



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.*

*Key words: 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.



Обработку полученных данных производили с использованием факторного анализа.

Результаты проведенного исследования показали, что для больных МС в возрасте до 50 лет ведущими показателями качества жизни и психологического статуса являются «степень уверенности в себе», «высокий уровень общительности», «акцентированное физическое функционирование» на фоне снижения «эмоциональной активности» и «личной тревожности». Для лиц же более старшего воз-

раста характерными являются «адекватность самооценки», «сосредоточенность на внутренних проблемах», повышенная «личная тревожность», «степень самооценки» на фоне снижения «физической комфортабельности».

Таким образом, изменения психологического статуса и качества жизни у больных с метаболическим синдромом неоднородны и имеют возрастные особенности, что должно учитываться при назначении лечебно-профилактических мероприятий.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 613.67

**Булавин В.В.<sup>1</sup>, Кальманов А.С. (saniyasin@gmail.com)<sup>1</sup>, Панюшин К.А.<sup>2</sup>, Бровкин С.Г.<sup>3</sup>, Работкин О.С.<sup>4</sup>, Житников А.Г.<sup>1</sup>** – Состояние здоровья подростков, допризывников и призывников и организация мероприятий по его укреплению.

<sup>1</sup>4-й Центральный научно-исследовательский институт МО РФ, г. Юбилейный, Московская область; <sup>2</sup>Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; <sup>3</sup>Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва; <sup>4</sup>Городская поликлиника № 62, Москва

*Bulavin V.V., Kalmanov A.S., Panyushin K.A., Brovkin S.G., Rabotkin O.S., Zhitnikov A.G.* – Health status of adolescents, adolescent of preinduction age and conscripts and organization of measures for health promotion. *Authors gave characteristics of health status of adolescents, adolescent of preinduction age and conscripts. They suggested the system of measures for health promotion of adolescents and conscripts.*

*К е у в о р д с:* adolescents, adolescent of preinduction age, conscripts, measures for health promotion.

Изучение здоровья подростков-допризывников и призывников, разработка рекомендаций, направленных на его сохранение и укрепление, – это те задачи, которые в настоящее время стоят перед здравоохранением и государством в области улучшения демографических процессов и укрепления обороноспособности государства, что и явилось целью нашего исследования.

В 2008–2010 гг. на базах Московского областного и городского военных комиссариатов, Главного управления здравоохранения Московской области, Главного управления здравоохранения Москвы проведено динамическое наблюдение за состоянием здоровья юношей в возрасте 15–16 лет, подростков-допризывников в возрасте 17 лет и призывников в возрасте 18–20 лет. Всего обследованы 2346 человек, средний возраст которых составил  $16,8 \pm 3,1$  года. Состояние здоровья оценивали по разработанной авторами программе медицинского обследования, утвержденной МЗ СССР (1987).

Установлено, что число лиц, отнесенных к 1-й группе здоровья («здоровые»), с возрастом снижается с 11,8 до 8,2%. В 15-летнем возрасте 40,9% имели различные отклонения (2-я группа – «практически здоровые»). С возрастом их количество снижается и к 18 годам составляет 26,5%, в то же время очевидным

является рост лиц, страдающих хронической патологией (3-я группа здоровья).

Анализ заболеваемости за год свидетельствует о ее росте на 15,8%, при этом количество функциональных нарушений увеличивается на 19,9%, а хронических заболеваний – на 64,6%. Увеличение функциональных нарушений произошло за счет нейроциркуляторных дистоний (на 59,2%), функциональных расстройств желудка (на 185,7%), нервной системы (на 28,6%). В группе хронических заболеваний наибольшее увеличение произошло за счет заболеваний органов пищеварения (на 135,7%). На 13,0% увеличилось число хирургических и ортопедических заболеваний. Патология органа зрения представлена в основном миопией. Темп прироста болезней органа зрения к 18 годам у юношей составил 40,3%. За весь период наблюдения отмечен значительный рост хронических заболеваний ЛОР-органов – на 144,4%.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о значительном росте общей заболеваемости среди юношей, который обусловлен преимущественным увеличением частоты хронических заболеваний по сравнению с функциональными расстройствами.

Основными факторами развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)