



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Приказ Минздрава СССР от 29.09.1989 N 555
(ред. от 12.04.2011)

"О совершенствовании системы медицинских
осмотров трудящихся и водителей
индивидуальных транспортных средств"

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: □ 20.02.2019

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ
от 29 сентября 1989 г. N 555

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ТРУДЯЩИХСЯ И ВОДИТЕЛЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздравмедпрома РФ N 280,
Госкомсанэпиднадзора РФ N 88 от 05.10.1995,
Приказа Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90,
Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н,
с изм., внесенными Приказом Минздрава РФ от 31.05.1993 N 116)

"Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года", утвержденные Постановлением Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР 19.11.87 N 1318, предусматривают: "ЦК компартий союзных республик, крайкомам и обкомам партии, Советам Министров союзных и автономных республик, местным Советам народных депутатов, руководителям министерств, ведомств и предприятий, общественным организациям усилить внимание к нуждам здравоохранения, решению вопросов охраны окружающей среды, улучшению условий труда и быта населения, обеспечить безусловное выполнение планов по укреплению материально-технической базы здравоохранения, активно участвовать в работе по формированию у граждан здорового образа жизни..."

В настоящее время в промышленности, строительстве, сельском хозяйстве на 130,9 млн. работающих более 9 млн. заняты на работах с вредными и неблагоприятными условиями труда, в том числе 3,4 млн. женщин.

Условия труда на многих промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве еще не соответствуют санитарным нормам и правилам, в результате чего в стране регистрируется ежегодно более 11 тыс. впервые выявленных пострадавших от профессиональных отравлений и заболеваний. В 1987 г. было выявлено 11236 пострадавших (1,17 на 10000 работающих). За последние 10 лет зарегистрировано всего 137,6 тыс. таких больных.

В стране в 1988 г. более 4,9 млн. рабочих мест не соответствуют нормам и правилам охраны труда.

На предприятиях различных отраслей народного хозяйства проводится определенная работа по улучшению условий труда, сокращению численности работающих, подвергающихся воздействию вредных и опасных производственных факторов. Тем не менее, в условиях повышенного шума работает более 1,8 млн. человек, в том числе почти 180 тыс. женщин, повышенным уровням вибрации подвергается 495 тыс. человек, в том числе 394 тыс. женщин, в условиях большой загазованности и запыленности работают около 2,7 млн. человек, в том числе 805 тыс. женщин. Не устранен тяжелый физический труд, который выполняют более 1,9 млн. работающих, в том числе почти 270 тыс. женщин.

Данное обстоятельство формирует основную массу профессиональной заболеваемости и, в значительной степени, заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Динамика профессиональной заболеваемости последних двух лет изменила свою направленность. С 1986 года после многолетнего снижения отмечается рост профессиональной заболеваемости (в 1986 году - на 2,7%, 1987 году - на 2,6%).

В настоящее время уровни и рост профессиональной заболеваемости определяются хроническими формами заболеваний и отравлений. В структуре профессиональной патологии 1987 года хронические формы составили 82,5%, острые - 17,5%.

В структуре профзаболеваемости, зарегистрированной в 1987 году, ведущие места принадлежат заболеваниям, возникшим от воздействия физических факторов, - 32,2% (вибрационная болезнь - 21,6%, неврит

слухового нерва - 8,7%), заболеваниям пылевой этиологии - 22,8% (пневмокониозы - 14,4%), отравлениям и заболеваниям от воздействия химических факторов - 21,5%, от воздействия биологических факторов - 11,7%, заболеваниям, развивающимся от функционального перенапряжения органов и систем организма, - 11,2%.

По целому ряду министерств уровни профессиональной заболеваемости значительно превышают среднесоюзные показатели: наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости отмечаются на предприятиях цветной металлургии - 14,54 на 10 тыс. работающих, угольной промышленности - 8,99, Минудобрений СССР - 5,86, Минтяжмаша СССР - 5,75 и т.д. Практически не имеет тенденции к снижению профессиональная заболеваемость работающих в цветной металлургии, на предприятиях Минтяжмаша и Минэнергомаша. Свыше 55% вибрационной патологии в стране регистрируется на предприятиях угольной промышленности, черной и цветной металлургии, авиационной промышленности, агропромышленного комплекса в связи с использованием в производстве виброопасной техники и оборудования.

Вследствие высокой запыленности воздуха рабочей зоны отмечается большое количество пневмокониозов и пылевых бронхитов на предприятиях угольной промышленности, черной и цветной металлургии, промышленности строительных материалов и др.

В результате воздействия ядохимикатов в концентрациях, превышающих предельно допустимые, растет количество отравлений в сельском хозяйстве.

Регистрируемый ежегодно уровень профессиональной патологии не отражает истинного положения дел, так как имеет место значительное недоявление больных с профессиональными заболеваниями, что связано прежде всего с недостатками в организации и проведении периодических медицинских осмотров.

Недоявление профессиональной патологии обусловлено также низким качеством предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся в целях предупреждения заболеваний, профессиональных заболеваний, несчастных случаев, обеспечения безопасности труда, охраны здоровья населения, предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний (в дальнейшем именуемыми предварительными и периодическими медицинскими осмотрами), в результате недостаточной подготовки по гигиене труда и профпатологии врачей-терапевтов цеховых врачебных участков и врачей-специалистов, проводящих осмотры, недостаточной обеспеченностью лабораторными и функционально-диагностическими приборами и оборудованием лечебно-профилактических учреждений, особенно в сельской местности.

"Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года" определили генеральную линию советского здравоохранения - повышение эффективности профилактики, которая остается основополагающим принципом охраны здоровья народа.

Для выявления ранних форм заболеваний и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику и снижение общей и профессиональной заболеваемости, предупреждение несчастных случаев на производстве, в целях снижения уровня дорожно-транспортных происшествий, предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний проводятся обязательные предварительные при поступлении на работу, связанную с опасными, вредными веществами и неблагоприятными производственными факторами, а также периодические медицинские осмотры трудящихся и медицинские осмотры водителей индивидуальных транспортных средств.

Проводимые в стране периодические медицинские осмотры трудящихся, которыми ежегодно охвачено более тринадцати миллионов человек, явились составной частью проводимой всеобщей диспансеризации населения, они положительно влияют на качество диспансерного наблюдения за лицами трудоспособного возраста. Это в определенной степени способствовало снижению в 1987 году заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 4,5%, в 1988 году из-за подъема заболеваемости гриппом в случаях и днях временной утраты трудоспособности более, чем в 5 раз, а в целом по группе "простудные заболевания" на 20,5%, отмечен рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности по всем болезням с учетом этой группы на 4,27%, без учета - снижение на 1,5%; снижению первичного выхода на инвалидность на 0,2% в 1987 году и на 2,8% в 1988 году.

В отраслях народного хозяйства внедряются новые технологические процессы, не всегда обеспечивающие безопасные условия труда, новые химические вещества.

В целях упорядочения предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся и медицинских осмотров водителей индивидуальных транспортных средств

1. Утверждаю:

1.1. **Перечень** вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, при работе с которыми обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения профессиональных заболеваний, врачей-специалистов, участвующих в проведении этих медицинских осмотров и необходимых лабораторных и функциональных исследований по определенным этиологическим факторам в процессе труда, медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными, вредными и неблагоприятными производственными факторами, с примечаниями (Приложение 1 с примечаниями).

1.2. **Перечень** работ, для выполнения которых обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры трудящихся в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев, обеспечения безопасности труда, охраны здоровья населения, предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, врачей-специалистов, участвующих в проведении этих медицинских осмотров и необходимых лабораторных и функциональных исследований по видам работ, медицинских противопоказаний к допуску на работу в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев и обеспечения безопасности труда с примечаниями (Приложение 2 с примечаниями).

1.3. **Инструкцию** по проведению обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся и медицинских осмотров водителей индивидуальных транспортных средств (Приложение 3).

1.4. **Список** форм первичной медицинской документации, введенной Приказами Минздрава СССР от 04.10.80 N 1030 и от 04.01.83 N 3, подлежащей дальнейшему использованию в измененной редакции (Приложение 4).

1.5. **Список** форм первичной медицинской документации, исключенной из Перечня форм, утвержденного Приказами Минздрава СССР от 22.07.85 N 974 и от 04.01.83 N 3 (Приложение 5).

1.6. **Список** профессиональных заболеваний с Инструкцией по применению списка (Приложение 6).

1.7. **Положение** о порядке проведения диспансеризации больных профессиональными заболеваниями (Приложение 7).

1.8. **Положение** о Центре профпатологии (республиканском, краевом, областном, городском) (Приложение 8).

1.9. **Инструкцию** о проведении предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств (Приложение 9).

2. Приказываю:

2.1. Министрам здравоохранения союзных республик:

2.1.1. Обязать министров здравоохранения автономных республик, руководителей краевыми, областными и другими органами здравоохранения обеспечить организацию и качественное проведение:

предварительных и периодических медицинских осмотров трудящихся с целью раннего выявления профессиональных заболеваний и предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний;

предрейсовых осмотров;

предвахтовых осмотров (в т.ч. на хозрасчетной основе) и осмотров водителей индивидуальных транспортных средств.

Повысить качество диспансеризации больных, страдающих профессиональными заболеваниями,

обеспечив 100% охват их диспансерным наблюдением.

2.1.2. Определить республиканские (областные) центры профпатологии (в составе научно-исследовательских институтов гигиены труда и профзаболеваний, клиник профпатологии медицинских институтов, областных (городских) больниц мощностью не менее 60 коек), возложив на них функции решения экспертных и конфликтных случаев, возникших при проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров, установления диагноза профессионального заболевания (связи заболевания с профессией), оказания консультативной и лечебной помощи проведения организационно-методических мероприятий и др., в соответствии с Положением о Центре профпатологии.

Разрешить выдачу медицинских заключений о наличии профессионального заболевания только центрами профпатологии.

В целях повышения ответственности руководителей предприятий, учреждений, организаций, колхозов и совхозов за улучшение условий труда, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров установить, что эти предприятия, учреждения, организации, колхозы и совхозы частично возмещают центрам профпатологии расходы на лечение трудящихся с заболеваниями, обусловленными неблагоприятными производственными условиями.

Стоимость пребывания в центрах профпатологии устанавливается соответствующим Исполкомом Совета народных депутатов по представлению министерств здравоохранения союзных республик (в соответствии с действующим законодательным актом).

2.1.3. Обеспечить проведение мероприятий по специальной подготовке врачей всех специальностей, осуществляющих предварительные и периодические медицинские осмотры, по вопросам профпатологии (в том числе путем направления их на курсы повышения квалификации), активно используя для этого центры профпатологии, научно-исследовательские институты гигиены труда и профзаболеваний и клиники профпатологии медицинских институтов.

2.1.4. Обязать научно-исследовательские институты гигиены труда и профзаболеваний, клиники профпатологии медицинских институтов оказывать органам и учреждениям здравоохранения практическую помощь в организации и проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, анализировать их качество, состояние профзаболеваемости в регионе, отраслях промышленности, разрабатывать соответствующие рекомендации.

2.1.5. Организовать проведение осмотров в порядке, предусмотренном инструкцией по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств.

Водители индивидуальных транспортных средств, а также лица, занимающиеся индивидуальной (кооперативной) трудовой деятельностью, которым предусмотрено проведение медицинских осмотров, при прохождении предварительных и периодических медицинских осмотров лично оплачивают их по ценам (тарифам), утвержденным в установленном порядке.

2.1.6. Активизировать деятельность и повысить ответственность санитарно-эпидемиологической службы в вопросах охраны окружающей среды и контроля за соблюдением санитарно-гигиенических условий на предприятиях, в учреждениях, организациях, колхозах.

2.1.7. Упразднить медицинские водительские (в том числе конфликтные) комиссии и передать их функции лечебно-профилактическим учреждениям (в том числе ведомственным) и центрам профпатологии.

2.1.8. Принять срочные меры по обеспечению лечебно-профилактических учреждений и санитарно-эпидемиологических станций, проводящих предварительные и периодические осмотры трудящихся, необходимым медицинским оборудованием и лабораторными реактивами.

2.1.9. Обязать начальников санитарно-эпидемиологических управлений министерств здравоохранения союзных республик, главных врачей республиканских санитарно-эпидемиологических станций:

усилить контроль и повысить личную ответственность главных врачей санитарно-эпидемиологических

станций за качество составления санитарно-гигиенических характеристик условий труда лиц, направляемых в соответствующие центры профпатологии.

2.2. Президенту Академии медицинских наук (тов. Покровский В.И.) создать Всесоюзный центр профпатологии и Центральную экспертную комиссию в научно-исследовательском институте гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР для решения особо сложных экспертных и конфликтных случаев, возникающих при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров трудящихся, и установления диагноза профессионального заболевания (связи заболевания с профессией) по представлению центров профпатологии, предоставив ей право привлекать в качестве экспертов-консультантов любых специалистов учреждений систем Министерства здравоохранения СССР и АМН СССР, запрашивать любую необходимую для экспертизы документацию. В случае несогласия заявителям предоставляется право обжаловать ее решение в установленном порядке.

2.3. НИИ гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР (тов. Измеров Н.Ф.) в срок до 01.11.89 разработать Положение о Всесоюзном центре профпатологии и Положение о Центральной экспертной комиссии при НИИ гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР, определить их потребности, в том числе в штатах, финансировании, и представить предложения в Минздрав СССР.

2.4. Министру здравоохранения РСФСР (тов. Потапов А.И.) создать Центральную экспертную комиссию при Горьковском научно-исследовательском институте гигиены труда и профзаболеваний Минздрава РСФСР для решения особо сложных экспертных и конфликтных случаев, возникших при медицинском освидетельствовании водителей и кандидатов в водители при определении их годности к управлению автотранспортными средствами всех категорий, по представлению центров профпатологии, предоставить ей право привлекать в качестве экспертов-консультантов любых специалистов учреждений системы Министерства здравоохранения СССР и АМН СССР, запрашивать любую необходимую для экспертизы документацию.

В случае несогласия заявителям предоставляется право обжаловать ее решение в установленном порядке.

2.5. Горьковскому НИИ гигиены труда и профзаболеваний Министерства здравоохранения РСФСР (тов. Благодатин В.М.) в срок до 01.11.89 разработать Положение о Центральной экспертной комиссии при Горьковском НИИ гигиены труда и профзаболеваний и представить в Министерство здравоохранения СССР.

3. Считать утратившими силу: Приказы Министерства здравоохранения СССР от 29.01.74 N 65, от 03.01.78 N 12, от 03.04.81 N 350 (приложение N 2), от 11.10.82 N 999 (п. 1.1.3.6), от 04.01.83 N 3 (приложение N 2), от 21.05.84 N 572, от 19.06.84 N 700, от 13.06.85 N 796, Инструкцию об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях N 4538, утвержденную 24 декабря 1987 года главным государственным санитарным врачом СССР, Приказ Минздрава СССР от 22.07.85 N 974.

4. Разрешаю размножить Приказ в необходимом количестве экземпляров.

Министр здравоохранения СССР
Е.И.ЧАЗОВ

Приложение 1
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

Согласовано
с Секретариатом ВЦСПС
27 сентября 1989 г. N 20-27

ПЕРЕЧЕНЬ

ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ПРИ РАБОТЕ С КОТОРЫМИ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РАБОТУ
И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ЦЕЛЯХ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <1>
ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОВЕДЕНИИ
ЭТИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И НЕОБХОДИМЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОПРЕДЕЛЕННЫМ
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ В ПРОЦЕССЕ ТРУДА <2>,
МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ДОПУСКУ НА РАБОТУ,
СВЯЗАННУЮ С ОПАСНЫМИ, ВРЕДНЫМИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ
ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ

Приложение 1 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 2
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

Согласовано
с Секретариатом ВЦСПС
27 сентября 1989 г. N 20-27

ПЕРЕЧЕНЬ
РАБОТ <9>, ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КОТОРЫХ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РАБОТУ
И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ТРУДЯЩИХСЯ В ЦЕЛЯХ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ,
ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА <10>, ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ, ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ
И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ,
УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОВЕДЕНИИ ЭТИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
И НЕОБХОДИМЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ <2> ПО ВИДАМ РАБОТ, МЕДИЦИНСКИХ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ДОПУСКУ НА РАБОТУ В ЦЕЛЯХ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздравмедпрома РФ N 280,
Госкомсанэпиднадзора РФ N 88 от 05.10.1995,
[Приказа](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90,
[Приказа](#) Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н)

Подпункты 1 - 3 Приложения 2 утратили силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ N 280,
Госкомсанэпиднадзора РФ N 88 от 05.10.1995.

Подпункты 4 - 10 Приложения 2 утратили силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

NN п/п	Характер проводит-	Пе- риод-	Участие врачей-	Лаб. и функцио-	Мед. противопока- зания в дополне-
-----------	-----------------------	--------------	--------------------	--------------------	---------------------------------------

	ных работ	личность осмотров	специалистов <2>	нальные исследования	ние к общим медицинским противопоказаниям
1	2 - 3	4	5	6	7
11.	Не применяется на территории Российской Федерации с 1 января 2012 года. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н				
12 - 12.1.	Не применяются на территории Российской Федерации с 1 января 2012 года. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н				
12.2.	Мопеды всех типов и марок - категория А	1 раз в 3 года			<p>1. Понижение остроты зрения ниже 0,5 на лучшем глазу и ниже 0,2 на худшем глазу (с коррекцией); отсутствие зрения на одном глазу при остроте зрения ниже 0,8 (без коррекции), на другом.</p> <p>2. Полная глухота (при глухоте, глухонемоте, допуск осуществляется индивидуально с переосвидетельствованием через 2 года).</p> <p>3. Отсутствие верхней конечности или кисти, отсутствие нижней конечности на любом уровне бедра или голени при нарушении подвижности в коленном суставе.</p> <p>4. Заболевания, вызывающие нарушения функций вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм.</p> <p>5. Эпилепсия и заболевания, протекающие с нарколептическими и каталептическими припадками. Синкопальные состояния.</p> <p>6. Психические заболевания при наличии группы инвалидности, в</p>

				остальных случаях индивидуально. 7. Хронический алкоголизм, токсикомании, наркомании допускаются после лечения и снятия с учета.
12.3 - 12.10.	Не применяются на территории Российской Федерации с 1 января 2012 года. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н			
12.11.	Автомобили с ручным управлением для инвалидов всех категорий (инвалиды ВОВ и другие инвалиды из числа военнослужащих, инвалиды труда и с детства)	1 раз в 2 года		1. Хронические заболевания оболочек глаза любой этиологии, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения. 2. Стойкие изменения век (выворот или заворот век, рост ресниц по направлению к главному яблоку, сращения век между собой или глазным яблоком, препятствующие зрению или ограничивающие движение глазного яблока (после оперативного лечения с хорошим результатом могут допускаться). 3. Хронические заболевания слизистой оболочки век, сопровождающиеся ее гипертрофией, инфильтрацией подслизистой ткани. Хронический язвенный блефарит, не поддающийся лечению. 4. Хронические воспаления слезного мешка, свищ, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение. 5. Диплопия. Стойкие параличи или парезы мышц век или глазного яблока. Выраженный нистагм. 6. Заболевания

					<p>сетчатки и зрительного нерва (пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки и др.).</p> <p>7. Глаукома любой стадии, при начальной компенсированной глаукоме, допустимой остроте зрения, нормальном глазном дне допускаются, переосвидетельствование через год.</p> <p>8. Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции и др. Острота зрения определяется с коррекцией (см. п. 12.1):</p> <p>а) острота зрения ниже 0,6 на одном глазу, ниже 0,2 на другом;</p> <p>б) отсутствие зрения на одном глазу, допускаются в порядке исключения при условии, если острота зрения на оставшемся глазу без коррекции 0,8, нормальное поле зрения; переосвидетельствование через год;</p> <p>в) см. п. 12.1;</p> <p>г) см. п. 12.1.</p> <p>9. Ограничение поля зрения более чем на 20 град. в любом из меридианов.</p> <p>10. Стойкая диплопия вследствие косоглазия любой этиологии.</p> <p>11. Хроническое одно- или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, грануляци-</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>ями или полипом (после оперативного лечения вопрос о допуске решается индивидуально).</p> <p>12. Глухота и тугоухость, допускаются при условии сохранения бинокулярного зрения и наличия соответствующей остроты зрения, предъявляемой к водителям данных транспортных средств.</p> <p>13. Заболевания, сопровождающиеся нарушением функции вестибулярного аппарата, при наличии длительной ремиссии вопрос может быть решен индивидуально.</p> <p>14. Доброкачественные новообразования, малоподвижные рубцы, приросшие к подлежащим тканям, значительно затрудняющие движение верхних конечностей (после оперативного лечения с хорошим результатом могут допускаться). Резко выраженные ограничения подвижности шеи различной этиологии.</p> <p>15. Выраженные травматические деформации с наличием неврологической симптоматики, дефекты костей черепа (при наличии незначительных дефектов или деформаций костей черепа и отсутствии неврологической симптоматики - годны).</p> <p>16. Стойкие изменения в крупных суставах, неправильно сросшиеся</p>
--	--	--	--	--	--

переломы, значительно затрудняющие движение, а также стойкие изменения в позвоночнике, нарушающие его движение. Негодны при наличии анкилозов и контрактур обоих тазобедренных суставов, препятствующих возможности сидения, а также при выраженных нарушениях движений конечностей.

17. Отсутствие одной верхней или нижней конечности, кисти или стопы, а также деформации кисти или стопы, значительно затрудняющие их движение.

а) Отсутствие одной нижней конечности или ее сегмента при одновременном отсутствии одной из верхних конечностей не является противопоказанием для управления автомобилем с ручным управлением в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу;

б) отсутствие одной или обеих нижних конечностей (или их сегментов) при наличии здоровых верхних конечностей не является противопоказанием для управления автомашиной с ручным управлением.

18. Отсутствие пальцев или фаланг, а также неподвижность в межфаланговых суставах. Отсутствие большого и

указательного пальцев на обеих кистях или полное сведение хотя бы одного пальца (контрактура в порочном положении) на обеих кистях является противопоказанием к допуску.

19. Хронические заболевания легких и плевры (не туберкулезной этиологии), сопровождающиеся легочной и сердечно - сосудистой недостаточностью II ст. Состояние после резекции легкого, деформации грудной клетки и позвоночника со значительным нарушением функции органов грудной клетки (вопрос о допуске решается индивидуально).

20. Врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии - решается индивидуально, так же, как у лиц, перенесших операцию на сердце или крупных магистральных сосудах, с имплантированными искусственными водителями ритма сердца допускаются индивидуально.

21. Болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит и др.). Нарушение ритма сердечной деятельности любой этиологии (групповая экстрасистолия, мерцательная аритмия и др.). Хроническая ишемическая болезнь сердца, состояние после перенесенного ин-

фаркта миокарда - вопрос решается индивидуально, за исключением лиц со стенокардией покоя.

22. Гипертоническая болезнь III ст., вопрос о допуске лиц с гипертонической болезнью II ст. решается индивидуально, при условии ежегодного переосвидетельствования.

23. Болезни крови и кроветворных органов, вопрос о допуске решается индивидуально при отсутствии анемического синдрома.

24. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями. Решение принимается индивидуально на основании заключения эндокринолога: при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям негодны.

25. 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, синкопальные состоя-

12.12.	Мотоколяски для инвалидов	1 раз в 2 года			<p>ния.</p> <p>25. б) См. п. 29. б) - 12.1.</p> <p>26. Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики - вопрос о допуске решается индивидуально.</p> <p>27. 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).</p> <p>28. Рост ниже 150 см (вопрос решается индивидуально), резкое отставание физического развития.</p> <p>1. Глазные заболевания: стойкие параличи и парезы мышц века или глазного яблока, нарушение бинокулярного зрения. Атрофия зрительного нерва, пигментный ретинит, отслойка сетчатки. Глаукома развития с некомпенсированным глазным давлением. Часто рецидивирующие хронические заболевания конъюнктивы век и глазного яблока, поражения роговой оболочки, трудно поддающиеся лече-</p>
--------	---------------------------	----------------	--	--	---

нию. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу, ниже 0,2 на другом. При отсутствии зрения на одном глазу требуется зрение на другом не ниже 0,8 с коррекцией при нормальном поле зрения. Рефракционные операции и искусственный хрусталик при отсутствии осложнений и остроте зрения не ниже указанной не являются противопоказанием.

2. Глухота и тугоухость, допускаются при условии сохранения бинокулярного зрения, наличия соответствующей остроты зрения, предъявляемой к водителям данных транспортных средств.

3. Хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия покоя. Пороки сердца с недостаточностью кровообращения III ст., II ст. допускаются в индивидуальном порядке.

4. Гипертоническая болезнь III ст., вопрос о допуске лиц с гипертонической болезнью II ст. решается индивидуально.

5. Тяжелые формы хронических заболеваний легких с легочно - сердечной недостаточностью II - III ст.

6. Отсутствие или значительное ограничение движения обеих верхних конечностей:

а) контрактуры,

13.1 -	Не применяются на	территории	Российской Федерации с	<p>анкилозы, тугоподвижность кисти и пальцев обеих верхних конечностей, исключаящие или ограничивающие функции захвата кистей и удерживания предметов;</p> <p>б) контрактуры, тугоподвижность или анкилозы даже в функционально - выгодном положении в обоих плечевых, обоих локтевых или обоих лучезапястных суставах;</p> <p>в) отсутствие на обеих кистях большого и указательного пальцев. Отсутствие одной руки не является противопоказанием, но единственная верхняя конечность должна быть функционально полноценной.</p> <p>7. Эндокринные заболевания со стойкими и выраженными нарушениями. Решение принимается индивидуально на основании заключения эндокринолога: при течении заболевания с расстройствами сознания, склонностью к коматозным состояниям негодны.</p> <p>8а. Хронические психические заболевания с выраженными изменениями личности. Во всех остальных случаях индивидуально. Эпилепсия, синкопальные состояния.</p> <p>8б. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании. Вопрос о допуске решается индивидуально.</p>
--------	-------------------	------------	------------------------	--

13.14.	1 января 2012 года. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н
--------	--

<*> Для водителей всех категорий (12.1 - 12.12): стажированные (профессионалы, проработавшие в данной профессии не менее 3 лет, непосредственно предшествующих медицинскому освидетельствованию: любители - имеющие право на управление транспортными средствами 3 и более лет) водители профессионалы - инвалиды <17> 1 раз в год; водители, достигшие 55-летнего возраста (женщины 50-летнего возраста) 1 раз в 2 года; инвалиды Великой Отечественной войны, другие инвалиды из числа военнослужащих, инвалиды труда 1 раз в 2 года <18>; в отдельных случаях, при наличии медицинских показаний, а также при индивидуальном подходе к допуску срок переосвидетельствования сокращается, но не менее чем до одного года; при индивидуальном подходе участие специалистов обязательно, решение принимается комиссионно; по решению администрации предприятия, а также Госавтоинспекции, сроки переосвидетельствования водительского состава в целом могут быть сокращены (обязательно обоснование); администрация, а также Госавтоинспекция, имеют право направить водителя в индивидуальном порядке на досрочное переосвидетельствование (обязательно указание причин).

<***> В настоящее время действует Приказ Минздрава СССР N 1089 от 13.08.86 "Об усилении борьбы с гельминтозами в стране".

Примечания к п. 13. Не применяются на территории Российской Федерации с 1 января 2012 года. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н.

Начальник Главного управления
организации медицинской
помощи Минздрава СССР
В.И.КАЛИНИН

Начальник Управления
специализированной медицинской
помощи Минздрава СССР
А.Н.ДЕМЕНКОВ

Начальник Главного
санитарно-профилактического
управления Минздрава СССР
В.И.ЧИБУРАЕВ

Начальник Главного управления
охраны материнства и детства
Минздрава СССР
В.А.АЛЕКСЕЕВ

ПРИМЕЧАНИЯ
К ПРИЛОЖЕНИЯМ 1 И 2 ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СССР N 555 ОТ 29 СЕНТЯБРЯ 1989 Г.

Утратили силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 3
к Приказу Министерства

здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

Согласовано
с Секретариатом ВЦСПС
27 сентября 1989 г. N 20-27

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ
ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РАБОТУ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ ТРУДЯЩИХСЯ И МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ВОДИТЕЛЕЙ
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

Приложение 3 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 4
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

**СПИСОК
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ВВЕДЕННОЙ ПРИКАЗАМИ
МИНЗДРАВА СССР ОТ 04.10.80 N 1030 И 04.01.83 N 3,
ПОДЛЕЖАЩЕЙ ДАЛЬНЕЙШЕМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ
В ИЗМЕНЕННОЙ РЕДАКЦИИ**

Приложение 4 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 5
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

**СПИСОК
ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ,
ИСКЛЮЧЕННОЙ ИЗ ПЕРЕЧНЯ ФОРМ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗАМИ
МИНЗДРАВА СССР ОТ 22.07.85 N 974 И ОТ 04.01.83 N 3**

Приложение 5 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 6
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

Согласован
с Секретариатом ВЦСПС

27 сентября 1989 г. N 20-27

СПИСОК
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Приложение 6 утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 7
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Положение о порядке проведения диспансеризации больных профессиональными заболеваниями является частью (дополнительным разделом) Инструкции по диспансеризации больных, практически здоровых и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) - [приложение N 9](#) к Приказу Министерства здравоохранения СССР от 30.05.86 N 770.

На диспансерный учет должны быть взяты все больные профессиональными заболеваниями, включая лиц с начальными, клинически мало выраженными формами профессиональных заболеваний.

В системе диспансеризации больных профессиональными заболеваниями особое значение имеет рациональное трудоустройство, являющееся обязательной составной частью реабилитации больных.

В целях профилактики прогрессирования профессиональных заболеваний и развития осложнений все больные с выраженными формами профессиональных заболеваний должны ежегодно получать курсовое лечение в профпатологических стационарах (центрах профпатологии).

Больные с профессиональными заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению в течение всей жизни.

Больные, подлежащие наблюдению у специалистов, не предусмотренных данным Положением, наблюдаются в соответствии с действующими рекомендациями.

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗАМИ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
I. Подозрение на пневмокониоз (0 - 1)	1 раз в год	Отоларинголог, по показаниям фтизиатр	Крупнокадровая флюорография 1 раз в год, анализ крови, мочи, мокроты, спирография, ЭКГ. По показаниям рентгенография томография, бронхоскопия	Режим, ЛФК с дыхательным комплексом, физиотерапия, увлажняющие и другие ингаляции. Адаптогены, витамины. Профилактический 1 раз в год. Курортное лечение. Санация очагов хронической инфекции	Отсутствие прогрессирования начальных признаков пневмосклероза, заболеваний верхних дыхательных путей и бронхолегочного аппарата. Сохранение трудоспособности	Трудоспособны в своей профессии при динамическом наблюдении и профилактическом лечении
II.						

Пневмокоз (неосложненный)						
1. Диффузно-склеротическая форма (I)	2 раза в год	Фтизиатр, отоларинголог и др. по показаниям	Рентгенография легких. Крупнокадровая флюорография 1 раз в год. Анализ крови, мочи, мокроты. Спирография, ЭКГ. По показаниям обследование в стационаре	Индивидуальный режим. ЛФК с дыхательными комплексами, ингаляции, физиотерапия, адаптогены, витамины, профилактический - 1 раз в год, курортное лечение. Санация очагов хронической инфекции	Стабилизация патологического процесса, сохранение трудоспособности. Отсутствие осложнений. Уменьшение времени нетрудоспособности	Трудоспособны вне контакта с пылью, веществами раздражающего и токсического действия. Лицам в возрасте до 40 лет показана переквалификация с временной компенсацией материального ущерба через ВТЭК
2. Узелковая форма (I - II)	2 раза в год	Отоларинголог 2 раза в год. Фтизиатр 1 раз в год. По прогрессированию, слиянии узелков, появлении узловых форм (А, В, С) обследование в противотуберкулезном диспансере. По показаниям онколог	Рентгенография легких 1 раз в год, по показаниям томография. Анализ крови - 2 раза в год, мочи, мокроты. Спирография 2 раза в год, ЭКГ - 2 раза в год	Индивидуальный режим, ЛФК, преимущественно дыхательный комплекс, по показаниям физиотерапия, ингаляции, профилактический 1 раз в год. Курортное лечение в санаториях легочного профиля. Санация очагов хронической инфекции	Те же	Трудоспособность ограничена. Противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия, связанная с тяжелым физическим трудом и в подземных условиях. Больные направляются на ВТЭК. Степень утраты трудоспособности определяется в зависимости от формы прогрессирования заболевания и степени легочной недостаточности
III. Пневмокоз (осложненный)						
1. Конiotуберкулез без деструкции (очаговый, инфильтративный, диссеминированный), узловой (А, В, С). Конiotуберкулезный бронхоаденит	После острого периода 3 раза в первый год, затем 2 раза в год пожизненно	Фтизиатр, отоларинголог, по показаниям онколог	При активном туберкулезе стационарное лечение, после острого периода рентгенография 1 раз в год, томография (по показаниям), бронхоскопия по показаниям. Анализ крови, мочи, мокроты на ВК методом посева, ЭКГ - 2 раза в год	В острый период не менее 4 мес., лечение в противотуберкулезном стационаре, затем в санатории 10 - 12 мес., при затихании активности наблюдение и противорецидивное лечение 2 раза в год не менее 2 месяцев в противотуберкулезном диспансере или санатории	Положительная динамика патологических изменений в легких за счет затихания туберкулезного процесса. Стабилизация патологического процесса в легких. Отсутствие дополнительных осложнений. Уменьшение времени нетрудоспособности	При всех формах туберкулеза противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия в подземных условиях, связанная с тяжелым физическим трудом. Больные направляются на ВТЭК. После затихания активности процесса трудоустройство индивидуальное
2. Конiotуберкулез с деструкцией (очаговый, инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный, узловой (А, В, С) массивный	После основного курса терапии в 1-й год - диссеминированный, 3 раза, затем не менее 2 раз в год пожизненно	Фтизиатр, отоларинголог, по показаниям онколог	Стационарное лечение. При затихании активности рентгенография и томография (по показаниям), по показаниям бронхоскопия. Анализ крови, мочи, мокроты на ВК методом посева, ЭКГ	В остром периоде стационарное лечение по основному курсу 6 - 8 мес. до исчезновения ВК в мокроте. В дальнейшем до полутора - двух лет. После затихания активности наблюдение и противорецидивное лечение 2 раза в год в течение 2 - 3 месяцев в противотуберкулезном диспансере или санатории. Санация очагов хрон. инфекции	Те же	Трудоспособность больных определяется тяжестью сочетанного процесса и эффективностью лечения (см. конiotуберкулез 1 гр.), во всех случаях противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия, в подземных условиях, связанная с тяжелым физическим трудом. Больные направляются на ВТЭК
3. Пневмокоз, осложненные хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, зимний поликистозными	Не менее 2 раз в год, пред-почти-тельно в осенне-зимний период и	Пульмонолог, отоларинголог, фтизиатр, аллерголог и онколог по показаниям	Рентгенография 1 раз в год. Томография, РСПГ по показаниям. Анализ крови, мочи, мокроты (общий, на ВК,	Режим индивидуальный. Санация очагов хронической инфекции, ЛФК с дыхательным комплексом в зависимости от выраженности	Стабилизация патологического процесса в легких. Удлинение периода ремиссии осложнений. Уменьшение времени нетрудоспособности	Противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия, связанная с

изменениями и бронхоэктазиями, другими процессами в легких, оперативными вмешательствами на органах дыхания	весенний период	на чувствительность к антибиотикам). Спирография при отсутствии противопоказаний. По показаниям иммунологическое исследование крови, определение протеолитической активности крови, бронхоскопия	легочно-сердечной недостаточности, ингаляции, физиотерапия, адаптогены, массаж, витамины. Профилакторий 2 раза в год, курортное лечение в санаториях легочного профиля. При обострении заболевания лечение в профпатологическом, пульмонологическом стационаре	тяжелым физическим трудом и подземные работы. Больные направляются на ВТЭК. Степень утраты трудоспособности определяется в зависимости от формы осложнения и степени легочно-сердечной недостаточности
---	-----------------	--	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ АСБЕСТОЗОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
1. Асбестоз без выраженных функциональных изменений (0 - 1) и обострения заболевания не чаще, чем 1 раз в год	2 раза в год	Отоларинголог, стоматолог, фтизиатр, онколог по показаниям	Рентгенография 1 раз в год, спирография, общий анализ крови, мокроты, ЭКГ 1 раз в год, по показаниям томография, бронхоскопия, реопульмонография	Режим, ЛФК, физиотерапия, оксигенотерапия, лечение в профилактории 2 раза в год, санаторно-курортное лечение 1 раз в год	Отсутствие прогрессирования начальных признаков асбестоза. Отсутствие осложнений. Уменьшение времени нетрудоспособности	Трудоспособны вне контакта с асбестом, веществами раздражающего и сенсibilизирующего действия. Лицам до 40 лет показана переквалификация с временной компенсацией материального ущерба через ВТЭК
2. Асбестоз, осложненный туберкулезом, пневмонией, легочной и легочно-сердечной недостаточностью	2 раза в год, по показаниям чаще	Фтизиатр 2 раза в год, отоларинголог, стоматолог 1 раз в год, по показаниям онколог	Рентгенография 1 раз в год, спирография 2 раза в год, по показаниям томография, бронхоскопия с трансбронхиальной биопсией, цитология мокроты. Общий анализ крови, мокроты на микрофлору, газы крови, ЭКГ, по показаниям репульмонография	Профилактическое противоречивое лечение в санатории-профилактории 2 раза в год, назначаемое индивидуально с учетом клиники и преобладающего клинического синдрома (отхаркивающие, десенсибилизирующие, укрепляющие стенку сосудов легких препараты, витаминотерапия, кислородотерапия, использование тепловлажных или масляных ингаляций, физиотерапия. Больным асбестозом III стадии обязательно лечение в условиях профпатологического стационара. При обострении заболевания лечение в стационаре дифференцировано в зависимости от степени	Стабилизация патологического процесса в легких. Положительная динамика за счет затихания туберкулезного процесса в легких. Уменьшение временной нетрудоспособности	Противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия, связанная с тяжелым физическим трудом. Больные направляются на ВТЭК

				выраженности болезни и клинически преобладающего синдрома общеизвестными при этих состояниях комплексами (бронхоспазмолитики, отхаркивающие средства и протеолитические ферменты, дыхательная гимнастика, физиопроцедуры, гипербарический кислород, антибиотики, кортикостероиды, курсы противотуберкулезной терапии по показаниям		
--	--	--	--	--	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ БЕРИЛЛИОЗОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
1. Бериллиоз I - III стадии	При минимальной степени активности 2 раза в год, при активно текущем процессе 4 раза в год, в стадии ремиссии после перенесенных сопутствующих заболеваний, операций, травм 4 раза в течение последующего года	ЛОР-врач, стоматолог, гинеколог, 2 раза в год, по показаниям	Клинический анализ крови 2 - 4 раза в год, при применении кортикостероидов ежемесячно Р-графия органов грудной клетки 1 раз в год, по показаниям дополнительные рентгенологические исследования, биохимическое исследование (белковые фракции, фибриноген) не реже 2 раз в год, ЭКГ 1 - 2 раза в год, ФВД (спирометрия, оксигеметрия) 2 раза в год	Медикаментозное лечение (главным образом кортикостероид, делагил в индивидуально подобранных дозах) при явл. легочно - сердечной недостаточности симптоматич. терапия в условиях стационара	Стабилизация процесса или его регресс, сохранение трудоспособности или изменение группы инвалидности. Уменьшение нетрудоспособности	При минимальной степени активности трудоспособен вне контакта с пылью, токсическими веществами, противопоказана работа, связанная с физической нагрузкой, в неблагоприятных метеорологических условиях
2. Бериллиоз I - II степени в стадии ремиссии	1 - 2 раза в год	То же	То же 1 раз в год	Поддерживающая терапия (делагил, симптоматическая терапия по показаниям. Санация очагов инфекции. Санаторное реабилитационное лечение	Стойкая ремиссия. Сохранение трудоспособности	Трудоспособен вне контакта с пылью, токсическими веществами. Противопоказана работа, связанная с физической нагрузкой, в неблагоприятных метеорологических условиях

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ (ХБ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ЭТИОЛОГИИ (ПЫЛЕВЫМ, ТОКСИЧЕСКИМ, ТОКСИКО-ПЫЛЕВЫМ)**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
ХБ-латентная стадия, ХБ - I стадия	2 раза в год	ЛОФ, профпатолог - 1 раз в год	Рентгенография 1 раз в год, Нв, Л, РОЗ - 1 раз в год. Спирография - 2 раза в год, по показаниям - проба с сальбутамолом, бронхофиброскопия	Улучшение условий труда. Ежегодные лечебно-профилактические курсы амбулаторно или в санатории - профилактории (ингаляция щелочных или других средств с учетом состояния верхних дыхательных путей, адаптогены, витамины, кислородотерапия, ЛФК, ФТ (УФО, гидро- и электротерапия, массаж), санация очагов хронической инфекции ВДП, санаторно-курортное лечение	Улучшение состояния здоровья, показателей ФВД, отсутствие обострений и прогрессирования заболевания	Трудоспособность в своей профессии сохранена при систематическом наблюдении и проведении лечебно-оздоровительных мероприятий
ХБ II - III степени	2 и более раза в год в зависимости от тяжести процесса и частоты обострений	ЛОФ, профпатолог - 1 раз в год, пульмонолог - 1 раз	Рентгенография 1 раз в год, Нв, Л, РОЗ, ЭКГ, спирография соответственно кратности осмотра, проба с сальбутамолом, бронхоскопия - по показаниям	Рациональный режим труда и отдыха. Противорецидивная терапия 2 раза в год, желателен в осенне - весенний периоды амбулаторно или в санатории-профилактории. Лечение в стационаре - 1 раз в год. Санаторно-курортное лечение	Улучшение клинических и функциональных показателей, уменьшение частоты и длительности обострений, уменьшение длительности временной нетрудоспособности	Трудоустройство вне контакта вредных факторов. Переквалификация с определением % утраты трудоспособности или группы инвалидности. В зависимости от тяжести заболевания - ограниченно трудоспособны или нетрудоспособны
Хронический астматический бронхит	2 - 3 раза в зависимости от частоты обострения, тяжести процесса	ЛОФ, аллерголог, профпатолог 1 раз в год	- " - + постановка аллергологических проб		- " -	- " -

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
1. Профессиональная бронхиальная	2 раза в год	Осмотр дерматолога и отоларинго-	Анализ крови общий, анализ мокроты,	Непрерывное отстранение больных от	Урежение приступов удушья или полное	1. Трудоустройство без потери

астма атопического типа (легкого течения). Подлежат учету в течение 1-го года после трудо- устройства		лога. Аллерголог, гинеколог, психоневролог и эндокринолог по показаниям	спирография, рентгенография 1 раз в год, ЭКГ, аллерги- логическое обследование, анализ мочи, бронхоскопия по показаниям. Дополнительно специфические иммунологиче- ские тесты (РСК, РОК-ал.) - 1 раз в год	контакта с профессиональными факторами. Исключение высокоаллергенных продуктов из питания. Лечение антибиотиками с учетом переносимости больного. Вакцинация - противопоказана. Рекомендуется иглорефлексотера- пия, лечебный микроклимат, психотерапия, санаторно- курортное лечение - " - При наличии признаков инфекционно- воспалительных изменений - лечение антибиотиками с учетом переносимости больных. По показаниям - стероидные препараты. Исключение высокоаллергенных продуктов из питания. Вакцинация - противопоказана. Рекомендуется иглорефлексотера- пия, лечебный микроклимат, психотерапия, санаторно- курортное лечение - " -	прекращение. Снижение временной нетрудоспособнос- ти	квалификации 2. При снижении заработка в молодом возрасте - определение % утраты трудоспособности на время переквалификации
2. Профес- сиональная бронхиальная астма с сочетанной химической и бактериальной аллергией (средней степени тяжести)	3 раза в год	Те же, что и при атопиче- ской профес- сиональной бронхиальной астме	Те же лабораторно- диагностиче- ские исследования (2 раза в год). Иммунологиче- ские специфические тесты (РСК, РОК-ал.) - 1 раз в год	Урежение приступов удушья, улучшение показ. функции дыхания. Снижение временной нетрудоспособнос- ти, снятие или снижение группы инвалидности	Трудоустройство вне контакта с этиологическими профессиональными факторами. Определение % утраты трудоспособности и группы инвалидности в зависимости от частоты приступов удушья, наличия ремиссии и степени выраженности дыхательной недостаточности	
3. Хронический астматический бронхит	3 раза в год	Те же	Те же	- " -	- " -	- " -
4. Профес- сиональная бронхиальная астма тяжелого течения	4 - 5 раз в год	Те же	Те же - 2 раза в год. При приеме гормонов - анализ мочи на сахар 2 раза в год	Те же, что и в 3-й группе. Дополнительно - лечение в стационаре 1 - 2 раза в год	Те же, что в первых 3-х группах	Нетрудоспособен, определение 2-й и 1-й групп инвалидности по показаниям
5. Профес- сиональная бронхиальная астма в стадии ремиссии (после трудо- устройства)	1 раз в год	Те же	Специфические иммунологиче- ские исследования 1 раз. Спирография, ацетилхолино- вый тест - 1 раз, анализ мочи, крови (развернутый), анализ мокроты (если есть)	Те же, что и в 1-й группе. Лечебные мероприятия - только по показаниям	Отсутствие приступов удушья	Трудоспособность вне контакта с профессиональными аллергенами. Переквалификация, если это невозможно, - определение % утраты трудоспособности

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ СВИНЦОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специаль- ностей	Наименование и частота лабораторных и других диа- гностических исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7

Хроническая интоксикация свинцом - начальная форма	2 раза в год. Второй осмотр после проведения лечения с использованием ТБЛ	Невропатолог 1 раз в год	Анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, РОЭ, ретикулоциты, эритроциты с базофильной зернистостью - 2 раза в год. Анализ мочи на КП или АЛК 2 раза в год	Обучение навыкам здорового образа жизни. После первичного установления диагноза проведение курса выделительной терапии, пероральный прием Д-ПАМ в дозе 450 - 600 мг в день в течение 10 - 14 дней амбулаторно в условиях санатория-профилактория с использованием ТБЛ. Применение специально разработанного рациона. Лечение проводится под контролем врача, анализов крови и показателей порфиринового обмена	Улучшение лабораторных показателей. Перевод в группу ДП диспансерного наблюдения	Временный перевод на работу вне контакта со свинцом сроком на 1 - 2 месяца с использованием ТБЛ. При регрессии лабораторных изменений возвращение на прежнюю работу
- легкая форма	1 раз в год	Невропатолог, 1 раз в год, повторный	Анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, ретикулоциты, эритроциты с базофильной зернистостью 1 раз в год, анализ мочи: на АЛК или КП 1 раз в год	Обучение навыкам здорового образа жизни. Лечение в стационаре - 1 раз в год, проведение выделительной терапии, физиотерапевтического лечения, использование специальных рационов питания. Симптоматическая терапия. Пребывание в санатории-профилактории. Санаторно-курортное лечение (Пятигорск, Мацеста и др.)	Отсутствие прогрессирования. Улучшение клинических и лабораторных показателей. Уменьшение частоты рецидивов. Снятие группы инвалидности или уменьшения % утраты трудоспособности. Перевод в группу ДП диспансерного наблюдения	После лечения рекомендуется временное отстранение больного от контакта со свинцом на 1 - 2 месяца с последующим возвращением (при нормализации лабораторных показателей) на прежнюю работу при условии ДН. При рецидивах интоксикации, стойких изменениях нервной системы направление на ВТЭК для определения % утраты профессиональной трудоспособности
- выраженная форма	1 раз в год	Невропатолог 1 раз в год	Анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, ретикулоциты, эритроциты с базофильной зернистостью 1 раз в год. Анализ мочи на АЛК или КП 1 раз в год, ЭМГ	Лечение в стационаре. Проведение выделительной терапии 1 раз в год, по показаниям чаще. После выписки из стационара выполнение рекомендаций специализированного профпатологического учреждения (физиотерапевтическое лечение, санаторно-курортное лечение в санаториях Пятигорска, Мацесты, Серноводска, применение специально разработанного рациона питания)	Отсутствие прогрессирования. Улучшение клинических и лабораторных показателей. Уменьшение частоты рецидивов	Прекращение контакта со свинцом и другими токсическими веществами. Переквалификация. На период получения новой специальности определение % утраты профессиональной трудоспособности или группы инвалидности по профессиональному заболеванию через ВТЭК

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ

С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ОРГАНИЧЕСКИМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ (ГРУППА АРОМАТИЧЕСКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ)

(В связи с отсутствием единой классификации хронической интоксикации органическими растворителями перечисляются основные клинические синдромы. Диагноз интоксикации устанавливается при наличии двух и более перечисленных синдромов.)

Нозологическая форма	Кратность осмотров	Участие специалистов	Наименование лабораторных и функциональных исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Легкая форма а) изменения крови (цитония, легковывраженная, анемия, нормохромная гипорегенераторная) б) неврологические изменения (астено-вегетатив. астеноневротич. с-м, вегетат, сосудистые расстройства, вегетативная полиневропатия) Выраженная форма интоксикации: изменение крови, анемия гипорегенераторная, депрессия, кроветворения, геморрагический синдром, гемолитический синдром. Нарушения нервной системы: выраженные формы вегетативных расстройств с наличием микроочаговой симптоматики. Изменение функциональных печеночных показателей	2 раза в год 2 раза в год	Невропатолог 2 раза в год Гематолог (по показаниям), невропатолог 2 раза в год, гинеколог - 2 раза в год	Клинический анализ крови, эритроциты, цветной показатель, лейкоцитарная формула, тромбоциты, ретикулоциты. Геморрагический синдром железо сыв. крови. Функцион. показатели печени (по показаниям), ЭКГ 1 раз в год. Глазное дно (по показаниям) Клинический анализ крови: эритроциты, цветной показатель, лейкоцитарная формула, тромбоциты, ретикулоциты, коагулограмма, ЭКГ, функциональные печеночные показатели (по показаниям)	Проведение лечения: общеукрепляющее, гемостимулирующее витаминами, препаратами железа, фитотерапия, ЛФК, бальнеофизиолечение амбулаторно или в условиях санатория-профилактория. Лечебно-профилактические комплексы определяются в зависимости от ведущего клинического синдрома Ежегодно лечение в специализированном профпатологическом отделении и в санатории-профилактории. Лечебно-профилактические комплексы определяются в зависимости от ведущего клинического синдрома	Улучшение клинико-лабораторных показателей, перевод в группу Д-II Отсутствие прогрессирования. Положительная динамика клинико-лабораторных показателей	Временный перевод на работу вне контакта с ОР. При регрессии клинико-лабораторных симптомов возможно возвращение на прежнюю работу. При наличии стойких гематологических сдвигов нуждается в прекращении контакта с ОР, рациональном трудоустройстве, переквалификации (особенно в молодом возрасте) Прекращение работы в контакте с ОР. Рациональное трудоустройство, переквалификация. На период получения новой специальности определение % утраты профессиональной трудоспособности или группы инвалидности по профессиональному заболеванию через ВТЭК

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ НИТРОПРОИЗВОДНЫМИ ТОЛУОЛА

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству

1	2	3	4	5	6	7
Начальная форма хронической интоксикации ТНТ (снижение Нв ниже 120 г/л у мужчин, 110 г/л у женщин), начальная профессиональная катаракта 1 - 2 степени, начальные явления полинейропатии рук	1 раз в год	Невропатолог, офтальмолог 1 раз в год, гинеколог по показаниям	Анализ крови клинический, определение ретикулоцитов, телец Гейнца. Определение АСТ, АЛТ, билирубина, В - липопротеидов (по показаниям). Исследования преломляющих сред глаза щелевой лампой 1 раз в год	Общеукрепляющая терапия, гемостимуляторы: витамины, препараты железа, ЛФК, бальнео- и физиотерапия амбулаторно и 1 раз в год в условиях санатория-профилактория. Инстилляционная витаминная капель в глаза, капель с препаратами иода, оксигенотерапия	Улучшение клинко-лабораторных проявлений интоксикации	Трудоспособен в своей профессии. Временный перевод на работу вне контакта с ТНТ с использованием ТБЛ для лечения
Выраженная форма хронической интоксикации ТНТ: а) выраженная профессиональная катаракта IV степени, прогрессирующая, осложненная катаракта (изолированное поражение глаз со снижением зрения) б) сочетанная форма интоксикации: профессиональная катаракта, токсический гепатит, полинейропатия рук, анемия	1 раз в год	Окулист	Исследование преломляющих сред глаза щелевой лампой 1 раз в год. Клинический анализ крови с определением ретикулоцитов и телец Гейнца. Исследование АСТ, АЛТ, ЩФ, билирубина, холестерина, В - липопротеидов. Биомикроскопия хрусталика	Общеукрепляющее лечение, витаминотерапия, лечение в санатории-профилактории. Проведение курса общеукрепляющей терапии, патогенетическая и симптоматическая терапия в зависимости от ведущего клинического синдрома. Лечение в специализированном профпатологическом отделении 1 раз в год	Уменьшение частоты рецидивов, отсутствие прогрессирования. Изменение группы инвалидности, уменьшение % утраты трудоспособности	Прекращение контакта с ТНТ. Рациональное трудоустройство. Переквалификация. На период получения новой специальности определение % утраты профессиональной трудоспособности через ВТЭК. При прогрессирующих осложненных формах определение группы инвалидности по профессиональному заболеванию

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-НЕВРОПАТОЛОГОМ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНТОКСИКАЦИЯМИ
(МАРГАНЕЦ, РТУТЬ И ДР.)**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмтры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Начальная стадия хронических нейротоксикозов: а) астенический синдром б) астено-вегетативный в) астено-невротический г) синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии	Невропатолог 2 раза в год	Психоневролог, терапевт, офтальмолог, гинеколог, стоматолог, отоларинголог по показаниям	Анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи на ртуть (при интоксикации ртутью), ЭКГ, ЭМГ (Mn), исследование глазного дна и ЭЭГ по показаниям	Лечение 2 раза в год (весенне-осенний период). Общеукрепляющая терапия, психотерапия, массаж, ЛФК. Медикаментозная терапия (седативные препараты), препараты, улучшающие метаболизм и центральную гемодинамику. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение	Регресс патологических расстройств	Прекращение контакта. Рациональное трудоустройство

Выраженная стадия хронических нейротоксикозов: а) синдром токсической энцефалопатии с преимущественным поражением гипоталамостволовых структур - стриопалидарных структур (марганцевый паркинсонизм) б) синдром энцефаломиелопативерита	Невропатолог, профпатолог 2 раза в год. Психоневролог 1 раз в год	Терапевт, окулист, гинеколог 1 раз в год. При необходимости эндокринолог, отоларинголог, стоматолог	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, липиды, сахар, холестерин, белки. При необходимости исследование медиаторного обмена (катехоламины, глюкокортикоиды), ЭЭГ, ЭМГ, ЭКГ, глазное дно 1 раз в год. Поля зрения по показаниям Р - графия черепа 1 раз в год. Р - графия шейн. отд. позвонков по показаниям. Лицам, получающим Л-допа 2 - 3 раза в год исследование ретикулоцитов в крови. Психологическое тестирование	Лечение в условиях неврологического стационара (желательно, специализированного профпатологического) и амбулаторно в весенне-осенний период (всего 2 раза в год). Препараты, улучшающие метаболизм головного мозга, церебральную гемодинамику. При экстрапирамидной недостаточности препараты Л-допа, мидагам, медопар, холинолитики. Назначение транквилизаторов и антидепрессантов строго индивидуально с тщательным подбором доз. Психотерапия, рефлексотерапия. Дифференцировано физиолечение. Санаторно-курортное лечение (средняя полоса)	Частичный регресс патологических расстройств. Стабилизация процесса. Медленное прогрессирование.	Рациональное трудоустройство. Снижение работоспособности, направление на ВТЭК (III группа инвалидности). Нетрудоспособен. Или I группа инвалидности. Критерии полной утраты трудоспособности: частота диэнцефальных кризов, выраженность психических расстройств и глубина астении, степень двигательных нарушений при хронической интоксикации марганцем
---	---	---	---	---	--	---

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ МЕТИЛОВЫМ ЭФИРОМ
МЕТАКРИЛОВОЙ КИСЛОТЫ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Хроническая профессиональная интоксикация метиловым эфиром метакриловой кислоты. Начальная форма (нейроциркуляторная дистония, вегетативная полиневропатия). Выраженная форма - полинейропатия, астено-органический синдром, функциональные нарушения печени. (Возможны цитопенические реакции.)	1 раз в год	Невропатолог, отоларинголог, дерматовенеролог 1 раз в год. Онколог по показаниям	Общий анализ крови, холестерин в крови, ЭКГ, анализ желудочного сока 1 раз в год. Фиброгастроскопия, рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта по показаниям	Лечение в специализированном профпатологическом отделении 1 раз в год. Симптоматическая терапия отдельных проявлений хронической интоксикации и ее последствий. Санаторно-курортное лечение на курортах общесоматического профиля, для лечения болезней нервной системы, органов кровообращения, пищеварительного тракта. Организация лечебно-оздоровительного питания на базе санаториев-	Улучшение клинических и лабораторных проявлений интоксикации. Отсутствие прогрессирования, уменьшение частоты рецидивов, изменение группы инвалидности	Рациональное трудоустройство вне контакта с нейротропными ядами. Прекращение контакта с ММА. Переквалификация на период получения новой специальности, определение % утраты трудоспособности или группы инвалидности по профессиональному заболеванию через ВТЭК

				профилактиков, заводских столовых (столы 1, 2, 4, 5, 7), разработанные институтом питания АМН СССР		
--	--	--	--	--	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ВИНИЛХЛОРИДОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Хроническая профинтоксикация винилхлоридом (винилхлоридная болезнь - синдром Рейно, вегетативно-сосудистая дисфункция с вегетативными кризами, трофические нарушения кожи и кистей рук, остеолит ногтевых фаланг диффузный остеопороз дистальных отделов конечностей, астено-невротический синдром, полиневропатия)	1 раз в год	Невропатолог 1 раз в год, другие специалисты по показаниям	1 раз в год общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин в крови, холестерин в крови, АСТ, АЛТ, ЭКГ. По показаниям рентгенография кистей рук, анализ желудочного сока, исследование глазного дна	Лечение в специализированном профпатологическом стационаре 1 раз в год. Симптоматическая терапия отдельных проявлений интоксикации и ее последствий (направленная на улучшение метаболизма и микроциркуляции в нервной ткани). Санаторно-курортное лечение предпочтительно в той же климатической зоне	Отсутствие прогрессирования, уменьшение частоты рецидивов	Прекращение контакта с винилхлоридом. Переквалификация. Определение % утраты профессиональной трудоспособности через ВТЭК. При прогрессирующих и осложненных формах определение группы инвалидности по профессиональному заболеванию

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ФЛЮОРОЗОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Флюороз I стадии (докостная стадия, изменения слизистой в/д путей, полости рта, крапчатость зубов, функциональные изменения)	2 раза в год (1 из них в период профосмотра)	Стоматолог, невропатолог, офтальмолог, ортопед (по показаниям)	Общий анализ крови, мочи 1 раз в год. Исследование основных функциональных печеночных показателей, ЭКГ, Р-скопия, ЖКТ, анализ желудочного сока,	Оздоровление в условиях санатория-профилактория с использованием трудового б/л: режим, диета, общеукрепляющие мероприятия, бальнеотерапия. Медикаментозная терапия	Улучшение клинических и лабораторных показателей	В своей профессии трудоспособны. Временный перевод на работу вне контакта с фтором с использованием ТБЛ для лечения

желудочно-кишечного тракта)			гастроскопия по показаниям. Р-графия костей голени и предплечий - 1 раз в 2 года	по показаниям. Использование очередного отпуска в санаторно-курортных условиях		
Флюороз II стадии (атрофические изменения слизистой в/д путей, функциональные изменения вегетативной нервной системы, переостальные изменения длинных трубчатых костей)		Стоматолог, невропатолог, офтальмолог, ортопед (по показаниям)	Общий анализ крови, мочи 1 раз в год. По показаниям исследование основных функций печени, ЖКТ, Р-графия костей голени и предплечий, Р-графия шейного или поясничного отделов позвоночника 1 раз в 2 года	Лечение в условиях санатория-профилактория по трудовому б/л: режим, диета, медикаментозная терапия (симптом., общеукрепляющая, патоген., витамин С гр. В, соединения магния, микроволновая терапия с центрацией на пораженные суставы, суперфорез анальгетиков из среды ДМСО. В период обострения - лечение в стационаре	Уменьшение клинических проявлений интоксикаций, отсутствие прогрессирования. Изменение группы инвалидности, уменьшение % утраты профессиональной трудоспособности	Прекращение контакта с фтором. Переквалификация. На период получения новой специальности определение % утраты профессиональной трудоспособности. При осложненных и прогрессирующих формах определение группы инвалидности

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ХРОМОМ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Интоксикация хромом I стадии (поражение слизистой оболочки носовой перегородки, субатрофические изменения слизистой в/д путей, аллергические изменения в/д путей, функциональные переходящие изменения желудочно-кишечного тракта, печени, вегетативной нервной системы)	1 раз в год	Отоларинголог, дерматолог 1 раз в год	Общий анализ крови, мочи 1 раз в год. По показаниям: исследование основных функций печени, ЖКТ (анализ желудочного сока, фиброгастроскопия или Р-скопия желудка), исследование ФВД для выявления бронхоспазма (пневмотахометрия). Крупнокадровая флюорография	Оздоровление в условиях санатория-профилактория: режим, диета, бальнеотерапия, медикаментозная терапия по показаниям	Улучшение клинико-лабораторных показателей	В своей профессии трудоспособны. Временный перевод на работу вне контакта с хромом, с использованием ТБЛ для лечения
Хроническая интоксикация хромом II стадии (аллергические заболевания в/д путей, бронхолегочной системы, функциональные более выраженные)	2 раза в год	Отоларинголог, дерматолог 1 раз в год. Аллерголог, онколог по показаниям	Общий анализ крови, мочи 1 раз в год. По показаниям: исследование основных функций печени и гастродуоденальной системы. Крупнокадровая флюоро-	Оздоровление в условиях санатория-профилактория: режим, диета, бальнеотерапия. При обострениях заболевания - лечение в стационаре: симптоматическая, общеукрепляющая,	Уменьшение клинических проявлений интоксикации, отсутствие прогрессирования. Изменение группы инвалидности, уменьшение % утраты трудоспособности	Прекращение контакта с хромом. Переквалификация. На период получения новой специальности определение % утраты профессиональной трудоспособности. При осложненных и

изменения желудочно- кишечного тракта, печени, вегетативной нервной системы)			графия 1 раз в год, по показаниям Р - графия грудной клетки. При наличии аллергических проявлений - обследование в специализиро- ванном отделении	выделительная терапия		прогрессирующих формах определение группы инвалидности
---	--	--	--	--------------------------	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ НЕФТЕПРОДУКТАМИ
(КОМПЛЕКСОМ ПРЕДЕЛЬНЫХ, НЕПРЕДЕЛЬНЫХ
АРОМАТИЧЕСКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ)**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Интоксикация нефтепродукта- ми (астено- вегетативный синдром "Биохимический синдром" поражения печени), компенсирован- ное течение с редкими обострениями	2 раза в год	Невропатолог, гинеколог, психоневролог (по показаниям)	Общий анализ крови, исследование активности АСТ, АЛТ, ЩФ, холестерин, билирубин, электротермо- метрия. При обследовании в профцентре или стационаре определение осмотической стойкости лейкоцитов, адреналиновая, пирогеналовая пробы. В желчи - определение холевой кислоты. По показаниям реоэнцефогра- фия, энцефалография	Посиндромная и общеукрепляющая, дезинтоксикацион- ная терапия (применение средств, нормализующих обменные процессы). Оздоровление в условиях заводского санатория- профилактория и клиники профцентра, бальнеолечение	Сокращение дней временной нетрудоспособнос- ти, стабилизация или регрессирование клинических проявлений	Трудоустройство по трудовому больничному листу без контакта с токсическими веществами сроком на 2 мес.
Интоксикация с выраженной формой клинических проявлений, компенсирован- ным или де- компенсирован- ным течением (астено- вегетативный синдром с ВСД, кри- зами, синдромы поражения печени) Стойкие остаточные явления интоксикации (астено- органический, гепато- билиарный синдром)	2 раза в год	Невропатолог, гинеколог, психоневролог (по показаниям)	План обследования вышеуказанный	Посиндромная и реабилитационная терапия с использованием санаториев- профилакториев, бальнеолечение	Сокращение дней нетрудоспособнос- ти на новой работе, снижение % утраты трудоспособности, изменение группы инвалидности	Рациональное трудоустройство с определением % утраты профессиональной трудоспособности на период переквалификации
	1 раз в год	Невропатолог			Снижение % утраты трудоспособности, группы инвалидности, восстановление трудоспособности	Трудоустройство с определением % утраты трудоспособности или группы инвалидности

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПЕСТИЦИДАМИ (ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ
ФОРМАХ ИНТОКСИКАЦИИ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
СИМПТОМАТИКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
НЕВРОПАТОЛОГОМ ПРИ УЧАСТИИ ТЕРАПЕВТА)**

Неврологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Остаточные явления легкого острого отравления или хроническая микстинтоксикация легкой степени со следующими клиническими синдромами: астенический синдром, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, полиневропатия. Нарушение отдельных функциональных проб печени, бронхоспастический синдром, изменения крови (анемия), контактный и аллергический дерматит	2 раза в год	Невропатолог 1 раз в год, по показаниям чаще, офтальмолог, дерматолог, отоларинголог, аллерголог, стоматолог по показаниям	Общий клинический анализ крови и мочи 2 раза в год. Определение активности органоспецифических ферментов печени в сыворотке крови, билирубина, сахара, холестерина, уробилина в моче, ЭКГ 1 раз в год. Для больных с интоксикацией ФЭС - определение активности холинэстеразы в динамике. По показаниям: ЭЭГ, РЭГ, функции внешнего дыхания (спирография, пневмотахиметрия). При обследовании в специализированном стационаре - определение пестицидов и их метаболитов в крови и моче	Стационарное лечение 1 раз в год в специализированном профпатологическом отделении. Патогенетическое и симптоматическое лечение, оздоровление в условиях санатория-профилактория определяется ведущими клиническими синдромами интоксикации	Улучшение клинико-лабораторных проявлений интоксикации	Прекращение контакта с пестицидами. Рациональное трудоустройство вне контакта с токсическими веществами
Последствия тяжелого острого отравления или выраженные формы хронической микстинтоксикации со следующими клиническими синдромами: энцефалопатия, гипоталамический синдром с частыми симпато-адреналовыми кризами или обменно-эндокринными нарушениями, выраженная полиневропатия, токсический гепатит,	2 раза в год	Невропатолог 2 раза в год, офтальмолог, дерматолог, отоларинголог, эндокринолог по показаниям	Объем лабораторных исследований определяется в зависимости от ведущих клинических синдромов. Определение пестицидов и их метаболитов в крови и моче проводится при обследовании в специализированном профпатологическом стационаре	Лечение в специализированном профпатологическом стационаре не реже 1 раза в год. Патогенетическая и симптоматическая терапия, оздоровление в условиях санатория-профилактория определяется в зависимости от ведущих клинических синдромов интоксикации	Уменьшение частоты рецидивов интоксикации, отсутствие прогрессирования. Изменение группы инвалидности, уменьшение % утраты трудоспособности	Прекращение контакта с пестицидами и другими токсическими веществами. Инвалидизация по профессиональному заболеванию или определение утраты профессиональной трудоспособности

хронический гепатит, бронхиальная астма. Депрессия, кровотечения (гипопластическая анемия), нефропатия с нарушением выделительной функции почек, токсико-аллергический миокардит, токсикодермия						
---	--	--	--	--	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Профессиональная патология от воздействия антибиотиков - с преимущественно аллергическими проявлениями (бронхиальная астма, астмоидный бронхит, риносинусит, крапивница, отек Квинке, дерматит, экзема, аллергический васкулит, в т.ч. и нервной системы) - с преимущественным проявлением дисбактериоза (кандидоз кожи и слизистых оболочек, висцеральный кандидоз)	2 раза в год терапевтом 1 - 2 раза в год в зависимости от обострений	Невропатолог, дерматолог, офтальмолог, ЛОР по показаниям 1-2 раза в год Проктолог, гинеколог, дерматолог, невропатолог по показаниям	Анализ крови, мочи, специфические иммунологические пробы, ФВД, флюорография, биохимические исследования по показаниям, глазное дно - 1 - 2 раза в год Биосубстраты на кандиды и дисбактериоз, ФВД, ректороманоскопия 1 - 2 раза в год	Исключение всякого контакта с антибиотиками десенсибилизирующие препараты, иммунокорректоры, препараты, улучшающие микроциркуляцию и ноотропы Диета с ограничением сахара, антикандидозная и бактериальная терапия и десенсибилизирующая терапия	Уменьшение процента утраты трудоспособности в результате реабилитации, уменьшение частоты и длительности обострений, снижение временной нетрудоспособности Отсутствие обострений и временной нетрудоспособности, перевод в другую группу диспансерных наблюдений	Перевод на работу вне контакта с антибиотиками и др. аллергизирующими и нейротропными веществами; со значительной физической нагрузкой, санкурортное лечение При частых обострениях перевод на др. работу вне контакта с антибиотиками, санкурортное лечение

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ДЕРМАТОЛОГОМ БОЛЬНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений дерматолога	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и динамических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7

Профессиональные заболевания: 1. Экзема а) локальная форма	2 раза в год	Терапевт, невропатолог, стоматолог, ЛОР, женщины - гинеколог и другие по показаниям 1 раз в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глист, анализ желудочного сока	Медикаментозное лечение в стационаре 1 раз в год или по показаниям. Наблюдение и лечение в поликлинике, медсанчасти или КВД 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение 1 раз в 2 года	Стойкая ремиссия. Частичный регресс. патологич. процесса. Рецидивы не чаще 1 - 2 раза в год	Рациональное трудоустройство вне контакта с производственными аллергенами, вызвавшими заболевание
б) распространенная форма	4 раза в год		Аллергологическое исследование (кожные пробы) 1 раз в 2 года При частых рецидивах - иммунологич. реакции (специфические) 1 раз в год (в специализированных учреждениях), по показаниям Биохимические печеночные пробы		Медленное прогрессирование процесса. Уменьшение числа рецидивов	Направление каждые 2 года на ВТЭК (определение % утраты трудоспособности и группы инвалидности)
2. Аллергический дерматит	2 раза в год	Терапевт, невропатолог, стоматолог, офтальмолог, женщины - гинеколог по показаниям и другие специалисты по показаниям 1 раз в год	Клинический анализ крови, анализ мочи, анализ желудочного сока, аллергологическое исследование (кожные пробы) 1 раз в 2 года (1 раз в год при частых обострениях). Специфические иммунологические реакции 1 раз в год (в специализированных учреждениях). Биохимические исследования по показаниям - печеночные пробы	Медикаментозное лечение в стационаре 1 раз в год по показаниям. Наблюдение и лечение в КВД или медсанчасти 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение	Стойкая ремиссия. Непрогрессирование процесса. Уменьшение числа рецидивов	Рациональное трудоустройство (вне контакта с производственным аллергеном, вызвавшим заболевание). Прохождение ВТЭК каждый год
3. Токсико-дермия	2 раза в год	Терапевт, стоматолог, отоларинголог, невропатолог, аллерголог, женщины - гинеколог 1 раз в год и другие специалисты по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ желудочного сока, иммунологические реакции с аллергеном. Если в анамнезе нет отека Квинке - аллергологические кожные пробы 1 раз в 1,5 - 2 года	Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение в стационаре 1 раз в год, в МСЧ или КВД лечение и наблюдение 4 раза в год	Стабилизация патологического процесса. Медленное прогрессирование	Трудоустройство вне контакта с производственным веществом, вызвавшим заболевание. Направление на ВТЭК через 2 года
4. Контактный дерматит	2 раза в год	Терапевт, отоларинголог, офтальмолог, стоматолог 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, функциональное исследование кожи (определение алкализирезистентности кожи) 1 - 2 раза в год. Аллергологическое исследование (кожные пробы)	Медикаментозное лечение и физиотерапия в МСЧ и КВД (поликлиника) 1 - 2 раза в год. В здравпункте - 4 раза в год. Лечение в профилактории	Стойкая ремиссия. Через 2 месяца при стойкой ремиссии перевод в группу Д2	Перевод на 2 месяца на другую работу вне контакта с раздражающими веществами

5. Фотодерматит	2 раза в год	Терапевт, невропатолог, офтальмолог и другие специалисты по показаниям 1 раз в год	1 раз в год Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови 1 раз в год. Определение биодозы 1 раз в год	Медикаментозная и физиотерапия в поликлинике, медсанчасти или КВД 2 раза в год	Стойкая ремиссия. Перевод в группу Д2	Рациональное трудоустройство. Устранение контакта с веществами, вызвавшими заболевание. Направление на ВТЭК 1 раз в год
6. Токсическая меланодермия	1 раз в год	Терапевт, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, женщин - гинеколог 1 раз в год и другие специалисты по показаниям	1 раз в год Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ желудочного сока. Биохимические исследования 1 - 2 раза в год (по показаниям биопсия)	Медикаментозная и физиотерапия в стационаре 1 раз в 2 года, в КВД (поликлинике) 1 раз в год	Стойкая ремиссия. Уменьшение числа рецидивов	Рациональное трудоустройство. Устранение контакта с веществами, вызвавшими заболевание. Направление на ВТЭК 1 раз в 2 года
7. Масляный фолликулит	1 раз в год	Терапевт 1 раз в год и другие специалисты по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования 1 раз в год	Медикаментозная терапия. При осложнениях пиодермии лечение в стационаре. Наблюдение и лечение в медсанчасти и КВД	Стойкая ремиссия. Перевод на группу Д2	Устранение контакта с веществом, вызвавшим заболевание. Перевод на другую работу
8. Эпидермиты	2 раза в год	Терапевт 2 раза в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи. Биохимические исследования. Определение проницаемости рогового слоя и нейтрализующей способности кожи. Аллергологическое обследование (кожные пробы). Все исследования 2 раза в год	Медикаментозная терапия в поликлинике, МСЧ, КВД, общеукрепляющего типа. Местное лечение ожиряющими и противовоспалительными мазями. Лечение в профилактории	Клиническое выздоровление. Перевод в группу Д2	Устранение контакта с веществами, вызвавшими заболевание. Перевод на другую работу на 2 месяца
9. Кандидозный дерматит	4 раза в год	Терапевт, гинеколог 2 раза в год	Клинический анализ крови, общий анализ мочи 2 раза в год. Биохимические и аллергологические исследования (кожные пробы) пробы), иммунологические исследования (р. агглютинации, РСК, определение лизоцима в сыворотке крови, содержание иммуноглобулинов). Посев на грибы с биосубстратов (носотлотка, моча, кал, чешуйка кожи с органов поражения)	Антимикотическое лечение в условиях поликлиник МСЧ и КВД 4 раза в год. Общеукрепляющая терапия. Лечение в профилактории	Стабилизация процесса. Стойкая ремиссия	Рациональное трудоустройство вне контакта с биологическими веществами, вызвавшими заболевание, а также с раздражающими и сенсibiliзирующими кожу химическими веществами

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-НЕВРОПАТОЛОГОМ
БОЛЬНЫХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЮ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр другими специалистами	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Вибрационная болезнь I степени выраженности	Невропатолог 1 раз в год	Терапевт, отоларинголог 1 раз в год, ангиохирург, ортопед по показаниям	Общий анализ крови, мочи, паллеостезиометрия, альгезиметрия, холодовая (адреналиновая) проба, термометрия (термография), динамометрия, РВГ, ЭМГ, рентгенография костно-суставного аппарата - по показаниям	Общеоздоровительные мероприятия. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж: I курс - здравпункт (санаторий - профилакторий), II курс - специализированный стационар (санаторий-профилакторий). Запрещение курения, борьба с употреблением алкоголя	Уменьшение или исчезновение субъективных жалоб и отклонений в показателях диагностических исследований. Стабилизация состояния. Сохранение трудоспособности	Трудоспособность сохранена. Временный перевод на 1 - 2 месяца в облегченные условия труда (по доплатному больничному листу)
II и III степень выраженности	Невропатолог 2 раза в год	Терапевт, отоларинголог 1 раз в год, ангиохирург и ортопед по показаниям	Общий анализ крови, мочи, паллеостезиометрия, альгезиметрия, холодовая (адреналиновая) проба, термометрия (термография), динамометрия 1 раз в год, РВГ, ЭМГ, рентгенография костно-суставного аппарата - по показаниям	Общеоздоровительные мероприятия. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК: I курс - специализированный стационар, II курс - здравпункт (санаторий-профилакторий). Временный перевод на 2 месяца в облегченные условия труда (по доплатному больничному листу)	Уменьшение субъективных жалоб и отклонений в показателях диагностических исследований. Стабилизация состояния. Сохранение трудоспособности	Рациональное трудоустройство на работу равной квалификации. На ВТЭК с целью определения % утраты трудоспособности направляются больные, нуждающиеся в переквалификации, а также лица предпенсионного возраста. III группа инвалидности устанавливается при условии стойкого снижения функциональных способностей больного в связи с профзаболеванием или его осложнениями, препятствующими приобретению новой квалификации

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ОТОЛАРИНГОЛОГОМ
БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Профессиональный кохлеарный неврит I степени	1 раз в год	ЛОФ, терапевт, невропатолог	Аудиометрия 1 раз в год. Измерение АД	Индивидуальные средства защиты от шума. Соблюдение режима труда и отдыха. Лечебно-реабилитационные мероприятия 1 раз в год, курсы сосудистой терапии, метаболической,	Отсутствие прогрессирования тугоухости, нормализация АД	Трудоспособны в своей профессии

Профессиональ- ный кохлеарный неврит II степени	2 раза в год	ЛОР, терапевт, невропатолог	Аудиометрия 2 раза в год. Измерение АД	стимулирующей терапии, сред- ства, тонизирующие рецепторный аппарат внутрен- него уха Индивидуальные средства защиты от шума. Соблюдение режима труда и отдыха. Лечебно- реабилитационные мероприятия 2 ра- за в год. Курсы сосудистой терапии, метаболической, стимулирующей терапии, сред- ства, тонизирующие рецепторный аппарат внутрен- него уха	Отсутствие прогрессирования тугоухости, нормализация АД	Трудоспособны в своей профессии
Профессиональ- ный кохлеарный неврит III степени	2 раза в год	ЛОР, терапевт, невропатолог	Аудиометрия 1 раз в 6 мес., измерение АД	Лечебно- реабилитационные мероприятия 2 раза в год, курсы сосудистой терапии, метаболической, стимулирующей терапии, средства, тонизирующие рецепторный аппарат внутрен- него уха		Нетрудоспособны в условиях воздействия интенсивного производственного шума, вблизи движущихся механизмов и на высоте

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ
ЗА РАБОТАЮЩИМИ В КОНТАКТЕ С ИСТОЧНИКАМИ
ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Нозологическая форма	Частота набледи- ний	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностичес- ких исследований	Основные лечебно- оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Последствия острой лучевой болезни: - легкой степени (I)	В тече- ние бли- жайших 2 лет 2 раза в год, затем 1 раз в год	В течение ближайших 2 лет невропатолог, офтальмолог 2 раза в год, а затем 1 раз в год. По показаниям - другие специалисты	В течение ближайших 2 лет - развернутый клинический анализ крови 2 раза в год, а затем 1 раз в год. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови, билирубин, липиды, трансаминазы, рентгенография органов грудной клетки или флюорогра- фия, ЭКГ 1 раз в год	По показаниям - лечение в санатории - профилактории, санаторно- курортное лечение. Общеукрепляющее и санаторно- курортное лечение 1 раз в год в течение 3 лет. В дальней- шем по показаниям	Стойкая ремиссия, сохранение трудоспособности	Прекращение работы в контакте с ионизирующим излучением в течение ближайших 1 - 2 лет. В дальнейшем - для некоторых профессий вопрос о возможности работы решается индивидуально
Средней (II) степени или тяжелой (III)	В тече- ние бли- жайших 3 лет 3 - 4 раза в год, за-	В течение ближайших 3 лет офтальмолог 3 - 4 раза в год, невропатолог,	В течение ближайших 3 лет - развернутый клинический анализ крови, биохимические	Общеукрепляющее и санаторно- курортное лечение 1 раз в год в течение 3 лет. В дальней- шем по показаниям	Стойкая ремиссия, регресс отдельных признаков заболевания, улучшение лабораторных показателей	Прекращение работы в контакте с ионизирующим излучением

	тем - 2 раза в год	отоларинголог 2 раза в год	исследования крови (билирубин, АЛТ и АСТ - трансаминазы)		
--	--------------------------	-------------------------------	--	--	--

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-НЕВРОПАТОЛОГОМ БОЛЬНЫХ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
ОТ ФИЗИЧЕСКОГО ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Заболевания периферической нервной системы: а) полиневропатии рук б) туннельные синдромы (компрессионные невропатии) в) шейно-плечевая плексопатия г) пояснично-крестцовая радикулопатия д) координаторный невроз	1 - 2 раза в год	По показаниям: терапевт, эндокринолог и другие специалисты По показаниям - хирург, ортопед -" Терапевт, гинеколог, уролог (по показаниям)	Анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. Р-графия позвоночника по показаниям	Общеоздоровительные мероприятия, ЛФК, массаж 2 - 3 раза в год. Медикаментозная терапия, физиолечение. При выраженных формах лечение 1 раз в год в специализированном стационаре, санаторий - профилакторий, санаторно - курортное лечение	Стойкая ремиссия, отсутствие временной нетрудоспособности	Сохранение трудоспособности, временный перевод на 2 мес. (доплата больничных листов). Рациональное трудоустройство. Частые рецидивы, нарушение функций - направление на ВТЭК - установление % утраты трудоспособности или группы инвалидности

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ БОЛЬНЫХ
С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Нозологическая форма	Частота наблюдений	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности	Основные рекомендации по трудоустройству
1	2	3	4	5	6	7
Заболевания опорно-двигательного аппарата: хронические миофиброзы, тендовагиниты, стенозирующие лигаментозы, эпикондилезы плеча, плече - лопаточный периартроз, деформирующие артрозы (остеоартрозы) и др.	Невропатолог 1 - 2 раза в год	Терапевт по показаниям	Анализ крови, общий анализ мочи 1 раз в год, ЭМГ, Р-графия и другие исследования по показаниям	Общеоздоровительные мероприятия, ЛФК, массаж, медикаментозное лечение (препараты, улучшающие трофику, метаболизм тканей, микроциркуляцию). Физиолечение, санаторно-курортное лечение, санаторий-профилакторий. При необходимости - лечение в специализированном стационаре	Стабилизация процесса	Трудоспособность сохранена. Временный до 2 мес. перевод в облегченные условия труда. Трудоспособность сохранена при условии рационального трудоустройства на работу равной квалификации. При невозможности рационального трудоустройства (нарушение функциональных конечностей, предпензионный возраст больного)

						направляется на ВТЭК для установления % утраты трудоспособности
--	--	--	--	--	--	---

Начальник Главного
управления организации
медицинской помощи
Минздрава СССР
В.И.КАЛИНИН

Начальник Управления
специализированной
медицинской помощи
Минздрава СССР
А.Н.ДЕМЕНКОВ

Приложение 8
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЦЕНТРЕ ПРОФПАТОЛОГИИ
(РЕСПУБЛИКАНСКОМ, КРАЕВОМ, ОБЛАСТНОМ, ГОРОДСКОМ)**

Приложение 8 Утратило силу. - [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90.

Приложение 9
к Приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 29 сентября 1989 г. N 555

**ИНСТРУКЦИЯ
О ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДРЕЙСОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

КонсультантПлюс: примечание.

Письмом Минздрава РФ от 21.08.2003 N 2510/9468-03-32 доведены [Методические рекомендации](#) об организации проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств.

1. Предрейсовые медицинские осмотры водителей проводятся медицинским персоналом здравпунктов, организуемых при автопредприятиях и входящих в состав поликлиник (амбулаторий) на правах их структурных подразделений, содержащихся на хозрасчете или за счет специальных средств; медицинским персоналом на хозрасчетной основе по договорам предприятий с учреждениями здравоохранения о предоставлении сверх установленных норм медицинской помощи; инспекторами по проведению профилактических осмотров водителей автотранспортных средств ([письмо](#) Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам N 495-БГ от 18.02.88).

КонсультантПлюс: примечание.

Письмом Минздрава РФ от 26.10.1999 N 2510/11458-99-25, МВД РФ от 28.10.1999 N 21249 признано утратившим силу совместное письмо Минздрава СССР от 02.08.1988 N 06-17/29-14 и МВД СССР от 03.08.1988 N 1/3550 "Об организации осмотров водителей автохозяев".

При подготовке инспекторов необходимо руководствоваться программой, предусмотренной совместным циркулярным письмом Минздрава СССР и МВД СССР "Об организации осмотров водителей автохозяев" N 06-14/29-14 от 03.08.88.

2. Средние медицинские работники и инспектора осуществляют контроль за состоянием здоровья водителей перед выездом на линию и участвуют в проведении анализа дорожно-транспортных происшествий с целью выявления причин, зависящих от состояния здоровья водителей. Они работают в тесном контакте с работниками службы безопасности движения, отдела эксплуатации и отдела кадров автопредприятия.

3. При предрейсовых осмотрах проводится:

- сбор анамнеза;
- измерение температуры тела (по показаниям);
- измерение артериального давления (по показаниям);
- определение пульса;
- реакция на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе одним из принятых методов.

4. После осмотра на путевых листах водителей ставится штамп - "допущен к рейсу" и подпись медицинского работника.

Штамп не ставится при:

- а) выявлении признаков временной нетрудоспособности;
- б) положительной пробе на алкоголь в выдыхаемом воздухе.

При утрате трудоспособности медицинский работник (администрация предприятия) дает водителю направление на прием к врачу.

Водителю, который признан врачом трудоспособным, в направлении делается отметка о времени его пребывания на приеме.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 N 624н утвержден новый [Порядок](#) выдачи листов нетрудоспособности.

В случаях проведения предрейсового осмотра водителя в часы, когда нет врачебного приема, водителю, признанному нетрудоспособным, медицинским работником выдается справка с указанием времени освобождения от работы и кратких данных о характере заболевания (травмы) и предлагается посетить врача на следующий день (п. 12 Инструкции ВЦСПС и Наркомздрава СССР о порядке выдачи застрахованным больничных листов).

При положительной пробе на алкоголь водитель направляется к дежурному диспетчеру, а в дальнейшем может быть направлен в лечебно-профилактическое учреждение для экспертного врачебного заключения о наличии алкогольного опьянения.

5. Данные предрейсового осмотра водителей заносятся в специальный журнал, ведущийся по

рекомендуемой форме:

Дата	NN п/п	Фамилия, имя, отчество водителя	Табель	Жалобы	Температура тела	Артериальное давление	Проба на наличие алкоголя	Пульс	Причины направления к врачу	Подпись среднего медработника, инспектора
------	-----------	--	--------	--------	---------------------	--------------------------	---------------------------------	-------	-----------------------------------	---

Начальник Главного
управления организации
медицинской помощи
Минздрава СССР
В.И.КАЛИНИН

Начальник Управления
специализированной
медицинской помощи
Минздрава СССР
А.Н.ДЕМЕНКОВ