



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.12-008.331.1-057.36-036.8

Потехин Н.П.^{1,3}, Чаплык А.Л.², Фурсов А.Н. (fursovan@mail.ru)¹, Саркисов К.А.³, Старовойтова И.М.³, Орлов Ф.А.^{1,3} — Новое в военно-врачебной экспертизе лиц, страдающих гипертонической болезнью.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва; ³Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Москва

Potekhin N.P., Chaplyuk A.L., Fursov A.N., Sarkisov K.A., Starovoitova I.M., Orlov F.A. — New in the military-medical examination of persons suffering from hypertension. Authors commented on RF Government Regulation of 4 July 2013 №565 and concluded that feature expert approaches in hypertension contained in this Ordinance, is the priority of the functional approach in assessing the changes in the «target organs» rather than staging the disease.

К е у w o r d s: hypertension, military medical examination.

С 1 января 2014 г. вступило в силу Постановление Правительства РФ от 04.07. 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе», пришедшее на смену действовавшему до этого в течение практически десяти лет Постановлению Правительства РФ от 25.02. 2003 г. № 123. В новом документе учтены изменения в терминологических, классификационных, диагностических подходах, произошедшие за последнее десятилетие и принятые медицинской общественностью как нашей страны, так и за рубежом. Исходя из этого, а также с учетом современных требований к формированию Вооруженных Сил, уточнены экспертные подходы при оценке степени годности к военной службе различных категорий граждан.

В частности, определенные изменения приобрела редакция статьи, касающейся экспертизы лиц, страдающих *гипертонической болезнью* (ГБ). В целях военно-врачебной экспертизы этих больных в новом Постановлении использованы классификация степени артериальной гипертензии (ВНОК, 2010) и трехстадийная классификация ГБ (ВОЗ, 1996; ВНОК, 2010) в зависимости от степени нарушения функции «органов-мишеней». Кроме того, учтены ряд положений Национальных рекомендаций «Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению» (2012).

В структуре «Требований к состоянию здоровья граждан...», приведенных в Постановлении Правительства РФ № 565, статья, посвященная вопросам экспертизы при ГБ, сохранила свой порядковый номер — 43. Вместе с тем в новом Постановлении, в отличие от Постановления Правительства РФ № 123,

в графе «наименование болезней, степень нарушения функции» обозначена не стадия заболевания, соответственно, «а» — III; «б» — II; «в» — I; «г» — I (пограничная), а степень нарушения функции «органов-мишеней»: «а» — значительная; «б» — умеренная; «в» — незначительная или без нарушения функции «органов-мишеней». Таким образом, в новом Постановлении подчеркивается ведущая роль при принятии экспертного заключения у пациентов с ГБ функциональной составляющей поражения «органов-мишеней».

Пункты «в» и «г» статьи 43 ранее действовавшего Постановления, объединены пунктом «в», что вполне оправдано, учитывая относительность различий между критериями ГБ I стадии и ГБ I стадии (пограничной), их лабильностью и трудностью объективизации, особенно в условиях общетерапевтических отделений гарнизонных госпиталей.

Существенным отличием является и то, что ГБ II стадии при отсутствии функциональных нарушений со стороны «органов-мишеней» или при незначительных их проявлениях также отнесена к пункту «в» статьи 43 что дает возможность признания военнослужащих, освидетельствуемых по III графе в этой стадии заболевания «годными к военной службе с незначительными ограничениями».

При этом к незначительным нарушениям функции «органов-мишеней» отнесены *хроническая сердечная недостаточность* (ХСН) I *функционального класса* (ФК), переходящие нарушения ритма сердца и (или) проводимости, *дисциркуляторная энцефалопатия* (ДЭП) I стадии. Ранее для II ст. ГБ предусматривался индивидуальный подход — «ограниченно годен» или «годен с незна-



чительными ограничениями» с учетом не функционального состояния «органов-мишеней», а мнения командира о влиянии заболевания на исполнение обязанностей военной службы и возраста освидетельствуемого.

Трактовка пункта «б» статьи 43 в новой редакции также претерпела определенные изменения. В нем, как было сказано выше, акцент делается не на стадии заболевания, а на функциональном состоянии органов, потенциально страдающих при артериальной гипертензии. При этом уровень артериальной гипертензии, как и ранее, соответствует второй степени. Однако, если в предыдущей трактовке, изложенной в Постановлении № 123, при отнесении освидетельствуемого к пункту «б» органические проявления ограничивались гипертрофией миокарда левого желудочка, генерализованным или локальным сужением сосудов сетчатки, наличием атеросклеротических изменений магистральных артерий, церебральными расстройствами в виде динамических нарушений мозгового кровообращения с проходящими двигательными, чувствительными вестибулярными расстройствами, то современная трактовка статьи, кроме прочего, допускает отнесение к пункту «б» ГБ III стадии, если последняя установлена по факту перенесенных в прошлом малого инсульта и (или) мелкоочагового инфаркта миокарда. Очевидно, что в таком случае ДЭП не должна превышать второй стадии, а ХСН второго ФК.

Отдельного внимания заслуживает подход к определению степени артериальной гипертензии у освидетельствуемых пациентов. Если у больных ГБ II стадии, без функциональных нарушений со стороны «органов-мишеней» или при незначительной их выраженности артериальная гипертензия не превышает II степени ($AD_{\text{сist.}}$ в покое до 179 мм рт. ст.; $AD_{\text{diast.}}$ в покое до 109 мм рт. ст.), то применяется пункт «в» статьи 43. В этой ситуации при вынесении экспертного решения наличие или отсутствия эффекта от проводимой терапии в пояснении к статье не оговаривается.

Если же у больных ГБ II стадии имеется умеренное нарушение функции «органов-мишеней», то решение выносится по пункту «б», независимо от эффективности гипотензивной терапии. По этому же пункту освидетельствуются больные при неэффективной гипотензивной терапии, не позволяющей достичь оптимального уровня АД (в отличие от критерия достижения «нормального» уровня АД в предыдущей редакции статьи). Сопоставление пунктов «в» и «б» статьи 43 в настоящей редакции позволяет говорить о том, что стойкая, в т. ч. на фоне проводимой адекватной терапии, артериальная гипертен-

зия выше уровня II степени позволяет выносить решение по пункту «б» даже при отсутствии убедительных данных за наличие умеренных нарушений функции «органов-мишеней» на момент освидетельствования.

В изложении пункта «а» статьи 43 Постановления № 565 основной акцент также делается на функциональном состоянии «органов-мишеней». Приводятся критерии диагностики ГБ III стадии, при которой артериальная гипертензия должна быть III степени (на фоне проводимой гипотензивной терапии) с наличием выраженных органических проявлений, обусловленных повышенным артериальным давлением. В целом изложение содержания пункта «а» в новой редакции соответствует предыдущей, за исключением позиции, изложенной выше (подходы к диагнозу ГБ III, установленному на основании ранее перенесенного малого инсульта и (или) мелкоочагового инфаркта миокарда).

Отдельно требуют пояснения вопросы, касающиеся экспертной оценки функции почек у лиц с ГБ. Это тем более важно потому, что почка не только страдает от повышенного АД, но и на определенной стадии болезни сама способна поддерживать артериальную гипертензию. В настоящее время общепринятой является концепция *хронической болезни почек* (ХБП), под определение которой подпадает и ГБ с момента констатации в клинической картине патологических значений микроальбуминурии/протеинурии и стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

В Постановлении Правительства РФ № 565 предлагается ориентироваться на расчетный метод определения СКФ (формула Cockcroft D.W., Gault M.H., 1976). Вместе с тем следует иметь в виду, что существует ряд клинических ситуаций, при которых использование этой формулы неприемлемо, а именно, нестандартные размеры тела пациента; выраженное истощение или ожирение ($ИМТ < 15$ и > 40 кг/м²); беременность; заболевания скелетной мускулатуры; параплегии и квадриплегии; вегетарианская диета; быстрое снижение функции почек (острый и быстро прогрессирующий нефритический синдром); период назначения нефротоксичных препаратов; при решении вопросов о начале заместительной почечной терапии; больные с почечным трансплантатом; дети. При всех вышеперечисленных обстоятельствах необходимо пользоваться, как минимум, стандартным измерением клиренса креатинина (проба Тареева-Реберга).

В статье 43 Постановления Правительства № 123 критериями для заключения о наличии поражения почек являлось наличие протеинурии (без указания ее уровня) и кре-



атинин крови более 105 мкмоль/л, при этом уровень креатинина крови свыше 176 мкмоль/л расценивался как один из критериев для констатации III стадии ГБ и, соответственно, освидетельствования по пункту «а» вышеназванной статьи.

При изложении новой редакции статьи 43 вводятся количественные показатели микроальбуминурии (МАУ, 30–300 мг/сут), концентрации креатинина крови (для мужчин 115–133 мкмоль/л, для женщин 107–124 мкмоль/л), клиренса креатинина, определяемого по формуле Cockcroft D.W., Gault M.H., 1976 (<60 мл/мин) как проявление почечных поражений при ГБ. Данные показатели приведены в Национальных клинических рекомендациях ВНОК, 2010, раздел IC не как показатели степени нарушения почечных функций или критерии стадии ГБ (II или III), а как критерии стратификации общего сердечно-сосудистого риска. Исходя из сказанного, при определении категории годности пациента с ГБ целесообразно в большей степени ориентироваться на классификацию стадий ХБП и градаций альбуминурии/протеинурии (Национальных рекомендаций «Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению», 2012). Согласно данным рекомендациям, величина КФ 90 мл/мин и выше расценивается как высокая оптимальная (международное обозначение С1); от 60 до 89 мл/мин

как незначительно сниженная (С2); от 45 до 59 – умеренно сниженная (С3а); от 30 до 44 мл/мин – существенно сниженная (С3в); от 15 до 29 мл/мин – резко сниженная (С4); менее 15 мл/мин – терминальная почечная недостаточность (С5). Как видно, в данной классификации акцент делается на величине СКФ, а не на уровне креатинина крови, т. к. в ранних стадиях ХБП (креатинин крови менее 176 мкмоль/л) отсутствует достоверная зависимость между этими двумя показателями.

Исходя из вышесказанного, при вынесении экспертного решения освидетельствуемому по статье 43 к пункту «б» следует относить лиц, имеющих клиренс креатинина на уровне С2, к пункту «а» – С3 – С5. Ориентироваться изолированно, без учета СКФ, на градации протеинурии/альбуминурии у больных с ГБ при вынесении экспертного решения нецелесообразно, т. к. этот показатель отражает скорее степень риска сердечно-сосудистых осложнений, а не выраженность нарушения почечных функций.

Таким образом, особенностью экспертных подходов при ГБ, изложенных в новом Постановлении Правительства от 04.07.2013 г. № 565, является приоритет функционального подхода при оценке изменений со стороны «органов-мишеней», а не стадийности заболевания, что имело место в ранее действовавшем Постановлении № 123.

© О.В.АРТЮШКЕВИЧ, 2014
УДК 616-008.9-053-092

Артюшкевич О.В. (*o.artushkevich@mail.ru*) – Показатели качества жизни и психологического статуса больных метаболическим синдромом различных возрастных групп.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Artushkevich O.V. – Quality of life and psychological status of patients with metabolic syndrome of different age groups. Based on a survey of 165 patients with metabolic syndrome is determined that changes in the psychological status and quality of life they are heterogeneous with age features that should be considered when assigning treatment and preventive measures.

К е у в о р д s: metabolic syndrome, age-related features, the quality of life of patients.

В последние десятилетия актуализировалась проблема *метаболического синдрома* (МС), как фактора риска развития различных заболеваний и их осложнений. Формирование и течение МС наряду с увеличением суммационного индивидуального сердечно-сосудистого риска также способствует развитию у больных нарушений психологии поведения, эмоциональных реакций и социальной адаптации. В настоящее время доказано наличие клинических особенностей проявления МС у лиц различных возрастных групп.

Нами обследовано 165 больных (92 мужчины и 73 женщины) МС, средний возраст которых составлял $50,8 \pm 2,8$ года. Среди обследованных 76 больных были моложе 50 лет, и 89, соответственно, – более старшего возраста. Диагноз МС соответствовал критериям ВНОК (2009). Качество жизни больных определяли на основании результатов анкетирования опросника MOS SF 36; состояние психосоматического статуса оценивали с помощью методик Ч.Д.Спилбергера, многофакторной личностной методики Р.Кеттелла, а также шкалы самооценки депрессии Цунга.