



## РЕКОМЕНДАЦИИ

УДК 616.36 – 004.368.941

### МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Т.В. Дмитриева**  
**В.Н. Дмитриев**

*Белгородский  
государственный  
университет*

*E-mail: tdmitrieva1@mail.ru*

В предлагаемой разработке представлены методические подходы к определению степени выраженности нарушенных функций организма больных циррозом печени, степени ограничения их жизнедеятельности, необходимости в мерах социальной защиты. Все это обуславливает критерии установления при медико-социальной экспертизе инвалидности и ее группы.

Ключевые слова: цирроз печени, социальная защита, инвалидность.

Под термином **цирроз печени** обозначают хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся диффузным разрастанием соединительной ткани с образованием фиброзных септ, узлов гиперрегенерации печеночной ткани, состоящих из функционально неполноценных гепатоцитов, изменением архитектоники печени и развитием псевдодолек, портальной гипертензии, значительным уменьшением массы гепатоцитов и различной степенью гепатоцеллюлярной недостаточности [1, 2].

**МКБ-10: К74** Фиброз и цирроз печени. **К70.3** Алкогольный цирроз печени. **К71.7** Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени. **К74.3** Первичный билиарный цирроз. **К74.4** Вторичный билиарный цирроз. **К74.5** Билиарный цирроз неуточненный. **К74.6** Другой и неуточненный цирроз печени. **К72** Хроническая печеночная недостаточность. **К76.6** Портальная гипертензия.

**Эпидемиология.** Заболеваемость и летальность работоспособного населения от цирроза печени является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой [3]. В 2006 г. в Белгородской области по сравнению со среднегодовыми показателями за 2000 – 2005 гг. число хронических заболеваний печени увеличилось на 50,6% (РФ на 30,6%). Растет и уровень общей заболеваемости хроническими заболеваниями печени по сравнению со среднегодовыми показателями за 2000 – 2005 гг. на 45,5% (РФ на 27,8%). Цирроз печени (ЦП) является конечной стадией хронических заболеваний печени причиной развития которых является алкоголь (около 40%); вирусные гепатиты В, С, D (28%) [4]; иммунные нарушения (аутоиммунный гепатит, болезнь «трансплантат против хозяина»; болезни обмена веществ (гемохроматоз, недостаточность альфа1-антитрипсина, болезнь Уилсона-Коновалова, муковисцидоз) и др. Процесс алкоголизации населения нашей страны сдерживается недостаточно, в 2001 – 2006 гг. уровень потребления алкоголя на одного человека составил 18 л в год (один из самых высоких в мире) [5], в результате растет заболеваемость алкогольными висцеропатиями [6-9]. Эти изменения естественно, касаются и алкогольных заболеваний печени, которые выходят на первое место по распространенности [6,9,10-20], имеют чрезвычайно высокое клинико-социальное значение и обуславливают большое число



случаев дисквалификации, инвалидизации больных, а часто и развитие фатальных осложнений [21, 22, 23, 24, 25].

Хронические вирусные гепатиты остаются важной медико-социальной проблемой здравоохранения в связи с их высокой распространенностью (в мире вирусом гепатита В (HBV) инфицировано более 400 млн человек [26], вирусом гепатита С (HCV) – около 170 млн [27]). В России, по данным эпидемиологов, число инфицированных HCV составляет от 3 до 4 млн человек [28]. Наблюдения за естественным течением инфекции показывают, что у 55 – 85% больных, перенесших острый гепатит С, вирус не элиминируется, а у 5 – 20% из них через 20 – 25 лет развивается цирроз печени [27]. Известно, что в условиях естественного течения HBV-инфекции хронический гепатит В в 8-20% случаев может приводить к развитию цирроза печени. Имеются данные, что у лиц, инфицированных HBV, риск развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) в 25 раз выше чем у неинфицированных, а 50-55% случаев ГЦК связаны именно HBV-инфекцией. В мире ежегодно регистрируется 328 000 случаев смерти от ГЦК, обусловленной HBV [29-32]. Одной из характерных черт современного эпидемического процесса стала высокая частота коинфекции, что обусловлено прежде всего общими эпидемиологическими особенностями распространения гепатотропных вирусов (внутриутробное употребление психоактивных веществ, половой путь передачи, гемотрансфузии, гемодиализ и др.) Распространению вирусных гепатитов в популяции способствуют также ограниченная доступность современной диагностики и противовирусной терапии [26].

#### СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МСЭ

*Обязательными лабораторными исследованиями являются:*

- общий анализ крови, содержание тромбоцитов;
- аланиновая аминотрансфераза (АЛТ), аспарагиновая аминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), билирубин, холестерин, мочевины, креатинин, глюкоза, общий белок, альбумин, С-реактивный белок, кальций крови;
- маркеры вирусных гепатитов;
- коагулограмма;
- общий анализ мочи.

*Обязательные инструментальные исследования:*

- ЭКГ;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчных путей, поджелудочной железы и селезенки;
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

*Дополнительные инструментальные методы исследования:*

- компьютертомографическое исследование (КТ), магнитнорезонансное исследование (МРТ).

Таблица 1

#### Формулировка диагноза

Диагноз	Этиология	Класс по Чалд-Пью	Степень портальной гипертензии	Осложнения
Цирроз печени	Этанолового генеза	Класс С	Декомпенсированная	Отечно-асцитический синдром

#### КРИТЕРИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

*Медико-социальная экспертиза (МСЭ)* проводится в соответствии с положениями действующих нормативных правовых документов о МСЭ: «Правила признания лица инвалидом», утвержденным постановлением Правительства РФ от 20.02.06 № 95, и «классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.12.09 № 1013н, с учетом постановления Прави-



тельства РФ от 07.04.08 № 247 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом».

При формировании экспертного клинико-функционального диагноза обязательно учитываются:

- ❖ стадия цирроза печени (класс по Чайлд-Пью);
- ❖ фаза патологического процесса (морфологическая активность по ИГА, или степень цитолиза, холестаза);
- ❖ степень портальной гипертензии (скрытая, умеренная, развернутая);
- ❖ осложнения (отечно-асцитический, геморрагический синдром-кровотечения из ВРВП и желудка или из геморроидальных вен, ПЭ, формирование цирроза-рака и др.);
- ❖ развитие сочетанных клинических синдромов (гепато-пульмонального, гепатопанкреатического, гепаторенального и др.);
- ❖ характер работы и условия труда;
- ❖ эмоционально-волевые установки на продолжение трудовой деятельности.

При оценке стадии цирроза печени учитывается класс по Чайлд-Пью (табл. 2)

Таблица 2

**Определение степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью**

Признак	Различные прогностические группы		
	A	B	C
Концентрация билирубина сыворотки крови, мкмоль/л (мг%)	<34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	более 51 (>3,0)
Уровень альбумина в сыворотке крови, г/л	>35	28-35	Менее 28
Протромбиновое время (с) или протромбиновый индекс(%)	1-3 (>60)	4-6 (40-60)	Более 6 (< 40)
Асцит	Нет	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо поддается лечению
Энцефалопатия	0	I-II	III-IV

Схема критериев Чайлд-Пью.

Каждый показатель группы А оценивается в 1 балл, группы В – в 2 балла, группы С – в 3 балла. Интерпретацию осуществляют по следующим критериям:

1. Сумма баллов 5-6- Класс А (компенсированный).
2. Сумма баллов 7-9- Класс В (субкомпенсированный).
3. Сумма баллов 10-15-Класс С (декомпенсированный).

При оценке фазы патологического процесса ориентируются по степени цитолиза или если больному проведена пункционная биопсия печени с морфологическим исследованием биоптата на ИГА (индекс гистологической активности) по Knodeli (табл. 3, 4).

Таблица 3

**Биохимические критерии активности хронического гепатита (ХГ) и их ориентировочное соответствие морфологическим критериям активности [33].**

Биохимическая активность	Уровень АЛТ крови	Морфологическая активность по ИГА
Не выявляется	Норма	Нормальная печень или ХГ с минимальной активностью, реже—более выраженная активность, особенно при HCV-инфекции
ХГ со слабой активностью	Повышена менее, чем в 3 раза	Слабо выраженная
Умеренный ХГ	Повышена в 3—10 раз	Умеренно выраженная
Тяжёлый ХГ	Повышена > 10 раз	Выраженная

Степень активности цирроза печени оценивают по уровню АЛТ: **слабо выраженный** – АЛТ не превышает 3-х норм; **умеренно выраженный** – АЛТ от 3-х до 10 норм; **тяжелый** – уровень АЛТ превышает 10 норм. Этот критерий менее надежен, чем ИГА, т.к. биохимическая оценка нередко не отражает тяжести морфологических изменений печени.

Таблица 4

**Оценка гистологических признаков активности хронических гепатитов**

Группы признаков	Характеристика проявлений:	Scheuer	Knodeli
Порто-перипортальные некрозы	Отсутствуют	0	0
	Портальный инфильтрат без некрозов	1	
	Незначительные ступенчатые некрозы	2	1
	Умеренные ступенчатые некрозы, занимающие < 50% окружности большинства портальных трактов	3	3
	Обширные ступенчатые некрозы, занимающие >50% окружности большинства портальных трактов	4	4
	3+мостовидные некрозы		5
	4+мостовидные некрозы		6
Лобулярный компонент	Мультилобулярные некрозы		10
	Отсутствует	0	0
	Воспалительный инфильтрат внутри долек, но без некрозов	1	
	Рассеянные фокальные некрозы в < 1/3 долек или узлов, и/или ацидофильные тельца, баллонная дистрофия	2	1
	Некрозы в 1/3–2/3 долек или узлов;	3	3
	Мостовидные некрозы	4	
Порто-перипортальный инфильтрат	Некрозы в > 2/3 долек или узлов		4
	Инфильтрация портальных трактов отсутствует		0
	Портальный инфильтрат в < 1/3 трактов		1
	Инфильтрат в 1/3 – 2/3 портальных трактов		3
	Порто-перипортальный инфильтрат > 2/3 трактов		4

Минимальная активность – 1-3 балла.

Слабовыраженная активность – 4-8 баллов.

Умеренно выраженная активность – 9-12 баллов.

Тяжелая активность – более 13 баллов.

При оценке портальной гипертензии учитывают степень ее выраженности:

а) скрытая – гепато – и спленомегалия, давление в воротной вене 200-300 мм.вод.ст.;

б) умеренная – варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП), желудка, прямой кишки, переднебоковых отделов брюшной стенки, транзиторный асцит, давление в воротной вене 350-450 мм.вод.ст. ;

в) развернутая и ее тип – выраженный, плохо поддающийся лечению асцит, массивные повторяющиеся кровотечения из ВРВП, давление в бассейне воротной вены превышает 500 мм.вод.ст.

При оценке осложнений ЦП учитывают степень выраженности печеночной энцефалопатии (табл. 5); выраженность и эффективность терапии отечно-асцитического синдрома; наличие в анамнезе геморрагического синдрома: кровотечения из ВРВП или желудка, из геморроидальных вен; инфекционные осложнения (асцит-перитонит) и трансформацию ЦП в ГЦК.

Жизненный прогноз пациентов с ЦП определяют его осложнения. Основными причинами смерти таких больных являются желудочно-кишечные кровотечения (40%), печеночная энцефалопатия (ПЭ) (30%) и инфекционные осложнения (30%) – пневмонии, спонтанный бактериальный перитонит (СБП), мочевые инфекции.

Крайне важна проблема диагностики и лечения инфекционных осложнений ЦП, особенно СБП, частота которого составляет 2,2% от всего контингента больных ЦП и 12,7% от числа больных ЦП и асцитом.

Показано, что кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка является критическим состоянием, при котором погибает почти каждый пятый пациент в течение первых 6 нед. Актуальность этой проблемы определяется тем, что ВРВ пищевода и желудка развиваются у 90% больных ЦП, из них у каждого четвертого возникают кровотечения. После первого эпизода кровотечения умирает каждый второй пациент, более чем у половины из числа выживших в течение первого года возникает рецидив кровотечения, от которого погибает около 30% больных. По дан-



ным ГУ РНЦХ РАМН, от кровотечения из ВРВ чаще умирают мужчины с преимущественно алкогольной этиологией заболевания (52%) и пациенты с вирусным ЦП (24%).

Особое место среди осложнений ЦП занимает гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). Это одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей печени, характеризующая быстро прогрессирующим течением и при отсутствии своевременного лечения неблагоприятным жизненным прогнозом.

В экономически развитых странах последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению ГЦК. Можно выделить три основные причины этого явления: 1) нарастание распространенности ЦП в исходе хронического гепатита С, что в не малой степени обусловлено последствиями сексуальной и наркотической «революции» 60 – 80-х гг. минувшего века; 2) улучшение прижизненной диагностики ЦП; 3) увеличения продолжительности жизни больных ЦП [34].

Таблица 5

**Стадии ПЭ в соответствии с критериями Международной ассоциации по изучению болезней печени (Брайтон, Великобритания, 1992) и стандартизацией номенклатуры, диагностических критериев и прогноза заболеваний печени и желчных путей (Leevy С. et al., 1994)**

Стадия	Психический статус	Двигательные нарушения
Субклиническая	При рутинном исследовании изменения не выявляются, снижение способности к вождению	Нарушение выполнения стандартизованных психомоторных тестов (тест линий, тест чисел)
1	Легкая несобранность, апатия, возбуждение, беспокойство, эйфория, утомляемость, нарушение ритма сна	Легкий тремор, нарушение координации, астериксис
2	Сонливость, летаргия, дезориентация, неадекватное поведение	Астериксис, дизартрия, примитивные рефлексы (сосательный, хоботовый), атаксия
3	Сопор, выраженная дезориентация, нечеткая речь	Гиперрефлексия, патологические рефлексы (Гордона, Бабинского, Жуковс-кого), миоклонии, гипервентиляции
4	Кома	Децеребрационная ригидность (разгибание в руках и ногах) Окулоцефалический феномен На ранних стадиях сохранен ответ на болевые раздражители, на поздней стадии – отсутствие ответа на все раздражители

При развитии сочетанных клинических синдромов (гепато-ренального, гепато-пульмонального и др.), как правило больной погибает, они являются абсолютным показанием для трансплантации печени.

**Принципы оценки ограничений жизнедеятельности при циррозе печени.**

**Трудоспособными** в доступных видах и условиях легкого физического труда, а также умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением, признают больных с циррозом печени класса А по Чайлд-Пью с компенсированной портальной гипертензией. Необходимые ограничения могут быть определены решением клинико-экспертной комиссией лечебно-профилактического учреждения. В подобных случаях больные сохраняют физическую независимость, мобильность, способность заниматься обычной бытовой деятельностью, экономическую самостоятельность и интегрированность в обществе.

**Временная утрата трудоспособности** возникает в активной фазе заболевания при развитии осложнений. Длительность зависит от стадии, степени активности, выраженности нарушений функции печени и осложнений. В среднем при обострении в начальной стадии цирроза печени – 35-40 дней; в развернутой стадии – 60-90 дней.

**Противопоказанные виды и условия труда:** работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, высоким заданным темпом, вынужденным положением тела, вибрацией, вождением транспортных средств, травматизацией надчревной области; воздействием токсических агентов – солей тяжелых металлов, хлорированных углеводородов и нафталинов, бензола и его гомологов; высоких и низких температур.

**Ограничение способности к трудовой деятельности 1-й степени.**

Определяется больным с циррозом печени класса В по Чайльд-Пью с портальной гипертензией субкомпенсированной, с транзиторным асцитом, с наличием осложнений в анамнезе (кровотечений из ВРВП или желудка и др.), с латентной печеночной энцефалопатией.

**Ограничение способности к трудовой деятельности 2-й степени, способности к самообслуживанию 1, или 2-й степени, ориентации 1-й, или 2-й степени, передвижению 1-й степени.**

Определяется больным с циррозом печени класса С по Чайльд-Пью с портальной гипертензией субкомпенсированной и декомпенсированной, с выраженными нарушениями функции печени с развитием осложнений (отечно-асцитический синдром, геморрагический синдром, ПЭ 1-2, 2 ст., синдрома гиперспленизма, и др.).

**Ограничение способности к трудовой деятельности 3-й степени, способности к самообслуживанию 3-й степени, передвижению 3-й степени, ориентации 3-й степени.**

Определяется больным с циррозом печени класса С по Чайльд-Пью с резко выраженной печеночной недостаточностью с ПЭ 3-4 ст. с развитием гепато-ренального, гепатопульмонального, отечно-асцитического синдрома резко выраженного.

### Литература

1. Циммерман, Я.С. Новые данные о хронических гепатитах и циррозах печени: вопросы классификации, номенклатуры, диагностики и лечения : метод. рекомендации / Я.С. Циммерман. – Пермь: [б. и.], 1991. – 20 с.
2. Циммерман, Я.С. Эволюция учения о хронических гепатитах: вопросы классификации, номенклатуры, диагностики и лечения: обзор / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина, 1996. – Т. 74, № 8. – С. 19-24.
3. Анализ летальности у больных циррозом печени / Г.И. Сторожаков, Н. Н. Мерзликина, И. Г. Федоров [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 10-14.
4. Современное состояние проблемы цирроза печени : постановление бюро отделения клин. медицины РАМН от 25.09.2008 // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 87-88.
5. Хроническая интоксикация алкоголем и заболевания печени / А.И. Хазанов, С. В. Плюснин, С.А. Белякин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 43-52.
6. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение : руководство для врачей / Гл. воен. клин. госпиталь им. Н. Н. Бурденко ; под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. – М. : Миклош, 2007. – 600 с.
7. Герасименко, Н. Ф. Здоровое население как фактор обеспечения национальной безопасности России / Н.Ф. Герасименко // Российские медицинские вести. – 1997. – Т. 2, № 3. – С. 5-14.
8. Елизаров, В. Демографическая политика России: от размышления к действиям / В. Елизаров // Вопросы социального обеспечения. – 2008. – № 10. – С. 11-13.
9. Ивашкин, В.Т. Преждевременная смертность в Российской Федерации и пути ее снижения. Стратегия «шесть в четырех» / В. Т. Ивашкин, И. М. Уланова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 1. – С. 8-14.
10. Абдурахманов, Д. Т. Алкогольная болезнь печени / Д. Т. Абдурахманов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 6. – С. 1-10.
11. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных / А. Н. Бобров, А. И. Павлов, С. В. Плюснин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 19-24.
12. Болезни печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : М-Вести, 2005. – 536 с.



13. Танащук, Е. Л. Хронические заболевания печени у больных, злоупотребляющих алкоголем и инфицированных вирусами гепатита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.47 / Е. Л. Танащук ; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – М., 1999. – 29 с.
14. Тишков, В. А. Демографические и этиокультурные аспекты здоровья в Российской Федерации / В. А. Тишков, А. Г. Вишневский // Вестник РАМН. – 2004. – Т. 74, № 5. – С. 440-449.
15. Drinking habits as cofactor of risk for alcohol induced liver damage. The Dionysos Study Group / S. Bellentani, G. Saccoccio, G. Costa [et al.] // Gut. – 1997. – Vol. 41, № 6. – P. 845-850.
16. Coffin, P. O. Cause of death in alcoholic hepatitis / P. O. Coffin, B. A. Sharpe // J. Hosp. Med. – 2007. – Vol. 2, № 1. – P. 51-52.
17. Galactose elimination capacity and prognosis of patients with liver cirrhosis – a Danish registry based cohort study with complete long-term follow-up / P. Jepsen, H. Vilstrup, H. T. Sorensen [et al.] // J. Hepatol. – 2004. – Vol. 40, suppl. 1. – P. 69.
18. Poynard, Tn. Prevention of hepatocellular carcinoma / Tn. Poynard, V. Ratziu // Basis mechanisms of digestive diseases: the rationale for clinical management and prevention / eds.: M. Farting, P. Malferheiner. – Paris, 2002. – P. 115-124.
19. Gastroenterologie : das Referenzwerk fur Klinik und Praxis / hrsg. J. F. Riemann [et al.]. – Stuttgart ; New York, 2007. – Bd. 1: Intestinum ; Bd. 2: Leber, Galle, Pankreas.
20. Sherlock, S. Diseases of the Liver and Biliary System / S. Sherlock, J. Dooley. – 11 th ed. – London : Blackwell, 2002. – 706 p.
21. Изменения этиологических факторов циррозов печени у стационарных больных (1992-2005 гг.) : алкогольный цирроз выходит на первое место по числу больных и высокой летальности / А. И. Хазанов, А. П. Васильев, С. Г. Пехташев [и др.] // Клиническая гепатология. – 2006. – № 2. – С. 11-16.
22. Буеверов, А. О. Алкогольная болезнь печени / А. О. Буеверов, М. В. Маевская, В. Т. Ивашкин // Болезни органов пищеварения. – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 61-65. – (Прил. к «Русскому медицинскому журналу»).
23. Оценка эффективности берлитиона в комплексной терапии больных алкогольным жировым гепатозом и гепатитом / С. Н. Мехтиев, В. Б. Гриневич, Ю. П. Успенский [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – 85-86. – (Материалы IV съезда научного общества гастроэнтерологов России, Москва, 4-6 февр. 2004 г.).
24. Подымова, С. Д. Болезни печени : руководство для врачей / С. Д. Подымова. – М. : Медицина, 1984. – 480 с. : ил.
25. Ткаченко, Е. И. Альфа-липоевая кислота: от известных свойств – к практическому использованию при лечении алкогольной болезни печени / Е. И. Ткаченко, Ю. П. Успенский, Е. В. Балукова // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 8. – С. 72-76.
26. Поливирусные гепатиты: распространенность, диагностика, особенности вирусологического процесса / Л. Ю. Ильченко, Т. М. Царегородцева, И. П. Дьякова [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, № 2. – С. 37-41.
27. Diagnosis, management and treatment of hepatitis C / D. B. Stader [et al.] // Hepatology. – 2004. – Vol. 39, № 4. – P. 1147-1171.
28. Шахильдян, И. В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И. В. Шахильдян, М. И. Михайлов, Г. Г. Онищенко. – М. : ВУНМЦ, 2003. – 383 с. : ил. – (Вопр. практ. эпидемиологии).
29. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors / G. Fattovich [et al.] // Gastroenterology. – 2004. – Vol. 127, № 5, suppl. 1. – P. 35-50.
30. Lupberger, J. Hepatitis B virus-induced oncogenesis / J. Lupberger, E. Hildt / World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13, № 1. – P. 74-81.
31. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide / J. F. Perz, G. L. Armstrong, L. A. Farrington [et al.] // J. Hepatol. – 2006. – Vol. 45, № 4. – P. 529-538.
32. Torresi, J. Antiviral chemotherapy for the treatment of hepatitis B virus infections / J. Torresi, S. Locarnini // Gastroenterology. – 2000. – Vol. 118, № 2, suppl 1. – P. 83-103.
33. Губергриц, Н. Б. Хронические гепатиты и циррозы печени : современные классификация, диагностика и лечение : учеб. пособие для интернов и врачей / Н. Б. Губергриц. – Донецк : Лебедь, 2002. – 164 с.
34. Современное состояние проблемы цирроза печени : постановление бюро отделения клинич. медицины РАМН от 25.09.2008 // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 87-88.

## **BASIC METHODS OF EXPERT EXAMINATION OF TEMPORARY OR STABLE DYSABILITY IN CASES OF LIVER CIRRHOSIS**

**T.V. Dmitrieva**  
**V.N. Dmitriev**

*Belgorod  
State  
University*

*e-mail: tdmitrieva1@mail.ru*

In the learning aid methods of malfunctions detection in patients with liver cirrhosis, degree of disability, measures of social protection are presented. These criteria help to determine degree of dysability during medical examination.

Key words: liver cirrhosis, social protection, disability.