желудочковой проводимости II степени Мобитц 1 без сердечной недостаточности, без синкопальных или пресинкопальных состояний в анамнезе (переосвидетельствование – ежегодно)
- 10.1.4.6 врожденная AV блокада III степени с сердечной недостаточностью II и выше и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 10.1.4.7 хроническая или интермиттирующая бифасцикулярная и трифасцикулярная блокада при органических заболеваниях сердца и (или) сердечной недостаточности
- 10.1.4.8 синдром слабости синусового узла; синдром брадикардии; дисфункция синусового узла с синкопальными или пресинкопальными состояниями и (или) пароксизмальными тахикардиями
- 10.1.4.9 имплантация ЭКС, КД, ресинхронизирующего устройства
- 10.1.5 ИБС:
- 10.1.5.1 стенокардия напряжения ФК III – ФК IV, покоя, вазоспастическая (документально подтвержденная) допуск к управлению при стенокардии напряжения ФК II определяется на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года).
- Допуск к управлению после стентирования коронарных артерий при хронической ИБС определяется через 3 месяца на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 10.1.5.2 инфаркт миокарда допуск к управлению после перенесенного инфаркта миокарда определяется через 9 месяцев (в том числе после хирургической реваскуляризации) при

|   |  |
|---|--|
|   | достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)  |
| 10.1.6 артериальная гипертензия III степени; артериальная гипертензия II степени с частыми (более 4 раз в год) гипертоническими кризами   | допускаются к управлению при артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт. ст.) на фоне антигипертензивной терапии (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)   |
| 10.1.7 хирургическое лечение заболеваний сердца и аорты   | допуск к управлению определяется не ранее чем через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии иных противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 3 года) |
| 10.1.8 трансплантация сердца  |  |
| 10.1.9 врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии   | допускаются к управлению на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – не реже 1 раза в 2 года)  |
| 10.1.10 операция на перикарде   | допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога   |
| 10.1.11 миксома сердца  | допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога   |
| 10.2 хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких, туберкулез легких, плевры при условии развития дыхательной недостаточности III степени и признаков хронического легочного сердца; неконтролируемая астма | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, и при отсутствии противопоказаний   |

- |      |   |   |
|------|---|---|
| 10.3 | болезни крови и кроветворных органов  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)  |
| 10.4 | эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции, при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям, сахарный диабет 1-го типа  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения врача-эндокринолога и при отсутствии противопоказаний (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 10.5 | рост ниже 150 см  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений для водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории   |
| 10.6 | цирроз печени   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения врача-гастроэнтеролога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года при классе А, ежегодно при классе В и С)  |
| 10.7 | хроническая болезнь почек 5 стадии  | при хронических заболеваниях почек, отсутствии одной почки, хронической почечной недостаточности, трансплантации почки вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии противопоказаний и в зависимости от степени функциональных нарушений (переосвидетельствование при хронической почечной недостаточности – ежегодно) |
| 10.8 | диффузные заболевания соединительной ткани  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений  |
| 10.9 | злокачественные новообразования   | допускаются к управлению после проведенного лечения на основании заключения врача-онколога при наличии ремиссии, при стабилизации процесса вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – ежегодно)  |
| 11   | Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания):  |   |
| 11.1 | органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания) (F00-09)*, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)*, аффективные расстройства (F30-39)*, специфические расстройства личности (F60)*, смешанные и |   |

другие расстройства личности (F61)\*, стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга (F62)\*, умственная отсталость (F70-79)\*

11.2 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)\*, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-51, F53-59)\*

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК

11.3 психические, в том числе поведенческие, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) (F10-16, F18-19)\*

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК после специального лечения с положительными результатами и при сохранности психических функций, при наличии стойкой длительной ремиссии: при алкоголизме – спустя не менее 2 лет, при наркомании и токсикомании – спустя не менее 3 лет после прекращения диспансерного наблюдения.

Вопрос о допуске к управлению лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, решается индивидуально на основании заключения ВКК. При первичном решении вопроса допуск к управлению осуществляется на 1 год с последующим переосвидетельствованием каждые 3 года

11.4 синкопальные состояния, эпилептический синдром, эпилепсия

вопрос о допуске к управлению при однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы, типичной картине нейрогенного обморока решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 10.1.4 пункта 10 настоящего перечня, и динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет, подтверждающего отсутствие повторных приступов.

При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 3 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органические заболевания головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 10.1.4 пункта 10

настоящего перечня

- 11.5 органические заболевания ЦНС, стойкие или прогрессирующие последствия органического поражения и травм ЦНС с наличием парезов конечностей, гиперкинезов, расстройств чувствительности, афатических нарушений умеренной, выраженной и резко выраженной степени, координаторных и когнитивных расстройств любой степени выраженности
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования при легких двигательных и чувствительных нарушениях, легком гиперкинетическом синдроме, не нарушающих значимые для вождения функции, обусловленных органическим поражением или последствиями травм ЦНС, при непрогредиентном течении заболевания.
- При зрительных нарушениях решение принимается с учетом требований подпунктов 7.4 и 7.5 пункта 7 настоящего перечня.
- Допуск к управлению при черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени определяется по окончании острого и восстановительного периода после полного клинического обследования с учетом имеющихся нарушений. Окончанием восстановительного периода в случае перенесенной черепно-мозговой травмы средней степени тяжести может считаться полное восстановление нарушенных функций нервной системы при соблюдении оптимально минимальных сроков временной нетрудоспособности.
- Решение о допуске к управлению при выявлении рубцово-атрофических изменений, кисты головного мозга, обусловленных органическим заболеванием или травмой ЦНС, принимается с учетом локализации и степени выраженности изменений после полного клинического обследования.
- Решение о допуске к управлению при наличии арахноидальной кисты головного мозга без клинических проявлений по данным КТ (МРТ) головного мозга решается индивидуально с учетом локализации и размеров кисты после полного клинического обследования (при наличии показаний – динамического наблюдения)
- 11.6 энцефалопатия II, III стадии
- допуск к управлению водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, с энцефалопатией I стадии решается с учетом результатов ежегодного психологического тестирования. Другие методы исследования (КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, осмотр офтальмологом) выполняются по показаниям (переосвидетельствование – ежегодно)
- 11.7 хронические заболевания периферической нервной системы и группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных
- при легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации к дефекту вопрос о годности к управлению решается индивидуально с

нервных стволов со стойким, выраженным нарушением движений, чувствительности и трофики. Наличие последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также выраженного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций

учетом сохранения значимых для вождения функций

11.8 последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения

при отсутствии двигательных, координаторных, речевых, когнитивных и других нарушений вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При наличии легких двигательных, речевых нарушений, не влияющих на значимые для вождения функции, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом основного сосудистого заболевания для водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При однократной ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев (переосвидетельствование – ежегодно).

При повторных ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года (переосвидетельствование – ежегодно).

После перенесенной транзиторной глобальной амнезии – негодны.

При субарахноидальном кровоизлиянии допуск к управлению определяется после исключения аневризмы по данным КТ (МРТ) ангиографии или рентгенконтрастной субтракционной дигитальной ангиографии и по истечении восстановительного периода (переосвидетельствование – ежегодно)

12 Беременность (30 недель и более)

### ГЛАВА 3

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УПРАВЛЕНИЮ МТС (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ КОЛЕСНЫХ ТРАКТОРОВ) И СОСТАВАМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

## КАТЕГОРИЙ «С», «D», «CE», «DE», «F», «I»

- |        |  |  |
|--------|--|--|
| 13     | Заболевания глаз и придаточного аппарата:  | при определении годности к управлению при миопической рефракции (миопия высокой степени), последствиях травм (контузии и проникающие ранения), оперированной отслойке сетчатки, врожденной патологии сетчатки и зрительного нерва, ретинопатии различной этиологии, некорректируемом снижении остроты зрения допуск к управлению определяется после осмотра глазного дна с фундус-линзой |
| 13.1   | хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе их слизистых, парезы мышц век, ограничивающие движение глазного яблока | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим результатом  |
| 13.2   | хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим результатом  |
| 13.3   | стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии, отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение  |  |
| 13.4   | ограничение поля зрения более чем на 20 градусов как минимум в одном квадранте   | допускаются к управлению при центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпунктах 13.5.1 и 13.5.2 настоящего пункта  |
| 13.5   | понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:                              |  |
| 13.5.1 | острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на лучшем глазу, ниже 0,4 на худшем или ниже 0,7 на каждом глазу  | допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 диоптрии, в том числе контактными линзами или при длине оси глаза от 21,5 до 27 мм, при астигматизме 3,0 диоптрии (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 диоптрии). Разница в силе очковых линз двух глаз не должна превышать 3,0 диоптрии   |
| 13.5.2 | отсутствие зрения на одном глазу   | допускаются к управлению при состояниях после  |



|  |   |
|--|---|
|  | рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, операции с применением фемтосекундного и эксимерного лазеров, рефракционная кератопластика и другое) через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции от +8,0 диоптрии до -8,0 диоптрии. При невозможности установить дооперационную рефракцию допускаются к управлению при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм   |
| 13.5.3 искусственный хрусталик   | допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления МТС соответствующей категории, через 6 месяцев после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 2 месяца после факоэмульсификации при отсутствии осложнений, остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта  |
| 13.6 нарушения цветоощущения   | допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора  |
| 13.7 заболевания сетчатки и зрительного нерва:   |   |
| 13.7.1 отслойка и разрывы сетчатки   | допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления МТС соответствующей категории, после коагуляции периферических разрывов с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта) через 1 месяц после лазерного лечения в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 13.7.2 хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в подпункте 13.4 настоящего пункта, с переосвидетельствованием в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь.<br><br>Допускаются к управлению при периферической хориоретинальной дистрофии при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции. |

Допуск к управлению после лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другое) определяется через 1 месяц на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь)

- 13.7.3 атрофия зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов, непрогрессирующей двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии при остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта
- 13.8 глаукома допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления МТС соответствующей категории, при компенсированной глаукоме, поле зрения не ниже указанного в подпункте 13.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпункте 13.5.1 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно)
- 14 Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:
- 14.1 восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 5 метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров на другое ухо (переосвидетельствование – ежегодно)
- 14.2 хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха с наличием фистульного синдрома вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим стойким результатом не ранее чем через 6 месяцев с учетом слуховой функции, указанной в подпункте 14.1 настоящего пункта
- 14.3 заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения вестибулярного аппарата с синдромом системного головокружения вопрос о допуске к управлению при однократном вестибулярном пароксизме решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 6 месяцев.  
При неоднократных (2 и более) вестибулярных пароксизмах вопрос о допуске к управлению решается после полного клинического обследования и при условии отсутствия приступов в течение 1 года
- 14.4 стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при дыхательной недостаточности I степени с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения,

связанного с управлением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально

- 15 Хирургические заболевания:
- 15.1 заболевания и повреждения нижних конечностей допускаются к управлению после хирургического лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций нижней конечности или пояса нижней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате
- 15.1.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов (третья клинко-рентгенологическая стадия, искусственные имплантированные суставы) с выраженным ограничением движений
- 15.1.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи крупных суставов
- 15.1.3 невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с умеренным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставе
- 15.1.4 ложные суставы (за исключением малоберцовой кости, фаланг пальцев стопы и краевых отрывных переломов)
- 15.1.5 деформации костей таза, бедра, голени, неправильно сросшиеся переломы, выраженно затрудняющие движения конечности
- 15.1.6 деформации стопы, выраженно затрудняющие ее движение
- 15.2 ампутационные культы нижних конечностей:
- 15.2.1 культя нижней конечности проксимальнее уровня предплюсне-плюсневого сочленения
- 15.2.2 культя нижней конечности на вопрос о допуске к управлению решается

|  |  |
|--|--|
| уровне предплюсне-плюсневое сочленения и дистальнее  | индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при отсутствии дефектов культи и в условиях пользования ортопедической обувью. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются  |
| 15.3 заболевания и деформации пояса верхней конечности, верхней конечности или кисти:  | допускаются к управлению после хирургического лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций верхней конечности или пояса верхней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате. При вывихе допуск к управлению определяется через год после операции при отсутствии рецидивов |
| 15.3.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения плечевого, локтевого или лучезапястного суставов верхней конечности с выраженными ограничениями движений |  |
| 15.3.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц     |  |
| 15.3.3 ложные суставы, невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий, выраженно затрудняющие движение конечности или выраженно нарушающие функцию схвата и удержания       |  |
| 15.3.4 деформации костей пояса и собственно верхней конечности, неправильно сросшиеся переломы, выраженно затрудняющие движения конечности   |  |
| 15.3.5 деформации кисти, выраженно затрудняющие ее движения и выраженно нарушающие функцию схвата и удержания  |  |
| 15.4 ампутационные культи верхней конечности или кисти, пальцев или фаланг, а также ограничение подвижности в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах при                         | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при умеренном нарушении схвата и удержания предметов и при отсутствии выраженных нейромышечных изменений. К управлению транспортными средствами оперативного назначения   |

|  |   |
|--|---|
| выраженном нарушении схвата и удержания предметов  | не допускаются  |
| 15.4.1 отсутствие или выраженные контрактуры указательного и среднего пальцев при дефиците схвата 3 см и более левой руки  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии большого пальца на левой руке. К управлению пассажирским транспортом и транспортными средствами оперативного назначения не допускаются  |
| 15.4.2 отсутствие большого, указательного и среднего пальцев или их выраженная контрактура при дефиците схвата 3 см и более правой руки  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии ногтевой фаланги большого пальца в сочетании с ампутированными кульями на уровне головок основных фаланг указательного и среднего пальцев правой кисти. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются  |
| 15.5 деформации и дефекты костей черепа с наличием неврологической симптоматики  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при наличии незначительных дефектов (фрезевых отверстий после костно-пластических краниотомий общей площадью менее 12 кв. см) без неврологической симптоматики   |
| 15.6 укорочение нижней конечности более чем на 6 см  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при сохранении силы мышц конечности, отсутствии дефектов со стороны костей, связок и суставов, незначительном ограничении объема движений, длине конечности не менее 75 см от основания пятки до вершины большого вертела бедра. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются      |
| 15.7 заболевания, вызывающие ограничения движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие) | допускаются к управлению после оперативного лечения при достигнутом хорошем функциональном результате   |
| 15.8 заболевания сосудов:  |   |
| 15.8.1 аневризмы:  |   |
| 15.8.1.1 аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения   | допускаются к управлению после оперативного лечения аневризмы через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии очаговой неврологической симптоматики, общих противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в течение последующих 3 лет – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – |

1 раз в 2 года)

- 15.8.1.2 аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения при компенсации кровотока (переосвидетельствование – ежегодно)
- 15.8.2 тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной недостаточностью II–III степени
- 15.8.3 варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью II–III степени, слоновость с хронической лимфатической недостаточностью II–III степени
- 15.9 деформация грудной клетки III степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки
- 16 Заболевания внутренних органов:
- 16.1 болезни системы кровообращения: допускаются к управлению при малых сердечных аномалиях (открытое овальное окно, дополнительные и аномально расположенные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2 степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже и другое)
- 16.1.1 острые формы заболеваний сердца и сосудов или их обострения
- 16.1.2 хроническая сердечная недостаточность стадии H IIБ, H III (ФК III, ФК IV по NYHA)
- 16.1.3 рецидивирующая эмболия кровеносных сосудов (тромбоэмболическая болезнь)
- 16.1.4 нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (или пресинкопальными) состояниями в настоящий период или в анамнезе: допускаются к управлению при достижении эффекта по коррекции суправентрикулярных тахикардий и идиопатических желудочковых тахикардий не ранее чем через 12 месяцев медицинского наблюдения на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)
- 16.1.4.1 желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков в настоящий период или в анамнезе (за исключением эпизодов в остром

периоде инфаркта миокарда);  
желудочковая экстрасистолия  
частая (более 10 000 штук, или  
10 % в сутки, или больше 350 в  
критический час) или с нарушением  
гемодинамики и (или)  
синкопальными  
(пресинкопальными) состояниями

16.1.4.2 синдром и феномен WPW, синдром  
Бругада, синдром удлиненного  
интервала Q-T

16.1.4.3 пароксизмальные  
суправентрикулярные тахикардии,  
сопровождающиеся нарушениями  
гемодинамики, синкопальными  
(пресинкопальными) состояниями

16.1.4.4 пароксизмы фибрилляции  
предсердий, сопровождающиеся  
синкопальными  
(пресинкопальными) состояниями

допускаются к управлению в остальных случаях  
пароксизмов фибрилляции предсердий  
(переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)

16.1.4.5 приобретенные нарушения  
предсердно-желудочковой  
проводимости – блокада II степени  
и более

16.1.4.6 врожденная AV блокада III степени  
с сердечной недостаточностью II  
IIA и выше и (или) синкопальными  
(пресинкопальными) состояниями

16.1.4.7 хроническая или  
интермиттирующая  
бифасцикулярная и  
трифасцикулярная блокада при  
органических заболеваниях сердца  
и (или) сердечной недостаточности

16.1.4.8 синдром слабости синусового узла;  
синдром брадикардии;  
дисфункция синусового узла с  
синкопальными или  
пресинкопальными состояниями и  
(или) пароксизмальными  
тахикардиями

16.1.4.9 имплантация ЭКС, КД,  
ресинхронизирующего устройства

16.1.5 ИБС:

16.1.5.1 стенокардия напряжения ФК III –  
ФК IV, покоя, вазоспастическая

допускаются к управлению при стенокардии  
напряжения ФК II на основании заключения врача-

|   |  |
|---|--|
| (документально подтвержденная)  | кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно).   |
| 16.1.5.2 инфаркт миокарда   | Допуск к управлению после стентирования коронарных артерий при хронической ИБС определяется через 3 месяца на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)   |
| 16.1.6 артериальная гипертензия III степени; артериальная гипертензия II степени с частыми (более 4 раз в год) гипертоническими кризами   | допуск к управлению после перенесенного инфаркта миокарда определяется через 1 год (в том числе после хирургической реваскуляризации) при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)  |
| 16.1.6 артериальная гипертензия III степени; артериальная гипертензия II степени с частыми (более 4 раз в год) гипертоническими кризами   | допускаются к управлению при артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт. ст.) на фоне антигипертензивной терапии (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 16.1.7 хирургическое лечение заболеваний сердца и аорты   | допуск к управлению определяется не ранее чем через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в течение последующих 3 лет – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 2 года) |
| 16.1.8 трансплантация сердца  |  |
| 16.1.9 врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии   | допускаются к управлению на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)   |
| 16.1.10 операция на перикарде   | допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога   |
| 16.1.11 миксома сердца  | допуск к управлению определяется не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога   |
| 16.2 хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, и при отсутствии противопоказаний   |



врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких, туберкулез легких, плевры при условии развития дыхательной недостаточности III степени и признаков хронического легочного сердца; неконтролируемая астма

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 16.3 | болезни крови и кроветворных органов  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно) |
| 16.4 | эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции, при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям. Сахарный диабет 1-го типа, сахарный диабет 2-го типа с сульфаниламидной резистентностью и другие типы сахарного диабета с использованием инсулинотерапии | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, на основании заключения врача-эндокринолога при отсутствии противопоказаний   |
| 16.5 | рост ниже 150 см  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений для водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории  |
| 16.6 | цирроз печени   |  |
| 16.7 | хроническая болезнь почек 5 стадии  | при хронических заболеваниях почек, отсутствии одной почки, хронической почечной недостаточности, трансплантации почки вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии противопоказаний и в зависимости от степени функциональных нарушений (переосвидетельствование при хронической почечной недостаточности – ежегодно)          |
| 16.8 | диффузные заболевания соединительной ткани  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений   |
| 16.9 | злокачественные новообразования   | допускаются к управлению после проведенного лечения на основании заключения врача-онколога при   |

наличии ремиссии, при стабилизации процесса вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – ежегодно)

- 17 Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания):
- 17.1 органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания) (F00-09)\*, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)\*, аффективные расстройства (F30-39)\*, специфические расстройства личности (F60)\*, смешанные и другие расстройства личности (F61)\*, стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга (F62)\*, умственная отсталость (F70-79)\*
- 17.2 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)\*, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-51, F53-59)\*
- 17.3 психические, в том числе поведенческие, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) (F10-16, F18-19)\*
- 17.4 синкопальные состояния, мигрень, эпилептический синдром, эпилепсия
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после специального лечения с положительными результатами и при сохранности психических функций на основании заключения ВКК при наличии стойкой ремиссии в течение не менее 3 лет и после прекращения диспансерного наблюдения.
- Вопрос о допуске к управлению лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, решается индивидуально на основании заключения ВКК. При первичном решении вопроса допуск к управлению осуществляется на 1 год с последующим переосвидетельствованием через каждые 3 года
- допуск к управлению при однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы, типичной картине нейрогенного обморока определяется индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 16.1.4 пункта 16 настоящего перечня, и динамического медицинского наблюдения в течение 3 лет, подтверждающего отсутствие повторных приступов.

При повторных синкопальных состояниях вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, и после полного клинического обследования, исключающего органические заболевания головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 16.1.4 пункта 16 настоящего перечня.

Комплекс диагностических методов при однократном или повторных синкопальных состояниях должен включать: суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование сердца, КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ.

При мигрени с аурой допускаются к управлению при условии отсутствия приступов в течение 1 года после проведения обследования, включая КТ (МРТ) головного мозга с ангиопрограммой (переосвидетельствование – ежегодно в течение 3 лет, далее (при отсутствии приступов) – 1 раз в 3 года)

17.5 органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. Стойкие или прогрессирующие последствия органического поражения и травм ЦНС с наличием парезов конечностей, гиперкинезов, расстройств чувствительности, афатических нарушений умеренной, выраженной и резко выраженной степени, координаторных и когнитивных расстройств любой степени выраженности

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования для водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при легких двигательных и чувствительных нарушениях, легком гиперкинетическом синдроме, не нарушающих значимые для вождения функции, обусловленных органическим поражением или последствиями травм ЦНС, при непрогредиентном течении заболевания.

При наличии зрительных нарушений решение принимается с учетом требований подпунктов 13.4 и 13.5. пункта 13 настоящего перечня.

Допуск к управлению при черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени тяжести определяется по окончании острого и восстановительного периода после полного клинического обследования с учетом имеющихся нарушений. Окончанием восстановительного периода в случае перенесенной черепно-мозговой травмы средней степени тяжести может считаться полное восстановление нарушенных функций нервной системы при соблюдении оптимально минимальных сроков временной нетрудоспособности.

Вопрос о допуске к управлению при выявлении рубцово-атрофических изменений, кисты головного мозга, обусловленных органическим заболеванием или травмой ЦНС, решается с учетом локализации и

степени выраженности изменений после полного клинического обследования.

Вопрос о допуске к управлению при наличии арахноидальной кисты головного мозга без клинических проявлений по данным КТ (МРТ) головного мозга решается индивидуально с учетом локализации и размеров кисты после полного клинического обследования (при наличии показаний – динамического наблюдения)

17.6 энцефалопатия II, III стадии

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, с энцефалопатией I стадии с учетом результатов ежегодного психологического тестирования. Другие методы исследования (КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, осмотр офтальмологом) выполняются по показаниям (переосвидетельствование – ежегодно)

17.7 хронические заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким, выраженным нарушением движений, чувствительности и трофики. Наличие последствий в виде выраженных парезов всей конечности или ее сегмента, а также выраженного нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающихся расстройством профессионально значимых функций

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, при легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации пациента к дефекту с учетом сохранения значимых для вождения функций

17.8 последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии двигательных, координаторных, речевых, когнитивных и других нарушений с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При наличии легких двигательных, речевых нарушений, не влияющих на значимые для вождения функции, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления МТС соответствующей категории, с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года и полного клинического обследования

(переосвидетельствование – ежегодно).

При однократной ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев (переосвидетельствование – ежегодно).

При повторных ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года (переосвидетельствование – ежегодно).

После перенесенной транзиторной глобальной амнезии негодны.

При субарахноидальном кровоизлиянии допуск к управлению определяется после исключения аневризмы по данным КТ (МРТ) ангиографии или рентгенконтрастной субтракционной дигитальной ангиографии и по истечении восстановительного периода (переосвидетельствование – ежегодно)

## 18 Беременность (12 недель и более)

### ГЛАВА 4

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УПРАВЛЕНИЮ АВТОМОБИЛЯМИ КАТЕГОРИИ «В» С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ (БЕЗ ПРАВА НАЙМА НА РАБОТУ)

## 19 Заболевания глаз и придаточного аппарата:

- 19.1 хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе их слизистых, парезы мышц век, препятствующие зрению после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению
- 19.2 хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются к управлению
- 19.3 стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии
- 19.4 ограничение поля зрения более чем на 30 градусов как минимум в одном квадранте допускаются к управлению при скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта
- 19.5 понижение остроты зрения вследствие стойких помутнений

преломляющих сред, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

- 19.5.1 острота зрения с коррекцией ниже 0,6 на лучшем глазу, ниже 0,2 на худшем или ниже 0,5 на каждом глазу допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 10,0 диоптрии, в том числе контактными линзами (вне зависимости от передне-задней оси глаза), при астигматизме 3,0 диоптрии (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 10,0 диоптрии). Разница в силе очковых линз двух глаз не должна превышать 3,0 диоптрии
- 19.5.2 отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2 допускаются к управлению при остроте зрения на оставшемся глазу не ниже 0,8 (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различении цветов светофора (переосвидетельствование – ежегодно).
- При состояниях после рефракционных операций на роговой оболочке:
- кератотомии, рефракционной кератопластике – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 19.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений;
- операции с применением фемтосекундного и эксимерного лазера – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 1 месяц после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 19.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений
- 19.5.3 искусственный хрусталик допускаются к управлению при отсутствии осложнений через 4 месяца после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через 1 месяц после факоемульсификации
- 19.6 нарушения цветоощущения допускаются к управлению при правильном различении цветов светофора
- 19.7 заболевания сетчатки и зрительного нерва:
- 19.7.1 отслойка сетчатки допускаются к управлению после успешного оперативного лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта через 6 месяцев после хирургического и через 3 месяца после

лазерного лечения

- 19.7.2 разрывы сетчатки допускаются к управлению после успешного оперативного лечения с хорошим функциональным и анатомическим результатом при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта через 6 месяцев после хирургического и через 1 месяц после лазерного лечения
- 19.7.3 хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения допускаются к управлению при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно).
- При периферической хориоретинальной дистрофии допускаются к управлению при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции.
- После лазерного лечения заболеваний сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другие) допускаются к управлению через 1 месяц на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь
- 19.7.4 атрофия зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при непрогрессирующей односторонней атрофии зрительного нерва, двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта
- 19.8 глаукома допускаются к управлению при компенсированной глаукоме при поле зрения не ниже указанного в подпункте 19.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 19.5.1 и 19.5.2 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно)
- 20 Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:
- 20.1 двухсторонняя глухота вопрос о допуске к управлению решается индивидуально
- 20.2 хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха с наличием фистульного синдрома вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим стойким результатом не ранее чем через 3 месяца после операции
- 20.3 заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функций вестибулярном пароксизме решается после полного

вестибулярного аппарата с синдромом системного головокружения

клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 6 месяцев.

При неоднократных (2 и более) вестибулярных пароксизмах вопрос о допуске к управлению решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов в течение 1 года

20.4 стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, выражено затрудняющие дыхание, при дыхательной недостаточности III степени

21 Хирургические заболевания:

21.1 заболевания и повреждения нижних конечностей:

21.1.1 выраженное нарушение способности нахождения в положении сидя из-за деформаций нижней конечности

21.1.2 заболевания и повреждения обеих нижних конечностей или правой нижней конечности: допускаются к управлению автомобилем категории «В» в модификации ручного управления

21.1.2.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов с выраженными ограничениями движений, недостаточность связочного аппарата крупных суставов III степени, привычные вывихи при наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц

21.1.2.2 невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с выраженным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставах

21.1.2.3 ложные суставы, деформации нижних конечностей, укорочение нижней конечности более чем на 6 см

21.1.2.4 наличие культи правой или обеих конечностей проксимальнее уровня предплюсне-плюсневого



## сочленения

- 21.2 отсутствие одной верхней конечности, ее сегментов, а также заболевания, деформация одной верхней конечности или кисти, выражено нарушающие движение конечности или функцию схвата и удержания кисти, отсутствие одной верхней или одной нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение
- допускаются к управлению автомобилем с ручным управлением в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу при отсутствии одной верхней конечности, ее сегментов, кисти, а также деформациях одной верхней конечности или кисти, выражено нарушающих движение конечности или функцию схвата и удержания кисти, без или в комбинации с одновременным отсутствием или деформацией одной нижней конечности с выраженным нарушением ее функции, при условии отсутствия более чем легких нарушений функций со стороны одной верхней конечности, кисти и одной нижней конечности
- 21.3 отсутствие большого или 2-го и 3-го пальцев на обеих кистях или их выраженные контрактуры
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при контрактурах в порочном положении одного пальца на обеих кистях, исключая пятый
- 21.4 деформации и дефекты костей черепа (12 кв. см и более без оперативной пластики дефекта) с наличием неврологической симптоматики
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при наличии незначительных дефектов (менее 12 кв. см без оперативной пластики дефекта) или деформации костей черепа при отсутствии неврологической симптоматики
- 21.5 заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при передвижении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка, семенного канатика и другие)
- допускаются к управлению после оперативного лечения данных заболеваний при достигнутом хорошем функциональном результате
- 21.6 заболевания сосудов:
- 21.6.1 аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при отсутствии показаний к оперативному лечению (переосвидетельствование – ежегодно).
- После оперативного лечения аневризмы допуск к управлению определяется не ранее чем через 6 месяцев после операции при достижении компенсации, отсутствии очаговой неврологической симптоматики, общих противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование первые 2 года после операции – ежегодно)
- 21.7 заболевания и деформации грудной клетки и позвоночника IV степени выраженными нарушениями
- вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени выраженными нарушениями

функции органов грудной клетки и функциональных нарушений  
выраженным ограничением  
подвижности позвоночника

## 22 Заболевания внутренних органов:

22.1 болезни системы кровообращения: допускаются к управлению при малых сердечных аномалиях (открытое овальное окно, дополнительные и аномально расположенные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2 степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже и другое)

22.1.1 острые формы заболеваний сердца и сосудов или их обострения

22.1.2 хроническая сердечная недостаточность стадии Н IIБ, Н III (ФК III, ФК IV по NYHA)

22.1.3 рецидивирующая эмболия кровеносных сосудов (тромбоэмболическая болезнь)

22.1.4 нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (или пресинкопальными) состояниями в настоящий период или в анамнезе: допускаются к управлению при достижении эффекта по коррекции суправентрикулярных тахикардий и идиопатических желудочковых тахикардий через 6 месяцев медицинского наблюдения на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)

22.1.4.1 желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков в настоящий период или в анамнезе (за исключением эпизодов в остром периоде инфаркта миокарда); желудочковая экстрасистолия частая (более 10 000 штук, или 10 % в сутки, или больше 350 в критический час) или с нарушением гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями

22.1.4.2 синдром WPW с пароксизмальными тахикардиями, синдром Бругада, синдром удлиненного интервала Q-T допускаются к управлению при феномене WPW при наличии доказанной низкой проводимости по дополнительным соединениям по данным ЭФИ и отсутствии пароксизмальных тахикардий (как в анамнезе, так и при ЭФИ) (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)

22.1.4.3 пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, сопровождающиеся нарушениями

гемодинамики, синкопальными (пресинкопальными) состояниями

- 22.1.4.4 пароксизмы фибрилляции предсердий, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями допускаются к управлению в остальных случаях пароксизмов фибрилляции предсердий (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 22.1.4.5 приобретенные нарушения предсердно-желудочковой проводимости блокада II степени Мобитц 1, 2 или любой степени с паузами 3 и более сек (при фибрилляции предсердий – 5 и более сек); блокада II степени Мобитц 2 независимо от пауз допускаются к управлению при выявлении бессимптомного изолированного нарушения предсердно-желудочковой проводимости II степени Мобитц 1 без сердечной недостаточности, без синкопальных (пресинкопальных) состояний в анамнезе через 1 год медицинского наблюдения (переосвидетельствование – ежегодно)
- 22.1.4.6 врожденная AV блокада III степени с сердечной недостаточностью II ПА и выше и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 22.1.4.7 хроническая или интермиттирующая бифасцикулярная и трифасцикулярная блокада при органических заболеваниях сердца и (или) сердечной недостаточности
- 22.1.4.8 синдром слабости синусового узла; синдром брадикардии; дисфункция синусового узла с синкопальными или пресинкопальными состояниями и (или) пароксизмальными тахикардиями
- 22.1.4.9 пациенты с имплантацией ЭКС после радиочастотной аблации атриовентрикулярного узла, ЭКС-зависимые пациенты, а также при замещающем ритме менее 40 сокращений в минуту или неустойчивой гемодинамике при отключении ЭКС допуск к управлению после имплантации ЭКС определяется не ранее чем через 3 месяца медицинского наблюдения на основании заключения врача кабинета контроля и программирования ЭКС (отсутствие нарушения работы ЭКС) и врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно).  
Допускаются к управлению после проведенного лечения субстрата аритмии и имплантации КД на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при отсутствии срабатывания КД в течение 1 года медицинского наблюдения, отсутствии общих противопоказаний (переосвидетельствование – ежегодно).

После имплантации ресинхронизирующего устройства допускаются к управлению при отсутствии общих противопоказаний не ранее чем через 1 год медицинского наблюдения (переосвидетельствование – ежегодно)

#### 22.1.5 ИБС:

22.1.5.1 стенокардия напряжения ФК III – ФК IV, покоя, вазоспастическая (документально подтвержденная)

допуск к управлению после стентирования коронарных артерий при хронической ИБС определяется через 3 месяца на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)

22.1.5.2 инфаркт миокарда

допуск к управлению после перенесенного инфаркта миокарда определяется через 6 месяцев (в том числе после хирургической реваскуляризации) при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)

22.1.6 артериальная гипертензия III степени при неэффективности лечения (невозможности медикаментозной коррекции)

допускаются к управлению при артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт.ст.) на фоне антигипертензивной терапии (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года, если АД не достигает целевых уровней – ежегодно).

При артериальной гипертензии III степени с достижением целевых уровней АД на фоне антигипертензивной терапии допускаются к управлению на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)

22.1.7 хирургическое лечение заболеваний сердца и аорты

допуск к управлению определяется не ранее чем через 6 месяцев после операции при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 3 года)

22.1.8 трансплантация сердца

допуск к управлению определяется не ранее чем через 1 год на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно)

22.1.9 врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии

допускаются к управлению на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – не реже 1 раза в 2 года)

22.1.10 операции на перикарде

допускаются к управлению не ранее чем спустя

|   |  |
|---|--|
|   | 3 месяца после операции на основании заключения врача-кардиолога   |
| 22.1.11 миксома сердца  | допускаются к управлению не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога   |
| 22.2 хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких, туберкулез легких, плевры при условии развития дыхательной недостаточности III степени и признаков хронического легочного сердца; неконтролируемая астма |  |
| 22.3 болезни крови и кроветворных органов   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при стойкой ремиссии, отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания и на основании заключения врача-гематолога.<br><br>При анемии легкой степени допускаются к управлению         |
| 22.4 эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функций, течение заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при сахарном диабете на основании заключения врача-эндокринолога (переосвидетельствование при сахарном диабете 1-го типа и других типах сахарного диабета при использовании инсулинотерапии – ежегодно) |
| 22.5 рост ниже 145 см   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений   |
| 22.6 цирроз печени  | допускаются к управлению на основании заключения врача-гастроэнтеролога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года при классе А, ежегодно при классе В или С)   |
| 22.7 хроническая болезнь почек 5 стадии при отсутствии заместительной почечной терапии  | допускаются к управлению при хронической болезни почек 5 стадии при заместительной почечной терапии (переосвидетельствование – ежегодно).  |

|      |   |   |
|------|---|---|
|      |   | При хронических заболеваниях почек, отсутствии одной почки, хронической почечной недостаточности, трансплантации почки вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии противопоказаний и в зависимости от степени функциональных нарушений (переосвидетельствование при хронической почечной недостаточности – ежегодно) |
| 22.8 | диффузные заболевания соединительной ткани  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений  |
| 22.9 | злокачественные новообразования   | допускаются к управлению после проведенного лечения на основании заключения врача-онколога при наличии ремиссии, при стабилизации процесса вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – ежегодно)  |
| 23   | Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания):  |   |
| 23.1 | органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания) (F00-09)*, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)*, аффективные расстройства (F30-39)*, умственная отсталость (F70-79)*, нуждающиеся в диспансерном наблюдении  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК при наличии стойкой, длительной (не менее 5 лет) ремиссии и после прекращения диспансерного наблюдения   |
| 23.2 | невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)*, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-51, F53-59)*, специфические расстройства личности (F60)*, смешанные и другие расстройства личности (F61)*, стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга (F62)* | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК  |
| 23.3 | психические, в том числе поведенческие, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) (F10-16, F18-19)*   | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК после специального лечения с положительными результатами и при сохранности психических функций при наличии стойкой ремиссии: при алкоголизме – не менее 1 года; при наркомании и токсикомании – не менее 3 лет и после прекращения диспансерного наблюдения. |

Вопрос о допуске к управлению лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, решается индивидуально на основании заключения ВКК. При первичном решении вопроса допуск к управлению осуществляется на 1 год с последующим переосвидетельствованием каждые 3 года

23.4 синкопальные состояния, эпилепсия, эпилептический синдром

допуск к управлению при однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы, типичной картине нейрогенного обморока определяется индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 22.1.4 пункта 22 настоящего перечня, и динамического медицинского наблюдения в течение 1 года, подтверждающего отсутствие повторных приступов.

При повторных синкопальных состояниях вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в случае наступления ремиссии продолжительностью более 2 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, после полного клинического обследования, исключающего органические заболевания головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 22.1.4 пункта 22 настоящего перечня.

Комплекс диагностических методов при однократном или повторных синкопальных состояниях должен включать: суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование сердца, КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ.

При эпилептическом синдроме (судорожном и бессудорожном, эпилепсиях на фоне активного заболевания ЦНС) вопрос о допуске к управлению решается индивидуально не ранее чем через 5 лет после излечения основного заболевания и при отсутствии припадков, что должно быть подтверждено динамическим медицинским наблюдением, данными медицинских документов и полным клиническим обследованием, исключающим органическую патологию головного мозга и изменения ЭЭГ. Комплекс диагностических методов при эпилептическом синдроме при решении вопроса о допуске к управлению должен включать: КТ (МРТ) головного мозга, проведение ЭЭГ 1 раз в 4 месяца в течение не менее 1 года

23.5 органические заболевания ЦНС и травмы ЦНС со стойкими или

допускаются к управлению автомобилем категории «В» в модификации ручного управления при стойких

прогрессирующими последствиями с наличием парезов конечностей, гиперкинезов, расстройств чувствительности, афатических, координаторных, когнитивных нарушений умеренной, выраженной и резко выраженной степени

последствиях органического поражения или травм ЦНС при непрогредиентном течении с наличием расстройств чувствительности, парезов обеих нижних конечностей умеренной, выраженной, резко выраженной степени при условии сохранения возможности поддержания позы «сидя».

Допускаются к управлению автомобилем категории «В» с автоматической коробкой передач с выносом педали акселератора под левую ногу при стойких последствиях органического поражения или травм ЦНС с наличием расстройств чувствительности, пареза правой нижней конечности умеренной, выраженной, резко выраженной степени.

Допускаются к управлению автомобилем категории «В» в модификации ручного управления одна рука – одна нога при стойких последствиях органического поражения и травм ЦНС с наличием расстройств чувствительности, пареза верхней конечности умеренной, выраженной, резко выраженной степени.

При легком гиперкинетическом синдроме, не нарушающем значимые для вождения функции, обусловленном органическим поражением или последствиями травм ЦНС, при непрогредиентном течении заболевания вопрос о допуске к управлению решается индивидуально. При зрительных нарушениях решение принимается с учетом требований подпунктов 19.4 и 19.5 пункта 19 настоящего перечня.

При черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени допуск к управлению определяется по окончании острого и восстановительного периода после полного клинического обследования с учетом имеющихся нарушений. Окончанием восстановительного периода в случае перенесенной черепно-мозговой травмы средней степени тяжести может считаться полное восстановление нарушенных функций нервной системы при соблюдении оптимально минимальных сроков временной нетрудоспособности.

При выявлении рубцово-атрофических изменений, кисты головного мозга, обусловленных органическим заболеванием или травмой ЦНС, решение о допуске к управлению принимается с учетом локализации и степени выраженности изменений после полного клинического обследования.

При наличии арахноидальной кисты головного мозга без клинических проявлений по данным КТ (МРТ) головного мозга вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом локализации и размеров кисты после полного клинического



обследования (при наличии показаний – динамического наблюдения)

- 23.6 энцефалопатия II, III стадии  
вопрос о допуске к управлению при энцефалопатии I стадии решается индивидуально с учетом результатов ежегодного психологического тестирования. Другие методы исследования (КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, осмотр офтальмологом) выполняются по показаниям (переосвидетельствование – ежегодно)
- 23.7 хронические заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов с наличием расстройств чувствительности, парезов обеих нижних конечностей умеренной, выраженной, резко выраженной степени  
допускаются к управлению автомобилем категории «В» в модификации ручного управления при условии сохранения возможности поддержания позы «сидя»
- 23.8 хронические заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов с наличием расстройств чувствительности, пареза правой нижней конечности умеренной, выраженной, резко выраженной степени  
допускаются к управлению автомобилем категории «В» с автоматической коробкой передач с выносом педали акселератора под левую ногу
- 23.9 хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов с наличием расстройств чувствительности, пареза верхней конечности умеренной, выраженной, резко выраженной степени  
допускаются к управлению автомобилем категории «В» в модификации ручного управления «одна рука–одна нога».  
При легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации к дефекту вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом сохранения значимых для вождения функций
- 23.10 последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения  
вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии двигательных, координаторных, речевых, когнитивных и других нарушений с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).  
При наличии легких двигательных, речевых нарушений, не влияющих на значимые для вождения функции, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского

наблюдения в течение 1 года и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При однократной ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев (переосвидетельствование – ежегодно).

При повторных ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года (переосвидетельствование – ежегодно).

После перенесенной транзиторной глобальной амнезии негодны.

При субарахноидальном кровоизлиянии допуск к управлению определяется после исключения аневризмы по данным КТ (МРТ) ангиографии или рентгенконтрастной субтракционной цифровой ангиографии и по истечении восстановительного периода (переосвидетельствование – ежегодно)

#### 24 Беременность (30 недель и более)

### ГЛАВА 5

## ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УПРАВЛЕНИЮ КОЛЕСНЫМИ ТРАКТОРАМИ И САМОХОДНЫМИ МАШИНАМИ (ДАЛЕЕ – ТРАКТОРЫ) ВСЕХ КАТЕГОРИЙ («А», «В», «С», «D», «Е», «F»)

#### 25 Заболевания глаз и придаточного аппарата:

- |      |  |  |
|------|--|--|
| 25.1 | хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе их слизистых, парезы мышц век, ограничивающие движение глазного яблока | после оперативного лечения с хорошим результатом вопрос о допуске к управлению решается индивидуально                          |
| 25.2 | хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение   | после оперативного лечения с хорошим результатом вопрос о допуске к управлению решается индивидуально                          |
| 25.3 | стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии, отсутствие бинокулярного зрения, одновременное зрение  |  |
| 25.4 | ограничение поля зрения более чем на 20 градусов в любом из меридианов   | допускаются к управлению без ограничений при центральной скотоме (абсолютной или относительной) и наличии изменений зрительной |

функции не ниже значений, указанных в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта

25.5 понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера:

25.5.1 острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на лучшем глазу, ниже 0,4 на худшем или ниже 0,7 на каждом глазу

допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 диоптрии, в том числе контактными линзами, при астигматизме 3,0 диоптрии (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 диоптрии). Разница в силе очковых линз двух глаз не должна превышать 3,0 диоптрии.

Допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления трактором соответствующей категории, при остроте зрения 0,6 на одном глазу и 0,2 на другом или 0,5 на каждом глазу (вне зависимости от передне-задней оси глаза)

25.5.2 отсутствие зрения на одном глазу или острота зрения на худшем глазу ниже 0,2

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при остроте зрения на оставшемся глазу не ниже 0,8 (с коррекцией), нормальном поле зрения и правильном различении цветов светофора (переосвидетельствование – ежегодно).

При состояниях после рефракционных операций на роговой оболочке:

кератотомия, рефракционная кератопластика – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 25.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений;

операции с применением фемтосекундного и эксимерного лазера – вопрос о допуске к управлению решается индивидуально через 1 месяц после операции осложнений при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в настоящем подпункте и подпункте 25.5.1 настоящего пункта и отсутствии послеоперационных осложнений

25.5.3 искусственный хрусталик

допускаются к управлению при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта, нормальном поле зрения и отсутствии осложнений через 6 месяцев после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и через

2 месяца после факоэмульсификации

- 25.6 нарушения цветоощущения допуск к управлению разрешается при правильном различении цветов светофора
- 25.7 заболевания сетчатки и зрительного нерва:
- 25.7.1 отслойка и разрывы сетчатки допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления трактором соответствующей категории, после коагуляции предразрывов и периферических разрывов с хорошим функциональным и анатомическим результатом (острота зрения не ниже указанной в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта), через 1 месяц после лазерного лечения (переосвидетельствование – ежегодно)
- 25.7.2 хронические заболевания сетчатки воспалительного или дегенеративного характера, нарушающие функцию зрения допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления трактором соответствующей категории, при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже значений, указанных в подпункте 25.4 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно).
- Допускаются к управлению при периферической хориоретинальной дистрофии при отсутствии разрывов и периферической отслойки сетчатки и необходимости лазеркоагуляции.
- Вопрос о допуске к управлению после лазерного лечения сетчатки (периферическая дистрофия сетчатки, диабетическая ретинопатия и другое) решается через 1 месяц с переосвидетельствованием в зависимости от заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь
- 25.7.3 атрофия зрительного нерва любой этиологии допускаются к управлению при непрогрессирующей односторонней атрофии зрительных нервов, непрогрессирующей двусторонней атрофии зрительного нерва любой этиологии при остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта и поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта
- 25.8 глаукома допускаются к управлению водители, имеющие стаж управления трактором соответствующей категории, при компенсированной глаукоме при поле зрения не ниже указанного в подпункте 25.4 настоящего пункта и остроте зрения не ниже указанной в подпунктах 25.5.1 и 25.5.2 настоящего пункта (переосвидетельствование – ежегодно)

- 26 Заболевания уха, сосцевидного отростка, горла, гортани, трахеи:
- 26.1 восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 5 метров, шепотной речи на расстоянии 1 метра      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров на другое ухо (переосвидетельствование – ежегодно)
- 26.2 хроническое одностороннее или двухстороннее воспаление среднего уха с наличием фистульного синдрома      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим стойким результатом не ранее чем через 6 месяцев после операции с учетом слуховой функции, указанной в подпункте 26.1 настоящего пункта
- 26.3 заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения вестибулярного аппарата с синдромом системного головокружения      вопрос о допуске к управлению при однократном вестибулярном пароксизме решается после полного клинического обследования при условии отсутствия приступов не менее 6 месяцев.  
  
При неоднократных (2 и более) вестибулярных пароксизмах вопрос о допуске к управлению решается после полного клинического обследования, при условии отсутствия приступов не менее 1 года
- 26.4 стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при дыхательной недостаточности I степени с учетом выраженности и продолжительности физического напряжения, связанного с управлением
- 27 Хирургические заболевания:
- 27.1 заболевания и повреждения нижних конечностей: допускаются к управлению после хирургического лечения нестабильности сустава, привычного вывиха, разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава, неправильно сросшегося перелома и других деформаций нижней конечности или пояса нижней конечности при достигнутом хорошем функциональном результате
- 27.1.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения крупных суставов (третья клинико-рентгенологическая стадия, искусственные имплантированные суставы) с выраженным ограничением движений
- 27.1.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи при

наличии морфологических изменений суставных концов и выраженного снижения силы мышц

27.1.3 невосстановленные застарелые разрывы мышц или сухожилий с умеренным нарушением активных движений в тазобедренном, коленном или голеностопном суставе

27.1.4 ложные суставы (за исключением малоберцовой кости, фаланг пальцев стопы и краевых отрывных переломов)

27.1.5 деформации костей таза, бедра, голени, неправильно сросшиеся переломы, выраженно затрудняющие движения конечности

27.1.6 деформации стопы, выраженно затрудняющие ее движение

27.2 ампутационные культы нижних конечностей:

27.2.1 культя нижней конечности проксимальнее уровня предплюсне-плюсневого сочленения

27.2.2 культя нижней конечности на уровне предплюсне-плюсневого сочленения и дистальнее

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при отсутствии дефектов культы и в условиях пользования ортопедической обувью. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются

27.3 заболевания и деформации пояса верхней конечности, верхней конечности или кисти:

27.3.1 стойкие посттравматические, дегенеративные, воспалительные изменения плечевого, локтевого или лучезапястного суставов верхней конечности с выраженными ограничениями движений

27.3.2 недостаточность связочного аппарата II степени крупных суставов, привычные вывихи при наличии морфологических

изменений суставных концов и  
выраженного снижения силы мышц

27.3.3 ложные суставы,  
невосстановленные застарелые  
разрывы мышц или сухожилий,  
выраженно затрудняющие  
движение конечности или  
выраженно нарушающие функцию  
схвата и удержания

27.3.4 деформации костей пояса и  
собственно верхней конечности,  
неправильно сросшиеся переломы,  
выраженно затрудняющие  
движения конечности

27.3.5 деформации кисти, выраженно  
затрудняющие ее движения и  
выраженно нарушающие функцию  
схвата и удержания

27.4 ампутированные культя верхней  
конечности или кисти, пальцев или  
фаланг, а также ограничение  
подвижности в пястно-фаланговых  
и межфаланговых суставах при  
выраженном нарушении схвата и  
удержания предметов:

27.4.1 отсутствие большого пальца на  
левой руке

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально. К управлению транспортными  
средствами оперативного назначения не допускаются

27.4.2 отсутствие ногтевой фаланги  
большого пальца в сочетании с  
ампутированными культями на  
уровне головок основных фаланг  
указательного и среднего пальцев  
правой кисти

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально. К управлению транспортными  
средствами оперативного назначения не допускаются

27.4.3 отсутствие или выраженные  
контрактуры указательного и  
среднего пальцев при дефиците  
схвата 3 см и более левой руки

вопрос о допуске к управлению решается  
индивидуально при умеренном нарушении схвата и  
удержания предметов и при отсутствии выраженных  
нейромышечных изменений. К управлению  
транспортными средствами оперативного назначения  
не допускаются

27.4.4 отсутствие большого,  
указательного и среднего пальцев  
или их выраженная контрактура  
при дефиците схвата 3 см и более  
правой руки

допускаются к управлению после хирургического  
лечения нестабильности сустава, привычного вывиха,  
разрыва мышц или сухожилий, ложного сустава,  
неправильно сросшегося перелома и других  
деформаций верхней конечности или пояса верхней  
конечности при достигнутом хорошем  
функциональном результате. При вывихе допуск к  
управлению определяется через год после операции

при отсутствии рецидивов

- 27.5 деформации и дефекты костей черепа с наличием неврологической симптоматики допускаются к управлению при наличии дефектов костей черепа менее 12 кв. см и деформаций костей черепа и при отсутствии неврологической симптоматики. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются
- 27.6 укорочение нижней конечности более чем на 6 см вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при сохранении силы мышц конечности, отсутствии дефектов со стороны костей, связок и суставов, незначительном ограничении объема движений, длине конечности не менее 75 см от основания пятки до верхушки большого вертела бедра. К управлению транспортными средствами оперативного назначения не допускаются
- 27.7 заболевания, вызывающие ограничения движений или болезненность при движении (грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и другие) допускаются к управлению после оперативного лечения при достигнутом хорошем функциональном результате
- 27.8 заболевания сосудов:
- 27.8.1 аневризмы:
- 27.8.1.1 аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, в том числе после оперативного лечения допуск к управлению после оперативного лечения аневризмы определяется не ранее чем через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии иных противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 2 года)
- 27.8.1.2 аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно).
- После оперативного лечения на периферических сосудах при умеренной хронической артериальной недостаточности вопрос о допуске к управлению решается индивидуально
- 27.8.2 тромбоблитерирующие заболевания с хронической артериальной



недостаточностью II–III степени

- 27.8.3 варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь с хронической венозной недостаточностью II–III степени, слоновость с хронической лимфатической недостаточностью II–III степени
- 27.9 деформация грудной клетки III степени с умеренным нарушением функции органов грудной клетки      вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории
- 28 Заболевания внутренних органов:
- 28.1 болезни системы кровообращения: допускаются к управлению при малых сердечных аномалиях (открытое овальное окно, дополнительные и аномально расположенные хорды в желудочке, бicuspidальный аортальный клапан без нарушения гемодинамики, пролапс митрального клапана 1–2 степени, незначительный мышечный дефект межжелудочковой перегородки типа Роже и другое)
- 28.1.1 острые формы заболеваний сердца и сосудов или их обострения      вопрос о допуске к управлению решается после купирования острых проявлений заболеваний
- 28.1.2 хроническая сердечная недостаточность стадии Н IБ, Н III (ФК III, ФК IV по NYHA)
- 28.1.3 рецидивирующая эмболия кровеносных сосудов (тромбоэмболическая болезнь)
- 28.1.4 нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и (или) синкопальными (или пресинкопальными) состояниями в настоящий период или в анамнезе:      допускаются к управлению при достижении эффекта по коррекции суправентрикулярных тахикардий и идиопатических желудочковых тахикардий не ранее чем через 12 месяцев медицинского наблюдения на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)
- 28.1.4.1 желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков в настоящий период или в анамнезе (за исключением эпизодов в остром периоде инфаркта миокарда); желудочковая экстрасистолия частая (более 10 000 штук, или 10 % в сутки, или больше 350 в критический час) или с нарушением гемодинамики, синкопальными (или пресинкопальными) состояниями

- 28.1.4.2 синдром и феномен WPW, синдром Бругада, синдром удлиненного интервала Q-T при феномене WPW при наличии доказанной низкой проводимости по дополнительным соединениям по данным ЭФИ и отсутствии пароксизмальных тахикардий (как в анамнезе, так и при ЭФИ) (переосвидетельствование – 1 раз в 3 года)
- 28.1.4.3 пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики, синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 28.1.4.4 пароксизмы фибрилляции предсердий, сопровождающиеся синкопальными (пресинкопальными) состояниями допускаются к управлению в остальных случаях пароксизмов фибрилляции предсердий (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)
- 28.1.4.5 приобретенные нарушения предсердно-желудочковой проводимости блокада II степени Мобитц 1, 2 или любой степени с паузами 3 и более сек (при фибрилляции предсердий – 5 и более сек); блокада II степени Мобитц 2 независимо от пауз допускаются к управлению при выявлении бессимптомного изолированного нарушения предсердно-желудочковой проводимости II степени Мобитц 1 без сердечной недостаточности, без синкопальных или пресинкопальных состояний в анамнезе не ранее чем через 1 год медицинского наблюдения (переосвидетельствование – ежегодно)
- 28.1.4.6 врожденная AV блокада III степени с сердечной недостаточностью II и выше и (или) синкопальными (пресинкопальными) состояниями
- 28.1.4.7 хроническая или интермиттирующая бифасцикулярная и трифасцикулярная блокада при органических заболеваниях сердца и (или) сердечной недостаточности
- 28.1.4.8 синдром слабости синусового узла, синдром брадикардии, дисфункция синусового узла с синкопальными или пресинкопальными состояниями и (или) пароксизмальными тахикардиями
- 28.1.4.9 имплантация ЭКС, КД, ресинхронизирующего устройства
- 28.1.5 ИБС:
- 28.1.5.1 стенокардия напряжения ФК III – ФК IV, покоя, вазоспастическая (документально подтвержденная) допускаются к управлению при стенокардии напряжения ФК II на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в

3 года).

После стентирования коронарных артерий при хронической ИБС допуск к управлению определяется через 3 месяца на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)

28.1.5.2 инфаркт миокарда

допуск к управлению после перенесенного инфаркта миокарда определяется через 9 месяцев (в том числе после хирургической реваскуляризации) при достижении компенсации, отсутствии общих противопоказаний и на основании заключения врача-кардиолога (переосвидетельствование – ежегодно)

28.1.6 артериальная гипертензия II–III степени с частыми (4 и более раза в год) кризами, артериальная гипертензия III степени при неэффективности лечения (невозможности медикаментозной коррекции)

допускаются к управлению при артериальной гипертензии II степени с достижением целевых уровней АД (<140/90 мм рт.ст.) на фоне антигипертензивной терапии (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года, если АД не достигает целевых уровней переосвидетельствование – ежегодно)

28.1.7 хирургическое лечение заболеваний сердца и аорты

допускаются к управлению не ранее чем через 1 год после операции при достижении компенсации, отсутствии иных противопоказаний и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование в первые 3 года после операции – ежегодно, далее при отсутствии признаков нарушения гемодинамики и наличии компенсации – 1 раз в 3 года)

28.1.8 трансплантация сердца

28.1.9 врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии

допускаются к управлению на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – 1 раз в 2 года)

28.1.10 операция на перикарде

допускаются к управлению не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и наличии заключения врача-кардиолога

28.1.11 миксома сердца

допускаются к управлению не ранее чем через 3 месяца после операции при отсутствии противопоказаний и наличии заключения врача-кардиолога

28.2 хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь легких, идиопатический фиброзирующий альвеолит или идиопатический легочный фиброз, саркоидоз с выраженным легочным фиброзом или генерализованные

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь

формы с поражением глаз, врожденная аномалия развития органов дыхания, хронические абсцессы и эмпиемы плевры, в том числе состояния после оперативных вмешательств на легких, туберкулез легких, плевры при условии развития дыхательной недостаточности III степени и признаков хронического легочного сердца, неконтролируемая астма

- |      |   |   |
|------|---|---|
| 28.3 | болезни крови и кроветворных органов  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при отсутствии анемического синдрома, обострения основного заболевания и на основании заключения организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь (переосвидетельствование – ежегодно) |
| 28.4 | эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции, при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям. Сахарный диабет 1-го типа, сахарный диабет 2-го типа с сульфаниламидной резистентностью и другие типы сахарного диабета с использованием инсулинотерапии | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения врача-эндокринолога в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории   |
| 28.5 | рост ниже 150 см  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории   |
| 28.6 | цирроз печени   |   |
| 28.7 | хроническая болезнь почек 5 стадии  | при хронических заболеваниях почек, отсутствии одной почки, хронической почечной недостаточности, трансплантации почки вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии противопоказаний и в зависимости от степени функциональных нарушений (переосвидетельствование при хронической почечной недостаточности – ежегодно)                 |
| 28.8 | диффузные заболевания соединительной ткани  | вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в зависимости от степени функциональных нарушений  |
| 28.9 | злокачественные новообразования   | допускаются к управлению после проведенного лечения на основании заключения врача-онколога при  |

наличии ремиссии, при стабилизации процесса вопрос о допуске к управлению решается индивидуально (переосвидетельствование – ежегодно)

29 Заболевания нервной системы, психические расстройства (заболевания):

29.1 органические, включая симптоматические, психические расстройства (заболевания) (F00-09)\*, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)\*, аффективные расстройства (F30-39)\*, специфические расстройства личности (F60)\*, смешанные и другие расстройства личности (F61)\*, стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга (F62)\*, умственная отсталость (F70-79)\*

29.2 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)\*, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-51, F53-59)\*, легкая умственная отсталость без нарушений поведения (F70.0)\*

29.3 психические, в том числе поведенческие, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) (F10-16, F18-19)\*

29.4 синкопальные состояния, мигрень, эпилептический синдром, эпилепсия

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения ВКК

вопрос о допуске к управлению решается после специального лечения с положительными результатами и при сохранности психических функций на основании заключения ВКК при наличии стойкой ремиссии: при алкоголизме в течение не менее 1 года; при наркомании и токсикомании в течение не менее 3 лет и после прекращения диспансерного наблюдения.

Вопрос о допуске к управлению лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, решается индивидуально на основании заключения ВКК. При первичном решении вопроса о допуске к управлению допуск осуществляется на 1 год с последующим переосвидетельствованием каждые 3 года

вопрос о допуске к управлению при однократном синкопальном состоянии, возникшем в условиях, провоцирующих синкопы, типичной картине нейрогенного обморока решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органическое заболевание головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом

28.1.4 пункта 28 настоящего перечня, и динамического медицинского наблюдения в течение 2 лет, подтверждающего отсутствие повторных приступов.

При повторных синкопальных состояниях в случае наступления ремиссии продолжительностью более 5 лет, подтвержденной динамическим медицинским наблюдением, вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после полного клинического обследования, исключающего органические заболевания головного мозга, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушением ритма сердца и проводимости, в соответствии с подпунктом 28.1.4 пункта 28 настоящего перечня.

Комплекс диагностических методов при однократном или повторных синкопальных состояниях должен включать суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование сердца, КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ.

Допускаются к управлению при мигрени с аурой при условии отсутствия приступов в течение 1 года после проведения обследования, включая КТ (МРТ) головного мозга с ангиопрограммой (переосвидетельствование – ежегодно в течение 3 лет, далее (при отсутствии приступов) 1 раз в 3 года)

29.5 органические заболевания ЦНС, последствия травм головного и спинного мозга с двигательными и координаторными расстройствами. Стойкие или прогрессирующие последствия органического поражения и травм ЦНС с наличием парезов конечностей, гиперкинезов, расстройств чувствительности, афатических нарушений умеренной, выраженной и резко выраженной степени, координаторных и когнитивных расстройств любой степени выраженности

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при легких двигательных и чувствительных нарушениях, легком гиперкинетическом синдроме, не нарушающем значимые для вождения функции, обусловленных органическим поражением или последствиями травм ЦНС при непрогредиентном течении заболевания после полного клинического обследования.

При наличии зрительных нарушений решение принимается с учетом требований подпунктов 25.4 и 25.5 пункта 25 настоящего перечня.

Допуск к управлению при черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени определяется по окончании острого и восстановительного периода после полного клинического обследования с учетом имеющихся нарушений. Окончанием восстановительного периода в случае перенесенной черепно-мозговой травмы средней степени тяжести может считаться полное восстановление нарушенных функций нервной системы при соблюдении оптимально минимальных сроков временной нетрудоспособности.

При выявлении рубцово-атрофических изменений,

кисты головного мозга, обусловленных органическим заболеванием или травмой ЦНС, решение о допуске к управлению принимается с учетом локализации и степени выраженности изменений после полного клинического обследования.

При наличии арахноидальной кисты головного мозга без клинических проявлений по данным КТ (МРТ) головного мозга вопрос о допуске к управлению решается индивидуально с учетом локализации и размеров кисты после полного клинического обследования (при наличии показаний – динамического наблюдения)

29.6 энцефалопатия II, III стадии

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, с энцефалопатией I стадии с учетом результатов ежегодного психологического тестирования (переосвидетельствование – ежегодно). Другие методы исследования (КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, осмотр офтальмологом) выполняются по показаниям

29.7 хронические заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики. Выраженные парезы всей конечности или ее сегмента, а также выраженные нарушения функции крупных нервных стволов (движение, чувствительность), сопровождающиеся расстройством профессионально значимых функций

вопрос о годности к управлению решается индивидуально при легких и умеренных парезах ограниченной группы мышц (частичное поражение отдельных ветвей нерва) и хорошей адаптации пациента к дефекту с учетом сохранения значимых для вождения функций

29.8 последствия перенесенных нарушений мозгового кровообращения

вопрос о допуске к управлению решается индивидуально при отсутствии двигательных, координаторных, речевых, когнитивных и других нарушений с учетом основного сосудистого заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально в отношении водителей, имеющих стаж управления трактором соответствующей категории, при наличии легких двигательных, речевых нарушений, не влияющих на значимые для вождения функции, с учетом основного сосудистого

заболевания после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года и полного клинического обследования (переосвидетельствование – ежегодно).

При однократной ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 6 месяцев (переосвидетельствование – ежегодно).

При повторных ТИА вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после динамического медицинского наблюдения в течение 1 года (переосвидетельствование – ежегодно).

При субарахноидальном кровоизлиянии допуск к управлению определяется после исключения аневризмы по данным КТ (МРТ) ангиографии или рентгеноконтрастной субтракционной дигитальной ангиографии и по истечении восстановительного периода (переосвидетельствование – ежегодно)

### 30 Беременность (12 недель и более)

---

\* Код диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.