



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 613.68

**Чаплык А.Л.** (*esculap1@rambler.ru*)<sup>1</sup>, **Потехин Н.П.**<sup>2, 3</sup>, **Саркисов К.А.**<sup>3</sup>, **Орлов Ф.А.**<sup>2, 3</sup>, **Старовойтова И.М.**<sup>3</sup>, **Каракозов А.Г.**<sup>4</sup> — Хроническая болезнь почек как объект медицинской экспертизы.

<sup>1</sup>Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва; <sup>2</sup>Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; <sup>3</sup>Российская медицинская академия последипломного образования, Москва; <sup>4</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

*Chaplyuk A.L., Potekhin N.P., Sarkisov K.A., Orlov F.A., Starovoitova I.M., Karakozov A.G. — Chronic kidney disease as an object of medical examination. The article highlight different classification methods taking into account the clinical picture of chronic kidney disease that allows to subsume servicemen to different categories of fitness to military service, to group of persistent disability and to develop individual rehabilitation programs. Authors came to conclusion that chronic kidney disease management that was admitted not only in our country, but also worldwide allows to standardize different approaches regardless the department affiliation of medical expert committee.*

*К е у в о р д s: chronic kidney disease, expert classification approaches, medical examination.*

Хронические болезни почек (ХБП), как первичные, так и протекающие в рамках других патологических процессов, имеют не только большое медицинское, но и социально-экономическое значение. Это связано с их значительной распространенностью, существенными трудопотерями, негативным влиянием на качество жизни больного, необходимостью применения дорогостоящих методов лечения, в т. ч. заместительной почечной терапии в терминальной стадии.

До последнего времени в отечественной и зарубежной медицине отсутствовали не только общепринятые рубрикации стадии прогрессирования патологического процесса в почках, приводящего к нарушению их функции, но и универсальная терминология. Это в полной мере можно отнести к вопросам медицинской экспертизы, которая подразделяется на экспертизу временной нетрудоспособности, *медико-социальную* (МСЭ) и *военно-врачебную экспертизу* (ВВЭ). Каждому из этих видов экспертиз свойственно решение своих специфических задач, что, однако, не исключает, на наш взгляд, необходимость стандартизации методологических и терминологических подходов, способных улучшить результаты экспертной оценки состояния здоровья пациента и обеспечить преемственность при освидетельствовании больных в комиссиях разного уровня — *военно-врачебная комиссия* (ВВК), бюро МСЭ.

Действующие в настоящее время документы, регламентирующие деятельность ВВК, при изложении вопросов почечной патологии основное значение придают наличию или отсутствию *хронической почечной недостаточности* (ХПН), нефрогенной артериальной гипертензии, а также степени нарушения выде-

лительной функции почек, если речь идет об обструктивной уропатии и рефлюкс-уропатии. При этом отправной точкой, позволяющей говорить о наличии ХПН, определен уровень креатинина крови более 176 мкмоль/л. Показатель  *клубочковой фильтрации* (КФ), как критерий функционального состояния почек, в документах, регламентирующих работу ВВК до изменений, внесенных Постановлением Правительства от 4 июля 2013 г. № 565, отдельно не рассматривается. После вступления в силу с 1 января 2014 г. вышеназванного Постановления в качестве критерия почечной недостаточности, кроме уровня креатинина более 176 мкмоль/л, рассматривается и снижение скорости КФ менее 60 мл/мин, определяемого расчетным методом. В статье, касающейся урологических заболеваний (ст. 72), четких градаций, позволяющих отнести нарушение выделительной функции почек к категориям «значительное нарушение функции почек», «умеренное нарушение функции почек», «незначительное нарушение функции почек», не приводится. Факт наличия доказанной нефрогенной артериальной гипертензии позволяет принять определенные экспертные выводы без учета степени повышения артериального давления и эффективности проводимой гипотензивной терапии (ст. 71, 72 Постановления).

Такой подход к экспертной оценке состояния здоровья военнослужащих и лиц, призываемых на военную службу, оправдывается спецификой военной службы и, как правило, прогностически неблагоприятным воздействием вредных факторов, сопряженных с исполнением обязанностей военной службы, на течение патологических почечных процессов.



Так как наличие активного воспаления в почках определяет сроки временной утраты трудоспособности, то целесообразно ориентироваться на Рекомендации Министерства здравоохранения и Фонда социального страхования Российской Федерации, согласно которым временная утрата трудоспособности, а следовательно, и «острый период болезни», например, при неосложненном остронефритическом синдроме составляет 60–90 дней, при осложненном – 90–100.

В отличие от ВВЭ, при проведении МСЭ специалисты бюро МСЭ, освидетельствуя пациентов с заболеваниями почек, в настоящее время пользуются, как правило, классификацией ХПН С.И.Рябова и Б.Б.Бондаренко (1982). Согласно этой классификации, говорить о наличии «латентной» стадии ХПН можно при повышении эндогенного креатинина крови до 180 мкмоль/л даже при нормальном уровне КФ или его снижении до 50% от должной величины. Кроме «латентной» стадии, в классификации выделяется «азотемическая» и «уремическая» стадии. Каждая из них подразделяется на фазы А и Б, различающиеся уровнем креатинина крови и процентом снижения КФ к должной величине, что предусматривает различные подходы к ведению пациента, выработке индивидуальных реабилитационных программ, определению степени стойкой утраты трудоспособности с определением соответствующей группы инвалидности. Авторы предлагают первую стадию ХПН рассматривать как «обратимую», вторую – как «стабильную», третью – как «прогрессирующую» формы.

Даже приведенные выше данные свидетельствуют о наличии терминологических, классификационных и методологических различий при проведении ВВЭ и МСЭ у больных с почечной патологией.

Устранению этих различий призвана способствовать концепция ХБП, получающая в последние годы все более и более широкое распространение среди врачей различных медицинских специальностей. Само определение этого понятия как наличие любых маркёров повреждения почек, персистирующее в течение более 3 мес, вне зависимости от нозологического диагноза подтверждает данное положение. При этом ХБП должна рассматриваться как синоним ХПН, не исключающий необходимости в каждом конкретном случае выявления основной нозологической формы, приводящей к нарушению почечных функций. По существующим положениям, при формулировке клинического диагноза термин ХБП с указанием стадии по скорости КФ следует отмечать после описания нозологической формы.

Трехмесячное ограничение минимальных сроков стойкого сохранения маркёров почечных поражений обусловлено тем, что, как правило, за этот период времени острые проявления нефропатии успевают либо раз-

решиться, либо начать трансформацию в хронический процесс.

К маркёрам повреждения почек, позволяющим предположить наличие ХБП, принято относить стойкое повышение экскреции альбумина с мочой более 10 мг/сут; стойкие изменения в осадке мочи (эритроцитурия, лейкоцитурия, протеинурия); патологические изменения почек, выявляемые при визуализирующих методах исследования; изменения биохимического состава крови и мочи, характерные для «синдрома канальцевых дисфункций»; стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> даже при отсутствии других маркёров повреждения почек; патоморфологические изменения ткани почек, выявленные при прицельной нефробиопсии.

Стратификация стадий ХБП по скорости КФ выглядит следующим образом: С1 – высокая и оптимальная, КФ >90 мл/мин; С2 – незначительное снижение, КФ – 60–89 мл/мин; С3а – умеренное снижение, КФ – 45–59 мл/мин; С3b – существенное снижение, КФ – 30–44 мл/мин; С4 – резкое снижение, КФ – 15–29 мл/мин; С5 – терминальная почечная недостаточность, КФ <15 мл/мин.

Сопоставление классификации ХБП с критериями ХПН, используемыми при проведении ВВЭ (перерасчет скорости КФ по концентрации креатинина крови, равной 176 мкмоль/л), позволяет относить освидетельствуемых к категории «Д – не годен к военной службе», начиная со стадии ХБП С3а.

При проведении МСЭ пациентам с заболеваниями почек, исходя из степени нарушения почечных функций, классификация ХБП позволяет более дифференцированно подойти к определению группы инвалидности, чем при использовании критериев классификации ХПН С.И.Рябова. Так, «латентной (первой) стадии» по этой классификации соответствуют как С1 (высокая и оптимальная функция), так и С2 (незначительно сниженная функция) стадии ХБП. К «азотемической (второй) стадии» могут быть отнесены стадии ХБП С3а (умеренное снижение), С3b (существенное снижение) и С4 (резкое снижение). Наконец, «уремическая (третья) стадия» соответствует С5 ХБП.

Все выше приведенные экспертные классификационные подходы, с учетом клинической картины заболевания, позволяют отнести освидетельствуемого к той или иной категории годности к военной службе, группе стойкой утраты трудоспособности, выработать индивидуальные реабилитационные программы, однако ориентация врачей на применение получившей признание как в мире, так и в нашей стране концепция ХБП позволяет стандартизировать эти подходы вне зависимости от ведомственной принадлежности врачебно-экспертных комиссий.