

Организация медицинских
осмотров
при управлении транспортными
средствами

Медицинские осмотры

```
graph TD; A[Медицинские осмотры] --> B[1 группа]; A --> C[2 группа];
```

1 группа

медицинские осмотры, проводимые с целью определения **пригодности работников** для выполнения работы и **предупреждения профессиональных заболеваний**

2 группа

медицинские осмотры, проводимые с целью **охраны здоровья, обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения**

- ПМО водителей относятся к 1-й группе осмотров
(проводимые с целью определения **пригодности работников** для выполнения работы и **предупреждения профессиональных заболеваний**)

- ПМО медицинских работников относятся ко 2-й группе осмотров (проводимые с целью **охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения**)

- Таким образом, существуют отдельные категории работников, для которых проводятся, помимо ПМО, также другие виды осмотров.

Причины:

- По отдельным видам работ требуется более частое определение состояния здоровья и пригодности работника, иногда непосредственно перед каждым допуском к трудовой функции.

- К таким работам относится **управление транспортным средством.**
- Для этого проводятся **предрейсовые или предсменные медицинские осмотры.**

- В отличие от периодических МО, их скорее можно отнести к постоянным медицинским осмотрам, поскольку перед началом рабочего дня медицинские работники должны оценить состояние здоровья водителя и сделать выводы о трудоспособности работника на текущий рабочий день (смену, рейс), а после рабочего дня – оценить динамику состояния здоровья.

Медицинские осмотры

```
graph TD; A[Медицинские осмотры] --> B[предварительные]; A --> C[периодические]; A --> D[внеочередные]; C --> E[предрейсовые / предсменные];
```

предварительные

периодические

внеочередные

предрейсовые /
предсменные

Нормативная база

1. Федеральный закон от 10.12.1995 № 196 «О безопасности дорожного движения»;
2. Федеральный закон от 30.12.01 № 197 «Трудовой кодекс Российской Федерации»;
3. Приказ Минздравсоцразвития от 28.09.2010 № 831н «Об утверждении единого образца Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами»;
4. Приказ Минздравсоцразвития от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ»;
5. Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения» (утв. Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.2002 г.)

1. Федеральный закон от 10.12.1995 № 196 «О безопасности дорожного движения»

Статья 23.

Виды медицинского обеспечения безопасности дорожного движения:

1. Обязательное медицинское **освидетельствование** и **переосвидетельствование водителей (кандидатов в водители)** транспортных средств;
2. **Предрейсовые, послерейсовые** медицинские осмотры водителей транспортных средств;
3. **Текущие** медицинские осмотры водителей транспортных средств

Цель обязательного медицинского освидетельствования и переосвидетельствования: определение у водителей транспортных средств и кандидатов в водители медицинских противопоказаний или ограничений к водительской деятельности

1. Федеральный закон от 30.12.01 № 197 «Трудовой кодекс РФ»

Статья 213. Медицинские осмотры некоторых категорий работников

- Работники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), **а также на работах, связанных с движением транспорта**, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры (обследования).
- (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

2. Федеральный закон от 30.12.01 № 197 «Трудовой кодекс РФ»

- Предусмотренные настоящей статьей медицинские осмотры (обследования) и психиатрические освидетельствования осуществляются за счет средств работодателя (часть шестая введена Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ И ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

- Регламентируется приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.09.2010 № 831н «Об утверждении единого образца Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами»

Приказ Минздравсоцразвития от 28.09.2010 № 831н «Об утверждении единого образца Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами»:

- Утвержден единый образец Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами;
- Утверждена инструкция по заполнению Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами

Ранее выданные медицинские справки о годности к управлению транспортными средствами действительны до указанной в них даты очередного переосвидетельствования водителя (кандидата в водители)

письмо Минздравсоцразвития РФ
от 03.11.2010 № 14-6/10/2-10176

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от _____ 2010 г. № _____

(Наименование медицинской организации)

(адрес, телефон)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(номер, дата выдачи и срок действия лицензии)

Медицинская справка серия _____ № _____
о допуске к управлению транспортным средством

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Дата рождения « ___ » _____ г.
5. Место жительства _____
6. Дата выдачи медицинской справки « ___ » _____ 20___ г.

7. Заключение
врачебной комиссии по медицинскому освидетельствованию
водителей транспортных средств (кандидатов в водители)

1) Медицинские противопоказания к управлению мотоциклами, мотороллерами и другими мототранспортными средствами – имеются/отсутствуют.	Категория А
2) Медицинские противопоказания к управлению автомобилями, разрешенная максимальная масса которых не превышает 3500 килограммов и число сидячих мест, помимо сиденья водителя, не превышает 8 – имеются/отсутствуют.	Категория В
3) Медицинские противопоказания к управлению автомобилями, за исключением относящихся к категории "D", разрешенная максимальная масса которых превышает 3500 килограммов – имеются/отсутствуют.	Категория С
4) Медицинские противопоказания к управлению автомобилями, предназначенными для перевозки пассажиров и имеющими более 8 сидячих мест, помимо сиденья водителя – имеются/отсутствуют.	Категория D
5) Медицинские противопоказания к управлению составами транспортных средств с тягачом, относящимся к категориям "B", "C" или "D", которыми водитель имеет право управлять, но которые не входят сами в одну из этих категорий или в эти категории – имеются/отсутствуют.	Категория E
6) Медицинские противопоказания к управлению троллейбусом, трамваем – имеются/отсутствуют.	
7) Показания к управлению транспортным средством с определенными конструктивными характеристиками – имеются/отсутствуют*.	

* - Для водителей транспортных средств (кандидатов в водители), имеющих ограниченные физические возможности (инвалидов)

8. Особые отметки

МЕСТО ДЛЯ
ФОТОГРАФИИ

Председатель врачебной комиссии _____

(Ф.И.О.)

(Подпись)

Члены врачебной комиссии _____

(Ф.И.О.)

(Подпись)

(Ф.И.О.)

(Подпись)

Печать врачебной комиссии (медицинской организации)

9. Врач-терапевт _____ « ____ »

20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования)

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

10. Врач-хирург _____ « ____ »

20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования)

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

11. Врач-невролог _____ « ____ »

20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования)

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

12. Врач-офтальмолог _____ « ____ »

20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования)

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

13. Врач-оториноларинголог _____ « ____ »

_____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования)

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

14. Врач-психиатр-нарколог _____

наркологического диспансера (кабинета) (подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования) « ____ » _____ 20__ г

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

М.П. медицинской организации

15. Врач-психиатр _____

психоневрологического диспансера (кабинета) (подпись)

(Ф.И.О.)

(дата освидетельствования) « ____ » _____ 20__ г

Заключение _____

М.П. врача

(противопоказания имеются/отсутствуют)

М.П. медицинской организации

В приказе №831 не обозначены:

- **Срок действия медицинской справки** о допуске к управлению транспортными средствами
- **Объем дополнительных исследований**
- **Противопоказания** к допуску к управлению транспортными средствами

ПРЕДРЕЙСОВЫЕ И ПОСЛЕРЕЙСОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ:

- Проводятся на основании методических рекомендаций
«Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств»
(утв. Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.2002)

- **Допуск водителей на рейс**, согласно законодательству, осуществляется только после медицинского обследования. Медосмотр должен проводиться регулярно, перед каждым отправлением водителя в путь, а в ряде случаев и после него.

Обследование выполняется медработниками со специальным образованием — врачами, фельдшерами, медсестрами. Осмотр позволяет:

- получить сведения о состоянии здоровья водителей,
- обнаружить симптомы болезней,
- определить признаки алкогольного, наркотического или токсического опьянения,
- выявить проявления сильной усталости.

- Комплексное обследование дает возможность оценить физическое состояние водителя и снизить риск возникновения аварийно-опасных ситуаций с его участием.
- Как показывает статистика, аварийно-опасные ситуации на дорогах во многих случаях связаны именно с физическим состоянием водителей. Из-за сильной усталости или плохого самочувствия контроль над управлением ухудшается, и это несет серьезную угрозу не только транспортному средству, но и, что гораздо важнее, здоровью и жизни людей.

- В зависимости от времени проведения периодические осмотры водителей делятся на предрейсовые и послерейсовые.

Предрейсовый медосмотр

должен включать:

- сбор анамнеза,
- мониторинг артериального давления,
- измерение пульса,
- определение наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе.
- При наличии показаний (выявлении каких-либо отклонений от нормы) могут также проводиться исследования других видов (ЭКГ мониторинг, анализы и др.). По их результатам принимается решение о допуске водителя к рейсу.

- Допуск к рейсу осуществляется в том случае, если у водителя нет жалоб на самочувствие, не выявлено симптомов каких-либо заболеваний и признаков употребления запрещенных веществ.
- Проведя обследование, врач ставит в путевой лист водителя соответствующую печать.
- Отметка о допуске к рейсу должна включать дату и точное время обследования, ФИО и подпись врача.
- Только после медосмотра и получения отметки в путевом листе водитель имеет право приступать к работе.

- Обязательность предрейсового обследования водителя (предрейсовый медосмотр водителей) регламентирована 20-й статьей Федерального закона «О безопасности дорожного движения» (от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ, с изменениями от 2 марта 1999 г., 25 апреля 2002 г.). Согласно этому нормативному акту, все организации, предоставляющие транспортные услуги, должны в обязательном порядке проводить предрейсовые осмотры водителей транспортных средств.

Послерейсовый медосмотр

- В отличие от предрейсового, он является обязательным для двух категорий водителей:
 1. входящих в так называемую группу риска,
 2. занимающихся пассажирскими перевозками.

В группу риска входят водители, возраст которых превышает 55 лет, а также все, кто страдает хроническими заболеваниями, часто болеет и склонен злоупотреблять алкоголем или психоактивными веществами.

- Водители, вошедшие в группы риска, должны подвергаться текущим и послерейсовым медицинским осмотрам и находиться под особым вниманием медицинских работников.
- Порядок проведения текущих и послерейсовых медицинских осмотров устанавливается руководителями организаций.

Организация проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств

- Предрейсовый медицинский осмотр производится перед началом рабочей смены водителей. Для их осуществления администрацией организации должно быть выделено специальное помещение, оборудованное в соответствии с перечнем, приведенным в приложении 2.
- Организация предрейсового медицинского осмотра водителей находится под контролем администрации организации и методическим руководством территориального или ведомственного лечебно-профилактического учреждения.

- Водители автотранспортных средств должны явиться на предрейсовый медицинский осмотр с путевым листом.
- Приглашая на осмотр индивидуально каждого водителя, медицинский работник должен обратить внимание на: как обследуемый заходит в кабинет, на его походку, внешний вид и поведение.
- Осмотр начинается с опроса водителя.
- При опросе выясняется субъективное самочувствие водителя, настроение, продолжительность сна, наличие или отсутствие жалоб на состояние здоровья.
- При высказывании водителем каких-либо жалоб медицинский работник обязан при осмотре выявить и подтвердить (или опровергнуть) их объективность.

- Медицинские осмотры должны проводиться при достаточном освещении.
- Медицинский работник обязан внимательно ознакомиться с состоянием кожных покровов водителя, обращая внимание на наличие расчесов, ссадин, следов от инъекций на тыльной части кистей и кубитальных ямок, бледность или покраснение кожи.
- Определяется состояние слизистых глаз и склер (гиперемия, желтушность).
- Особую значимость при осмотре приобретает состояние зрачков (сужены или расширены) и их реакция на свет (живая, вялая или отсутствует).
- Температура тела измеряется при наличии объективных показателей.
- При осмотре в обязательном порядке измеряется артериальное давление и частота сердечных сокращений.

Основаниями для отстранения от работы водителей автотранспортных средств являются следующие отклонения в состоянии здоровья:

- наличие симптомов острого заболевания или обострения хронического заболевания (повышение температуры тела выше 37°C , жалобы на плохое самочувствие, общую слабость, головную боль и зубную боль, острые заболевания глаз, боли в области уха, грудной или брюшной полости и т.п.);
- повышение или урежение частоты сердечных сокращений и изменений артериального давления выше или ниже уровней, характерных для осматриваемого водителя;
- нахождение под действием спиртных напитков или других средств (наркотических и психотропных препаратов или токсикантов), нарушающих функциональное состояние. В этом случае медицинский работник, проводящий предрейсовый медицинский осмотр, обязан провести контроль трезвости водителя.

- Результаты проведенного предрейсового медицинского осмотра в обязательном порядке заносятся в журнал.
- Журнал должен быть пронумерован, прошнурован, скреплен печатью организации или учреждения здравоохранения.
- В журнале записываются фамилия, имя, отчество, возраст, место работы водителя, дата и время проведения осмотра, заключение, принятые меры, фамилия и инициалы медицинского работника.

- При отсутствии жалоб, объективных признаков заболеваний, нарушений функционального состояния организма, признаков употребления спиртных напитков, наркотических и других психоактивных веществ, нарушений режима труда и отдыха водитель допускается к работе.
- В этом случае медицинский работник ставит штамп в путевом листе.
- В штампе должны быть указаны дата и точное время прохождения медицинского осмотра, фамилия, инициалы и подпись медицинского работника, проводившего обследование.

- Отстраненные от работы по состоянию здоровья водители направляются в дневное время к дежурному врачу поликлиники.
- В том случае, если отстранение водителя от работы связано с временной утратой трудоспособности и произошло в вечернее или ночное время, когда в поликлинике нет приема, медицинский работник, оказав первую помощь, предлагает работнику явиться на следующий день в поликлинику, а в случае надобности - вызвать врача на дом.
- При этом он выдает водителю справку за своей подписью. В справке указывается час освобождения от работы, приводятся краткие данные о характере заболевания или травмы, о температуре тела и т.д.
- Справка составляется в произвольной форме.

- Врач поликлиники, признав отстраненного от работы водителя временно нетрудоспособным, выдает ему больничный лист в установленном порядке.
- Если же врач признает его трудоспособным, то выдает справку об отсутствии противопоказаний для допуска к работе.
- Допуск к работе лиц, страдающих гипертонической болезнью или явной гипотонией, осуществляется строго индивидуально по рекомендациям лечащего врача. Эти рекомендации заносятся в карту состояния здоровья водителя. Карта заполняется медицинским работником на водителей, имеющих хронические заболевания.

- Медицинский работник один раз в год, а также при первичном выявлении больных составляет списки лиц, состоящих на диспансерном учете, с указанием диагноза и кратких рекомендаций по допуску к работе.
- Медицинский работник ежемесячно подводит итоги предрейсовых медицинских осмотров с анализом причин отстранения от работы водителей и результаты доводит до сведения руководителя организации.
- Руководители организаций ежемесячно проверяют результаты предрейсовых медицинских осмотров, обращая особое внимание на случаи отстранения от работы водителей, употребляющих алкоголь и наркотики.

- Медицинский работник несет дисциплинарную, а в случаях, предусмотренных законодательством, и другую ответственность за качество проведенного предрейсового медицинского осмотра и выдачу заключения о допуске водителей к управлению транспортным средством.

Организация и порядок контроля трезвости водителей автотранспортных средств при проведении предрейсовых медицинских осмотров

- **Контроль трезвости водителя автотранспортных средств проводится при выявлении во время предрейсового медицинского осмотра признаков употребления водителем алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ.**

- Если во время проведения предрейсового медицинского осмотра (при отсутствии воспалительных заболеваний, а также данных о предыдущем повышении или понижении артериального давления) у водителя выявляются отклонения в работе сердечно-сосудистой системы (артериальное давление и иные), характерные изменения окраски кожных покровов, слизистых глаз, склер, узкие или широкие зрачки (неадекватные освещению), слабая или отсутствующая реакция зрачков на свет, а также отклонения в поведении, нарушение походки и речи, тремор пальцев рук, век, запах алкоголя изо рта, то медицинский работник обязан провести такому водителю контроль трезвости.

- При проведении контроля трезвости для определения состояния здоровья осматриваемый водитель в обязательном порядке должен быть подвергнут клиническому обследованию и должна быть проведена лабораторная диагностика биологических сред водителя (выдыхаемый воздух и моча). Забор крови категорически запрещен.

- Наличие или отсутствие факта употребления различных психоактивных веществ и состояние опьянения определяются по комплексу поведенческих, вегетативно-сосудистых, соматических, двигательных и неврологических расстройств в сочетании с обнаружением в биологических средах этанола, наркотического средства или токсиканта.

- Медицинский работник, проводящий контроль трезвости, в обязательном порядке составляет протокол контроля трезвости установленной формы (приложение 3) в двух экземплярах, четко и конкретно заполняя каждый пункт документа. Один экземпляр протокола оставляется у медработника. Второй экземпляр протокола выдается руководителю организации.

- В протоколе медицинский работник подробно описывает особенности поведения водителя, его реакцию на проводимое обследование, предъявляемые жалобы.

- Важное диагностическое значение имеют состояние вегетососудистой сферы: окраска кожных покровов и видимых слизистых; частота сердечных сокращений и дыхательных движений; артериальное давление. Прием различных психоактивных веществ, как правило, вызывает нарушение со стороны опорно-двигательного аппарата. Нарушаются походка, ориентировка в пространстве (пальценосовая проба), координация (проба Ромберга), зрачки сужены или расширены и слабо реагируют на свет или фотореакция вовсе отсутствует.

- Часто наблюдается тремор пальцев рук и век. Немаловажное значение имеет наличие или отсутствие запаха алкоголя, перегара изо рта. Отсутствие такого запаха при наличии явных клинических отклонений в состоянии испытуемого указывает на употребление наркотических средств или токсикантов. В этом случае следует более внимательно осмотреть кожные покровы в кубитальных ямках, тыльной части кистей, стоп, внутреннюю область бедер.

- Поведение обследуемого в состоянии опьянения может иметь и другие проявления. Нередки суетливость, подозрительность, реакции рассеяния. Довольно часто со стороны обследуемого водителя обнаруживается тенденция к диссимуляции. Обычно это проявляется в отказе или неправильной даче биосред для анализа на алкоголь (неправильное продувание выдыхаемого воздуха, попытки подменить анализы и т.д.). Отмечаются также случаи "непонимания" инструкций, невыполнения отдельных функциональных проб, попытки затруднить освидетельствование, уйти от контакта с медработником. Регистрация указанных феноменов имеет существенное диагностическое значение, поскольку косвенно свидетельствует о возможности предшествующего потребления алкоголя, наркотиков и других психотропных средств.

- При оценке психического состояния необходимо обращать внимание на преобладающий фон настроения осматриваемого водителя, указывать, если это имеется, на значительную выраженность эмоциональных реакций (эйфоричность, апатия, напряженность, тревога, раздражительность, неустойчивость настроения). Важно также описывать особенности протекания интеллектуальной деятельности, указывать в соответствующих случаях на затруднения при концентрации внимания, рассеянность, повышенную отвлекаемость, излишнюю обстоятельность. Полезно предъявлять интеллектуальные задачи (например, вычитать по семь из ста, запоминание ряда чисел, ассоциативный тест, называние предметов на какую-либо букву и т.д.).

- Важную информацию дают также наблюдения за характером речи обследуемого, выговариванием отдельных звуков, словосочетаний, эмоциональными модуляциями голоса. В состоянии опьянения часто выявляются "смазанность" произношения, иногда речь приобретает скандированный оттенок, появляется монотонность. Указанные особенности обычно обнаруживаются при произнесении скороговорок, чтении вслух, счете.

- Весьма характерным признаком воздействия алкоголя является нарушение походки. Этот показатель, как свидетельствует опыт, является высокочувствительным и довольно надежным. Неустойчивая походка, разбрасывание ног при ходьбе постоянно встречается у лиц с выраженным состоянием опьянения.
- Следует подчеркнуть, что аналогичные расстройства, хотя и в меньшей степени, обнаруживаются также и при легкой алкогольной интоксикации.
- Для их выявления в этом случае следует прибегать к весьма надежной и простой функциональной пробе: ходьбе с быстрыми поворотами.

- При проведении пробы "ходьба с быстрыми поворотами" обследуемому лицу предлагают сделать 5 - 6 шагов в одном направлении, быстро развернуться вокруг своей оси и сделать столько же шагов в обратном направлении.
- Установить тонкие нарушения координации при легком алкогольном опьянении можно также при задании поднять мелкий предмет с пола, при закрытых глазах коснуться пальцем кончика носа, свести при закрытых глазах кончики указательных пальцев.

- Специальные исследования показали, что в совокупности с другими признаками интоксикации диагностической ценностью при легкой степени опьянения является такой симптом, как покраснение склер глаз. Характерно также увеличение частоты сокращений сердца свыше 100 в минуту. Известно, что во многих случаях при проведении освидетельствования у обследуемых лиц отмечается гиперемия кожных покровов, изменения артериального давления, частоты дыхания и температуры тела. Однако перечисленные симптомы в большой степени подвержены колебаниям и могут отражать неспецифическую реакцию обследуемого лица.

- Регистрация комплекса негативных проявлений в полном объеме тем не менее имеет немаловажное значение, поскольку на основании правильно выявленных расстройств можно сделать заключение о стойком изменении функциональной активности организма болезненной или интоксикационной природы.

- После завершения клинического обследования и выявления при этом признаков употребления алкоголя или других психоактивных веществ медицинский работник проводит исследование биологических сред на наличие в них различных групп психоактивных веществ.
- Для этого могут быть использованы разрешенные Минздравом России газовые анализаторы выдыхаемого воздуха (качественные и количественные алкометры) и различные варианты экспресс-тестов мочи.

- Полученные данные клинического обследования и результаты лабораторных исследований биологических сред должны быть объективно оценены и служат основанием для вынесения заключения.

Варианты заключений:

- **установлен факт потребления алкоголя** (единичные клинические отклонения, запах алкоголя или перегара изо рта, положительный результат при качественном или количественном (до 0,09 промилле) исследовании выдыхаемого воздуха алкометром или экспресс-тестом мочи);
- **алкогольное опьянение** (полный комплекс клинических изменений и лабораторное подтверждение);
- **состояние одурманивания** (явные клинические отклонения в состоянии обследуемого водителя при сомнительности или отсутствии лабораторного подтверждения);
- **наркотическое опьянение** (наличие клинических признаков опьянения и обнаружение в биологической среде наркотического вещества);
- **трезв**, признаков употребления психоактивных веществ не выявлено.

- Каждый случай контроля трезвости должен быть зарегистрирован в специальном пронумерованном, прошнурованном журнале, скрепленном печатью организации или учреждения здравоохранения. В журнале записываются: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и должность, причина направления на обследование, кем направлен, дата и время проведения контроля трезвости, заключение, принятые меры, фамилия и инициалы медицинского работника.

- При неясной или неполной клинической картине опьянения, сомнительных результатах лабораторного исследования, противоречивости данных клинического и лабораторного обследования, а также несогласии испытуемого с заключением проведенного контроля трезвости медицинский работник обязан подготовить руководителю организации представление для направления его в территориальное лечебно-профилактическое учреждение для проведения врачебного медицинского освидетельствования и установления факта употребления алкоголя или других психоактивных веществ с приложением протокола контроля трезвости.

- Лица, подлежащие врачебному освидетельствованию в медицинских учреждениях, должны быть доставлены к месту его проведения как можно быстрее, но не позднее двух часов с момента выявления состояния опьянения. Для направления на врачебное освидетельствование составляется документ по установленной форме (приложение 4).
- При наличии резко выраженных признаков опьянения, а также отказа обследуемого лица от освидетельствования, аппаратного либо тестового исследования администрацией организации составляется акт о появлении работника на рабочем месте в нетрезвом состоянии.

Способы обнаружения психоактивных веществ в биологических средах у водителей автотранспортных средств при проведении предрейсовых медицинских осмотров

- Внешние признаки, проявляющиеся у человека, употребляющего наркотические и психотропные вещества, не всегда являются абсолютными показателями. Они могут свидетельствовать о совершенно иных расстройствах. Для прямой диагностики употребления наркотических средств, психотропных или токсических веществ применяют лабораторные исследования.

- Использование для этих целей диагностических тест-систем принципиально меняет систему лабораторных исследований, значительно расширяет возможности в области профилактики заболеваний позволяет проводить экспресс-исследования в полевых условиях, а также скриннинговые исследования в случаях неблагоприятной эпидемиологической обстановки.

- Тест-системы основаны на методе иммунохроматографического анализа и позволяют в полевых условиях, в отсутствие возможности лабораторной диагностики, в течение нескольких минут опровергнуть или подтвердить даже однократный прием наркотических средств или психотропных веществ.
- Высокая чувствительность тестов делает возможным определение биологических веществ и маркеров различных заболеваний в ничтожно малых концентрациях. Надежность тестов многократно подтверждена испытаниями, проводившимися в ведущих научно-исследовательских институтах. Достоверность тестов, при соблюдении инструкций, достигает 100%.

- Применяются различные иммунохроматографические экспресс-тесты (полоски, наборы полосок, плашка) для выявления содержания наркотических веществ в моче.

Тесты КвикСкрин (QuickScreen тм) для выявления следующих наркотиков в моче (регистрационное удостоверение МЗ N 2001/116 от 22.02.2001 г.):

1. Амфетамин
2. Каннабиноиды (марихуана)
3. Опиаты
4. Метамфетамин
5. Кокаин
6. Бензодиазепины
7. Барбитураты
8. Фенциклидин
9. Метадон

Для одновременного выявления в моче:

1. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны) - OPI-THC мультитест.
2. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны), амфетамина - OPI-THC-AMP мультитест.
3. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны), амфетамина, кокаина, бензодиазепинов - OPI-THC-AMP-COC-BZD мультитест.

Институтом биохимии им. А.Н.Баха РАН разработаны и производятся отечественные экспресс-тесты для определения следующих типов наркотических веществ в моче: опиатов (ИНБИ-опиаты) и марихуаны (ИНБИ-марихуана).

Принцип метода

- Исследуемая моча за счет капиллярных сил мигрирует вдоль тест-полоски.
- При наличии в пробе искомого вещества или его метаболитов происходит реакция со специфическими моноклональными антителами, меченными коллоидным золотом.
- Комплекс АГ-АТ вступает в реакцию конкурентного связывания с антигеном, иммобилизованным в тест-зоне полоски.
- При этом розовая полоска, соответствующая образованию комплекса, не выявляется, если концентрация наркотика в образце превышает пороговый уровень.
- **При отсутствии наркотического вещества** или в случае, если его концентрация меньше порогового уровня, АГ в тест-зоне полоски вступает в реакцию с мигрирующими специфическими моноклональными АТ, в результате чего **проявляется розовая полоска** в этой области.
- Не прореагировавшие компоненты теста связываются в контрольной зоне тест-полоски с т.н. антивидовыми антителами, образуя розовую полоску.

- Появление розовой полоски в контрольной зоне указывает на правильность проведения процедуры тестирования и диагностическую активность его компонентов.
- При отсутствии контрольной полосы тестирование следует повторить.
- **Отрицательный результат тестирования приводит к появлению двух полос** (в тест-зоне и контрольной зоне), т.е. указывает на отсутствие наркотических веществ в исследуемом образце мочи или свидетельствует о том, что их концентрация ниже порогового уровня.
- Положительный результат тестирования приводит к появлению только **одной розовой полосы в контрольной зоне**, что свидетельствует о наличии наркотического (искомого) вещества.
- Тест-полоски не предназначены для определения количественного уровня наркотических веществ в моче или определения тяжести наркотического опьянения.

Порядок исследования

- Забор мочи объемом 30-50 мл производят в сухой флакон.
- Анализ проводят сразу же после забора мочи.
- С этой целью стрип-полоска или мультитест погружаются вертикально в мочу не выше обозначенной отметки.
- Результат считывается не ранее чем через 10 минут и не позднее чем через 15 минут после начала анализа.

ТЕКУЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ:

Статья 213 ТК РФ

«Медицинские осмотры некоторых
категорий работников»

Ст. 213 ТК РФ

- Работники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры (обследования).

Ст. 213 ТК РФ

- Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры определяются нормативными правовыми актами, утверждаемыми в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти

Ст. 213 ТК РФ

- Работники, осуществляющие отдельные виды деятельности, в том числе связанной с источниками повышенной опасности, а также работающие в условиях повышенной опасности, проходят обязательное психиатрическое освидетельствование не реже одного раза в пять лет
- Медицинские осмотры и психиатрические освидетельствования осуществляются за счет средств работодателя

Текущие медицинские осмотры водителей

- Проводятся согласно требованиям Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические мед. осмотры».

С 01.01.2012г на территории РФ не применяются подпункты **11, 12** (за исключением подпунктов 12.2, 12.11, 12.12), **13** приложения № 2 Приказа Минздрава СССР от 29.09.1989 № 555 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств»

Изменения в порядке проведения ПМО водителей транспортных средств (1)

Приказ МЗ СССР от 29.09.89 № 555

Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 № 302н

Пункт	12.1-12.10 Водители автотранспортных средств	28. Управление наземными транспортными средствами
Периодичность	1 раз в 3 года	1 раз в 2 года
Состав бригады специалистов	Терапевт Невролог Офтальмолог Оториноларинголог Хирург Психиатр Гинеколог	Терапевт Невролог Офтальмолог Оториноларинголог Хирург Дерматовенеролог Психиатр Нарколог *Эндокринолог

Изменения в порядке проведения ПМО водителей транспортных средств (2)

**Приказ МЗ СССР от
29.09.89 № 555**

**Приказ МЗ СР РФ от
12.04.2011 № 302н**

Перечень
дополнитель-ных
обследований

ЭКГ

Определение группы крови и
резус-фактора (при прохождении
предварительного медицинского
осмотра)

Исследование вестибулярного
анализатора
Острота зрения

Определение полей зрения

**Рост,
вес,**

Определение группы крови и
резус-фактора (при прохождении
предварительного медицинского
осмотра)

Аудиометрия

Исследование вестибулярного
анализатора
Острота зрения

Цветовосприятие

Определение полей зрения

**Биомикроскопия сред глаза
Офтальмоскопия глазного
дна**

Изменения в порядке проведения ПМО водителей транспортных средств (3)

A - мотоциклы.

A1 - мотоциклы с объемом двигателя не более 125 см³.

B - автомобили до 3,5 т и до 8 мест, помимо сиденья водителя.

B1 - трициклы и квадрициклы.

BE - автомобили до 3,5 т и прицепом.

C - автомобили более 3,5 т.

C1 - автомобили от 3,5 т до 7,5 т.

CE - автомобили более 3,5 т с прицепом до 750 кг.

C1E - автомобили более 3,5 т с прицепом более 750 кг.

D - транспорт для перевозки пассажиров, имеющий более 8 мест, помимо сиденья водителя.

D1 - транспорт для перевозки пассажиров, имеющий 9-16 мест, помимо водительского. D1E - сочлененные автобусы.

DE - сочлененные автобусы большой длины.

Изменения в порядке проведения ПМО водителей транспортных средств (3)

	Приказ МЗ СССР от 29.09.89 № 555	Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 № 302н
Противопоказания, в т. ч.	32	29
По состоянию органа зрения	8	15
По состоянию костно-суставной системы	5	5
По состоянию органа слуха и вестибулярного анализатора	5	4
Прочие	14	5

**Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 №
302н, Приложение 2, п. 28**

Управление наземными
транспортными средствами

Периодичность ПМО:
1 раз в 2 года

Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 № 302н, Приложение 2, п. 28

Состав медицинской комиссии:

- Терапевт
- Невролог
- Офтальмолог
- Оториноларинголог
- Хирург
- Дерматовенеролог
- Психиатр
- Нарколог
- *Эндокринолог

Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 № 302н, Приложение 2, п. 28

Перечень дополнительных исследований:

- Рост, вес,
- Определение группы крови и резус-фактора (при прохождении предварительного медицинского осмотра)
- Аудиометрия
- Исследование вестибулярного анализатора
- Острота зрения
- Цветовосприятие
- Определение полей зрения
- Биомикроскопия сред глаза
- Офтальмоскопия глазного дна

Приказ 302н, Приложение 3, раздел IV, п.48: Общие противопоказания

- Работники (лица, поступающие на работу) не допускаются к выполнению работ с вредными и (или) опасными условиями труда, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований), в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, при наличии следующих общих медицинских противопоказаний:

1. врожденные пороки развития, деформации, хромосомные аномалии со стойкими выраженными нарушениями функции органов и систем;
2. последствия повреждений центральной и периферической нервной системы, внутренних органов, костно-мышечной системы и соединительной ткани от воздействия внешних факторов (травмы, радиация, термическое, химическое и другое воздействие и т.д.) с развитием необратимых изменений, вызвавших нарушения функции органов и систем выраженной степени;
3. заболевания центральной нервной системы различной этиологии с двигательными и чувствительными нарушениями выраженной степени, расстройствами координации и статики, когнитивными и мнестико-интеллектуальными нарушениями;
4. нарколепсия и катаплексия;
5. заболевания, сопровождающиеся расстройствами сознания: эпилепсия и эпилептические синдромы различной этиологии, синкопальные синдромы различной этиологии и др.

6. психические заболевания с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному динамическому наблюдению в психоневрологических диспансерах[1];
7. алкоголизм, токсикомания, наркомания;

[1] В случаях выраженных форм расстройств настроения, невротических, связанных со стрессом, соматоформных, поведенческих расстройств и расстройств личности вопрос о профессиональной пригодности к соответствующим работам решается индивидуально комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача – профпатолога.

8. болезни эндокринной системы прогрессирующего течения с признаками поражения других органов и систем и нарушением их функции 3-4 степени;
9. злокачественные новообразования любой локализации [\[1\]](#);
0. заболевания крови и кроветворных органов с прогрессирующим и рецидивирующим течением (гемобластозы, выраженные формы гемолитических и апластических анемий, геморрагические диатезы);
1. гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск IV;
2. хронические болезни сердца и перикарда с недостаточностью кровообращения ФК III, НК 2 и более степени;
3. ишемическая болезнь сердца:
4. стенокардия ФК III –IV;
5. с нарушением проводимости (синоаурикулярная блокада III степени, слабость синусового узла);

16. пароксизмальные нарушения ритма с потенциально злокачественными желудочковыми аритмиями и нарушениями гемодинамики;
17. постинфарктный кардиосклероз, аневризма сердца.
18. аневризмы и расслоения любых отделов аорты и артерий;
19. облитерирующий атеросклероз аорты с облитерацией висцеральных артерий и нарушением функции органов;
20. облитерирующий атеросклероз сосудов конечностей, тромбангиит, аортоартериит с признаками декомпенсации кровоснабжения конечности (конечностей);
21. варикозная и посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей с явлениями хронической венозной недостаточности 3 степени и выше;
22. лимфангиит и другие нарушения лимфооттока 3-4 степени;

23. ревматизм: активная фаза, частые рецидивы с поражением сердца и других органов и систем и хронической сердечной недостаточностью 2-3 степени;
24. болезни бронхолегочной системы с явлениями дыхательной недостаточности или легочно-сердечной недостаточности 2-3 степени.
25. активные формы туберкулеза любой локализации;
26. осложненное течение язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки с хроническим часто (3 раза и более за календарный год) рецидивирующим течением и развитием осложнений;
27. хронические гепатиты, декомпенсированные циррозы печени и другие заболевания печени с признаками печеночной недостаточности 2-3 степени и портальной гипертензии;
28. хронические гепатиты, декомпенсированные циррозы печени и другие заболевания печени с признаками печеночной недостаточности 2-3 степени и портальной гипертензии;
29. хронические болезни почек и мочевыводящих путей с явлениями хронической почечной недостаточности 2-3 степени;

30. неспецифический язвенный колит и болезнь Крона тяжелого течения;
31. диффузные заболевания соединительной ткани с нарушением функции органов и систем 3-4 степени, системные васкулиты;
32. хронические заболевания периферической нервной системы и нервно-мышечные заболевания со значительными нарушениями функций;
33. хронические заболевания опорно-двигательного аппарата с нарушениями функции 2-3 степени;

34. хронические заболевания кожи:
35. хроническая распространенная, часто рецидивирующая (не менее 4 раз в год) экзема;
36. псориаз универсальный, распространенный, артропатический, пустулезный, псориатическая эритродермия;
37. вульгарная пузырчатка;
38. хронический необратимый распространенный ихтиоз;
39. хронический прогрессирующий атопический дерматит;
40. хронические, рецидивирующие формы инфекционных и паразитарных заболеваний, поствакцинальные поражения в случае неподдающихся или трудноподдающихся лечению клинических форм;
41. беременность и период лактации*;
42. привычное невынашивание и аномалии плода в анамнезе у женщин детородного возраста*;
43. глаукома любой стадии при нестабилизированном течении.

*Только для лиц, работающих в контакте с вредными и (или) опасными производственными факторами, указанными в Перечне факторов.

**Приказ МЗ СР РФ от 12.04.2011 №
302н, Приложение 2, п. 28**

Дополнительные противопоказания

№555

№302н

5. Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракций, а также других причин органического характера:

5а) острота зрения с коррекцией ниже 0,6 на лучшем глазу, ниже 0,2 на худшем. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8, ОД, в том числе контактными линзами, астигматизме 3, ОД (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8, ОД). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3, ОД;

на лучшем глазу, ниже 0,2 – на худшем. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 D, в том числе контактными линзами, астигматизме – 3,0 D (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 D). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 D.

5б) отсутствие зрения на одном глазу;

2) Отсутствие зрения на одном глазу при остроте зрения ниже 0,8 (без коррекции) на другом.

4. Ограничение поля зрения более чем на 20 град. в любом из меридианов. Центральная скотома абсолютная или относительная (при скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в п. 5-а допуск без ограничений).

3) Центральная скотома абсолютная или относительная (при скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в п.1 настоящей графы подпункта - допуск без ограничений).

<p>5в) состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилез, кератокоагуляция, рефракционная кератопластика). Допускаются к вождению лица через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в п. 5-а, отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракцией от +8,0 до -8,0 Д. При невозможности установить дооперационную рефракцию годны при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм;</p>	<p>4) Состояние после рефракционных операций на роговой оболочке (кератотомия, кератомилез, кератокоагуляция, рефракционная кератопластика). Допускаются к вождению лица через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже 0,6 на лучшем глазу, не ниже 0,2 – на худшем.</p>
<p>5а) острота зрения с коррекцией ниже 0,6 на лучшем глазу, ниже 0,2 на худшем. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8, ОД, в том числе контактными линзами, астигматизме 3, ОД (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8, ОД). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3, ОД;</p>	<p>5) Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 D, в том числе контактными линзами, астигматизме – 3,0 D (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 D). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 D, при отсутствии осложнений и исходной (до операции) рефракции – от +8,0 до -8,0 D. При невозможности установить дооперационную рефракцию вопросы профессиональной пригодности решаются положительно при длине оси глаза от 21,5 до 27,0 мм.</p>
<p>г) искусственный хрусталик хотя бы на одном глазу. Допускаются стажированные водители при остроте зрения с коррекцией не ниже указанной в п. 5-а, нормальное поле зрения и отсутствие осложнений в течение полугода после операции.</p>	<p>6) Искусственный хрусталик, хотя бы на одном глазу. Допускаются стажированные водители при остроте зрения с коррекцией не ниже 0,6 на лучшем глазу, не ниже 0,2 – на худшем. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 D, в том числе контактными линзами, астигматизме – 3,0 D(сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 D). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 D, нормальное поле зрения и отсутствие осложнений в течение полугода после операции.</p>

<p>1. Хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых оболочек, парезы мышц век, препятствующие зрению или ограничивающие движение глазного яблока (после оперативного лечения с хорошим результатом, допуск к вождению разрешается).</p>	<p>7) Хронические заболевания оболочек глаза, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения, стойкие изменения век, в том числе и их слизистых оболочек, парезы мышц век, препятствующие зрению или ограничивающие движение глазного яблока (после оперативного лечения с положительным результатом допуск осуществляется индивидуально).</p>
<p>консервативному лечению воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение (после оперативного лечения с хорошим результатом допуск к вождению разрешается).</p>	<p>8) Хроническое, не поддающееся консервативному лечению воспаление слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение.</p>
	<p>9) Паралитическое косоглазие и другие нарушения содружественного движения глаз.</p>
<p>3. Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии.</p>	<p>10) Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии.</p>
<p>зрачков на 70 град. от среднего положения.</p>	<p>11) Спонтанный нистагм при отклонении зрачков на 70° от среднего положения.</p>

4. Ограничение поля зрения более

чем на 20 град. в любом из меридианов. Центральная скотома абсолютная или относительная (при скотоме и наличии изменений зрительной функции не ниже значений, указанных в п. 5-а допуск без ограничений).

12) Ограничение поля зрения более чем на 20⁰ в любом из меридианов.

6. Нарушения цветоощущения допускаются.

13) Нарушение цветоощущения.

7. Заболевания сетчатки и зрительного нерва (пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки и др.).

14) Заболевания сетчатки и зрительного нерва (пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки и др.).

8. Глаукома (при начальной компенсированной глаукоме, нормальном глазном дне, при изменениях остроты зрения и поля зрения менее значений, указанных в п. п. 4, 5, допускаются с переосвидетельствованием через год).

15) Глаукома компенсированная (нормальное глазное дно; изменение остроты зрения не ниже 0,6 на лучшем глазу, не ниже – 0,2 на худшем) (допускаются с переосвидетельствованием через один год).

<p>15) Отсутствие одной верхней или нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющие их движение. В порядке исключения могут допускаться лица с одной ампутированной голенью, если ампутированная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена.</p>	<p>16) Отсутствие одной верхней или нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение. В порядке исключения могут допускаться лица с одной ампутированной голенью, если ампутированная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена.</p>
<p>неподвижность в межфаланговых суставах: а) отсутствие двух фаланг большого пальца на правой или левой руке; б) отсутствие или неподвижность двух или более пальцев на правой руке или полное сведение хотя бы одного пальца; в) отсутствие или неподвижность трех или более пальцев на левой руке или полное сведение хотя бы одного пальца (при сохранении хватательной функции и силы кисти вопрос о допуске к управлению решается индивидуально).</p>	<p>17) Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах: отсутствие двух фаланг большого пальца на правой или левой руке; отсутствие или неподвижность двух или более пальцев на правой руке или полное сведение хотя бы одного пальца; отсутствие или неподвижность трех или более пальцев на левой руке или полное сведение хотя бы одного пальца (при сохранении хватательной функции и силы кисти вопрос о допуске к управлению решается индивидуально).</p>
<p>18. Укорочение нижней конечности более чем на 6 см, освидетельствуемые могут быть признаны годными, если конечность не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен, длина конечности более 75 см (от пяточной кости до середины большого вертела бедра).</p>	<p>18) Укорочение нижней конечности более чем на 6 см - освидетельствуемые могут быть признаны годными, если конечность не имеет дефектов со стороны костей, мягких тканей и суставов, объем движений сохранен, длина конечности более 75 см (от пяточной кости до середины большого вертела бедра).</p>
<p>конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющие их движение. В порядке исключения могут допускаться лица с одной ампутированной голенью, если ампутированная культя не менее 1/3 голени и подвижность в коленном суставе ампутированной конечности полностью сохранена.</p>	<p>19) Отсутствие верхней конечности или кисти, отсутствие нижней конечности на любом уровне бедра или голени при нарушении подвижности в коленном суставе.</p>

17. Травматические деформации с наличием неврологической симптоматики и дефекты костей черепа. При наличии незначительных дефектов или деформаций костей черепа (при отсутствии неврологической симптоматики) допуск осуществляется индивидуально; переосвидетельствование через 2 года.

дефекты костей черепа с наличием выраженной неврологической симптоматики, препятствующей управлению транспортными средствами. При наличии незначительной неврологической симптоматики допуск осуществляется индивидуально с переосвидетельствованием **через один год.**

9. Полная глухота на одно ухо при восприятии разговорной речи на другое на расстоянии менее 3 м, шепотной речи на расстоянии 1 м, или восприятии разговорной речи на каждое ухо менее 2 м (при полной глухоте, глухонемоте допуск осуществляется индивидуально с переосвидетельствованием не реже чем через 2 года).

восприятию разговорной речи на другое на расстоянии менее 3 м, шепотной речи – на расстояние 1 м, или восприятию разговорной речи на каждое ухо менее 2 м (при полной глухоте, глухонемоте допуск осуществляется индивидуально с переосвидетельствованием не реже чем через 2 года).

10. Хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома (после оперативного лечения с хорошим результатом вопрос решается индивидуально).

22) Хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома (после оперативного лечения с хорошим результатом вопрос решается индивидуально).

<p>11. Хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ).</p>	<p>23) Хронический гнойный мастоидит, осложнения вследствие мастоидэктомии (киста, свищ).</p>
<p>12. Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функции вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и др.).</p>	<p>24) Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушения функции вестибулярного анализатора, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и др.).</p>
<p>28. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями функции. Решение принимается индивидуально, на основании заключения эндокринолога; при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям негодны.</p>	<p>стойкими выраженными нарушениями функций других органов и систем (допуск к вождению решается индивидуально при условии ежегодного переосвидетельствования после обследования и лечения у эндокринолога).</p>

24. Болезни сердца любой этиологии (эндокардит

миокардит и др.), нарушение ритма любой этиологии (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и др.), хроническая ишемическая болезнь сердца, в том числе состояние после перенесенного инфаркта миокарда - вопрос о допуске решается индивидуально, на основании заключений специализированных учреждений (ежегодное переосвидетельствование), за исключением лиц со стенокардией покоя.

26) Ишемическая болезнь сердца: стенокардия нестабильная, стенокардия напряжения, ФК III ст., нарушения сердечного ритма высокой градации либо сочетание указанных состояний (допуск к вождению решается индивидуально при условии ежегодного переосвидетельствования после обследования и лечения у кардиолога).

25. Гипертоническая болезнь III ст., вопрос о допуске лиц с гипертонической болезнью II ст. решается индивидуально (с частыми гипертоническими кризами негодны).

27) Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 1V (допуск к вождению решается индивидуально при условии ежегодного переосвидетельствования по результатам лечения и рекомендаций кардиолога)

26. Хронические заболевания легких и плевры, в том числе туберкулезной этиологии, бронхиальная астма, состояние после резекции легкого, бронхоэктатическая болезнь - вопрос о допуске решается индивидуально.

28) Болезни бронхолегочной системы с явлениями дыхательной недостаточности или легочно-сердечной недостаточностью 2-3 ст. (допуск к вождению решается индивидуально после обследования и лечения у пульмонолога).

31. Выпадение матки и влагалища, ректовагинальные и пузырно-влагалищные свищи (разрывы промежности с нарушением целостности сфинктера прямой кишки) (после оперативного лечения с хорошим результатом допускаются в индивидуальном порядке).

29) Выпадение матки и влагалища, ретровагинальные и пузырно-влагалищные свищи, разрывы промежности с нарушением целостности сфинктеров прямой кишки, водянка яичка или семенного канатика, грыжи и другие заболевания, вызывающие ограничения и болезненность движений, препятствующих управлению транспортными средствами.

Нет в п.28 Прил. 2 приказа 302н:

19. Заболевания, вызывающие ограничение движений или болезненность при движении конечностей, грыжи, свищи, выпадение прямой кишки, геморрой, водянка яичка или семенного канатика и др. Вопрос о допуске, в том числе после оперативного лечения решается индивидуально.

20. Заболевание сосудов: а) аортальные аневризмы, аневризмы сосудов головного мозга, аневризмы бедренной и подколенной артерий, аневризмы подкожно расположенных сосудистых стволов (при подозрении на наличие аневризмы индивидуальный допуск с переосвидетельствованием через год, допуск дает специализированное учреждение); б) облитерирующий эндартериит, II III стадии, болезнь Такаясу; в) варикозное расширение вен с нарушением трофики, слоновостью и др.

21. Стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание. Деформация грудной клетки и позвоночника со значительным нарушением функции органов грудной полости (вопрос о допуске решается индивидуально).

22. Врожденные или приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии при наличии компенсации допускаются индивидуально с переосвидетельствованием через год.

23. Состояние после операции на сердце и крупных магистральных сосудах (при компенсации, с хорошими отдаленными результатами и заключением специализированного учреждения вопрос решается индивидуально с переосвидетельствованием через год). Лица с имплантированными искусственными водителями ритма сердца допускаются индивидуально.

Нет в п.28 Прил. 2 приказа 302н:

27. Болезни крови и кроветворных органов, вопрос о допуске решается индивидуально при отсутствии анемического синдрома и обострения основного заболевания.
29. а) Хронические психические заболевания и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному диспансерному динамическому наблюдению. Вопрос о допуске лиц с выраженными формами пограничных нервно психических расстройств, пограничной умственной отсталостью и задержками умственного развития решается в индивидуальном порядке (переосвидетельствование через 3 года). Эпилепсия и синкопальные состояния.
29. б) Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании допускаются после лечения и снятия с учета.
30. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики.
32. Рост ниже 150 см (вопрос решается индивидуально), резкое отставание физического развития.
33. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические заболевания печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы с частыми обострениями, болезнь оперированного желудка - допуск индивидуальный, с переосвидетельствованием через 2 года.

Категория А (мотоциклы):

- 29 противопоказаний

Категория А1 (мотоциклы с $V_{дв} < 125 \text{ см}^3$):

5 противопоказаний

1. Медицинские противопоказания, изложенные в п. 3-25 настоящей графы подпункта 28.1.
2. Понижение остроты зрения ниже 0,5 на лучшем глазу и ниже 0,2 – на худшем глазу (с коррекцией).
3. Отсутствие зрения на одном глазу при остроте зрения ниже 0,8 (без коррекции) на другом.
4. Для водителей такси и водителей транспортных средств оперативных служб (скорая медицинская помощь, противопожарная служба, милиция, аварийно-спасательная служба, военная автомобильная инспекция), – острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на одном глазу, ниже 0,4 – на другом. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 D, в том числе контактными линзами, астигматизме – 3,0 D (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 D). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 D.

Категории В (легковые), В1 (трициклы и квадрициклы) и ВЕ (легковые с прицепом):

- Медицинские противопоказания для категории А +
- Состояние после рефракционных операций на роговой оболочке) - допускаются к вождению лица через 3 месяца после операции при остроте зрения с коррекцией не ниже 0,6 на лучшем глазу, не ниже 0,2 – на худшем.

Категории С (грузовые), С1, СЕ, D (автобусы), D1, D1E:

1. Медицинские противопоказания, изложенные в п.3-25 настоящей графы подпункта 28.1.
2. Острота зрения с коррекцией ниже 0,8 на одном глазу, ниже 0,4 – на другом. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 8,0 D, в том числе контактными линзами, астигматизме $-3,0$ D (сумма сферы и цилиндра не должна превышать 8,0 D). Разница в силе линз двух глаз не должна превышать 3,0 D.
3. Отсутствие зрения на одном глазу при остроте зрения ниже 0,8 (без коррекции) на другом. Искусственный хрусталик, хотя бы на одном глазу.
4. Восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 3 м, шепотной речи -на расстоянии 1 м (при полной глухоте на одно ухо и восприятии разговорной речи на расстоянии менее 3 м на другое ухо или восприятии разговорной речи не менее 2 м на каждое ухо, вопрос о допуске стажированных водителей решается индивидуально при ежегодном переосвидетельствовании).
5. Отсутствие одной верхней или нижней конечности, кисти или стопы, а также деформация кисти или стопы, значительно затрудняющая их движение,- не допускаются во всех случаях.

6. Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах рук – не допускаются даже при сохранной хватательной функции.
7. Травматические деформации и дефекты костей черепа с наличием выраженной неврологической симптоматики.
8. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия нестабильная, стенокардия напряжения, ФК III, нарушения сердечного ритма высокой градации, либо сочетание указанных состояний.
9. Гипертоническая болезнь II - III ст. При гипертонической болезни 1 ст. допуск осуществляется индивидуально при условии ежегодного освидетельствования.
10. Диабет (все виды и формы).
11. Рост ниже 150 см (вопрос решается индивидуально), резкое отставание физического развития.

+ для категорий D и D1:

При дефектах речи и логоневрозе (заикание) в тяжелых формах – для водителей пассажирского транспорта допуск осуществляется индивидуально

Трамвай, троллейбус:

- Противопоказания, как для категории С +
- Водители трамвая и троллейбуса с имплантированными искусственными водителями ритма к работе не допускаются.

- Трактора и другие самоходные машины
 - Минитрактора, мотоблоки, автопогрузчики, электрокары, регулировщики и т.п.
- Как для категории В1

Спасибо за внимание