

Статья 65

К пункту "а" относятся инфекционный спондилит независимо от характера течения, спондилолистез II-IV степени, деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника с нарушением функции любой степени, деформирующий спондилез и межпозвонковый остеохондроз грудного и поясничного отделов со значительным или умеренным нарушением функций, искривления позвоночника (кифозы, структурные и неструктурные сколиозы II-IV степени), остеохондропатический кифоз с клиновидной деформацией 3 и более позвонков со снижением высоты передней поверхности тела позвонка в 2 и более раза, множественные (5 и более) грыжи Шморля.

Спондилез анатомически проявляется клювовидными разрастаниями, захватывающими всю окружность замыкательных пластинок, и деформацией тел позвонков. Признаками клинического проявления хондроза является нарушение статической функции пораженного отдела позвоночника - выпрямление шейного (поясничного) лордоза или образование кифоза, сочетание локальных лордоза и кифоза вместо равномерного лордоза. Рентгенологическими симптомами межпозвонкового хондроза являются: а) нарушение формы позвоночника (нарушение статической функции); б) снижение высоты межпозвонкового диска; в) отложение солей извести в переднем участке фиброзного кольца или в пульпозном ядре; г) смещение тел позвонков (передние, задние, боковые), определяемое при стандартной рентгенографии; д) патология подвижности в сегменте (нарушение динамической функции); е) сохранение четких контуров всех поверхностей тел позвонков, отсутствие в них деструктивных изменений. При межпозвонковом остеохондрозе к перечисленным признакам добавляются краевые костные разрастания, образующиеся в плоскости диска и продолжающие площадки тел позвонков, а также субхондральный остеосклероз, который выявляется на рентгенограммах с отчетливым изображением структуры. Болевой синдром при физической нагрузке должен быть подтвержден неоднократными обращениями за медицинской помощью, которые отражаются в медицинских документах освидетельствуемого.

Степень сколиоза определяется рентгенологом по рентгенограммам на основании измерения углов сколиоза: I степень - 1-10°, II степень - 11-25°, III степень - 26-50°, IV степень - более 50° (по В.Д.Чаклину).

Движения позвоночника в сагиттальной плоскости очень вариабельны. Обычно расстояние между остистым отростком VII шейного позвонка и бугорком затылочной кости при наклоне головы увеличивается на 3-4 см, а при запрокидывании головы (разгибание) - уменьшается на 8-10 см. Расстояние между остистыми отростками VII шейного и I крестцового позвонков при нагибании увеличивается на 5-7 см по сравнению с обычной осанкой и уменьшается на 5-6 см при прогибании назад. Боковые движения (наклоны) в поясничном и грудном отделах возможны в пределах 25-30° от вертикальной линии.

К пункту "б" относятся незначительные анатомические и функциональные изменения позвоночника при отсутствии болевого синдрома, ограниченный деформирующий спондилез (поражение 3 и более позвонков) и межпозвонковый остеохондроз (поражение 3 и более межпозвонковых дисков) с незначительным нарушением функции или без него, распространенный межпозвонковый остеохондроз 1-2 отделов позвоночника без нарушения функции (по данным гониометрии) и болевого синдрома.

Морфологические изменения позвонков, выявленные у летного состава при плановых рентгенологических исследованиях, в виде заострений, утолщений внутренних краев, одиночных шиповидных разрастаний без клинических проявлений не являются основанием для применения данной статьи.

Незначительно выраженное юношеское искривление позвоночника (до 5-8°), а также сакрализация 5 поясничного или люмбализация 1 крестцового позвонков без корешковых расстройств не являются препятствием к летному обучению.

Оценка функции движения позвоночника с помощью гониометра приведена в таблице N 4.