

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 616.98:578.828.6 – 036.865 – 036.8

ЗАПОРОВАННЫЙ
Юрий Борисович

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.06 – медико-социальная экспертиза
и медико-социальная реабилитация

Минск, 2016

Научная работа выполнена в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Научный руководитель: **Смычек Василий Борисович**, доктор медицинских наук, профессор, директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Официальные оппоненты: **Овсянник Юлия Анатольевна**, кандидат медицинских наук, главный врач учреждения здравоохранения «17-я городская клиническая поликлиника»

Жаворонок Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры инфекционных болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Оппонирующая организация Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Защита состоится «20» июня 2016 г. в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.04 при государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» по адресу: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3, тел. (8-017) 265 36 12, e-mail: dissovet@tut.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Автореферат разослан « 19 » мая 2016 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций

А. В. Волотовская

ВВЕДЕНИЕ

Последствия эпидемии ВИЧ-инфекции, которые испытывает и Республика Беларусь, носят комплексный, многоуровневый характер, оказывая негативное влияние на многие сферы жизнедеятельности нашего общества [UNAIDS 2014; Онищенко Г. Г., 2009].

Литературные данные, касающиеся инвалидности, связанной с ВИЧ, скудны и противоречивы. Этим обусловлена необходимость в более детальном изучении различных аспектов данной проблемы, включающих уровень, структуру, динамику, а также другие её особенности [L. M. Banksetal., 2015].

Широкий спектр клинических проявлений ВИЧ-инфекции, её частое сочетание с разнообразной сопутствующей патологией, отсутствие научно-обоснованных критериев медико-социальной оценки последствий данного заболевания приводят к затруднениям в диагностике имеющихся нарушений функций органов и систем таких пациентов, а также в оказании им реабилитационной помощи [C. Worthingtonetal., 2005].

Вместе с тем, реабилитационные технологии при ВИЧ-инфекции способны восстановить функцию или свести к минимуму ограничения, позволяют продолжить трудовую деятельность, тем самым предотвращают социальную дезадаптацию [Cho E., 2013].

При активном развитии в структуре здравоохранения Республики Беларусь службы реабилитации, вопросы оказания реабилитационной помощи пациентам с ВИЧ пока остаются без должного внимания. Имеющиеся разрозненные, единичные публикации, посвящённые реабилитации пациентов с ВИЧ в ближнем и дальнем зарубежье, при отсутствии исследований посвящённых этой тематике в нашей стране, не позволяют сформировать подходы к комплексной реабилитации данной группы пациентов.

Таким образом, в настоящее время имеется настоятельная необходимость в разработке современных критериев определения инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также в создании научно-обоснованных подходов к реабилитации пациентов с данной патологией, чему и посвящено настоящее диссертационное исследование.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными программами (проектами) и темами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с тематическим планом научно-исследовательских работ государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и

реабилитации» в рамках отраслевой научно-технической программы «Разработать и усовершенствовать экспертно-реабилитационные технологии медицинской, профессиональной и трудовой реабилитации («Экспертно-реабилитационные технологии»): задание 01.10 «Разработать и внедрить научно-обоснованные критерии медико-социальной экспертизы и программу реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией» (№ госрегистрации 20130642, срок выполнения 2013–2015 годы).

Цель и задачи исследования

Цель исследования: усовершенствовать процесс определения инвалидности и реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией путем разработки и внедрения научно-обоснованных критериев медико-социальной экспертизы и методики реабилитации пациентов с данной патологией.

Задачи исследования:

1. Осуществить анализ медико-социальных последствий, связанных с ВИЧ-инфекцией в Гомельской области за долговременный период (2002–2013 гг.). Установить особенности формирования временной нетрудоспособности и первичной инвалидности при данном заболевании.

2. Разработать методику медико-социальной экспертизы ВИЧ-инфицированных, выделить особенности формирования клинко-функционального диагноза при данном заболевании.

3. Разработать оптимальные сроки временной нетрудоспособности при ВИЧ-инфекции и критерии установления инвалидности при данной патологии.

4. Определить особенности составления индивидуальной программы реабилитации пациентам с ВИЧ-инфекцией. Разработать методику этапной реабилитации пациентов с данной патологией.

5. Разработать программы реабилитации и критерии их эффективности для пациентов с ВИЧ-инфекцией с учетом мероприятий социального, психологического и профессионального аспектов реабилитации.

Научная новизна

1. Впервые осуществлен научный анализ медико-социальных последствий, связанных с ВИЧ-инфекцией за долговременный период (2002–2013 гг.), который позволил установить особенности формирования уровня временной нетрудоспособности и особенности формирования первичной инвалидности (ПИ) при данном заболевании.

2. Разработана методика осуществления медико-социальной экспертизы пациентам с ВИЧ-инфекцией, предполагающая реализацию ряда последовательных этапов с выходом на конкретное экспертное решение.

3. Установлены особенности формирования клинико-функционального диагноза, включающие клинические критерии, иммунологические критерии, наличие и выраженность сопутствующей патологии.

4. Разработаны критерии нарушений функций и ограничений жизнедеятельности (ОЖ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией с учетом предложенной схемы определения степени нарушения функций иммунитета и недостаточности питания при вагинг-синдроме.

5. Установлены особенности проведения экспертизы временной нетрудоспособности ВИЧ-инфицированным пациентам, разработаны оптимальные сроки ВН при данном заболевании для стационарного этапа лечения.

6. Разработаны критерии установления инвалидности пациентам с ВИЧ-инфекцией. Предложен алгоритм осуществления МСЭ и признания пациента с ВИЧ-инфекцией инвалидом.

7. Определены особенности составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) пациентам с ВИЧ-инфекцией, разработан алгоритм взаимодействия учреждений различных ведомств по ее формированию и реализации.

8. Разработаны программы реабилитации и критерии ее эффективности в зависимости от клинической категории ВИЧ-инфекции у пациента.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространенность ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь привела к нарастающим медико-социальным последствиям, обусловленным заболеваемостью с временной утратой трудоспособности и инвалидностью. Инвалидность при этой патологии характеризуется быстрым ростом уровня, высокой тяжестью, быстрой инвалидизацией, молодым возрастом пациентов, высокой летальностью, а также низким процентом реабилитации. Прогнозируется дальнейший рост уровня ПИ и ВН, связанной с ВИЧ, а также соответствующие изменения общей нозологической структуры этих показателей.

2. Медико-социальная экспертиза пациентов с ВИЧ-инфекцией должна основываться на комплексном подходе, включающем впервые созданные и научно-обоснованные критерии медико-социальной оценки ограничения жизнедеятельности, оценку прогноза заболевания, нарушений иммунитета и питания, социальных, профессиональных факторов, влияющих на степень ограничения категорий жизнедеятельности, разработанные критерии ВН и инвалидности.

3. Разработанная методика комплексной реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией, включающая медицинские, социальные и профессиональные аспекты реабилитации с учетом реабилитационных возможностей пациентов,

позволит повысить эффективность реабилитации и качество жизни лиц, страдающих данным заболеванием.

Личный вклад соискателя ученой степени

Клиническое обследование пациентов, формирование базы данных выполнены при участии сотрудников Гомельской центральной МРЭК. Исследование медицинской документации, обработка клинических и клинико-инструментальных данных, описание полученных результатов, выделение экспертно-реабилитационных особенностей ВИЧ-инфекции и формирование выводов выполнены лично автором при консультативной помощи научного руководителя д.м.н., профессора В. Б. Смычка. Обработка, теоретическое обобщение и описание полученных данных, формирование выводов, создание критериев оценки реабилитационных возможностей, критериев медико-социальной оценки ограничения жизнедеятельности, технологии медицинской реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией принадлежат диссертанту при консультативной помощи научного руководителя. Статистическая обработка результатов, написание и оформление диссертационной работы выполнены диссертантом самостоятельно. Все основные научные результаты диссертационного исследования автором получены самостоятельно и отражены в научных публикациях. Соискателем совместно с научным руководителем в соавторстве разработаны и утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь инструкции по применению. Суммарное участие в публикациях составило 85%.

Апробация результатов диссертации и информация об использовании ее результатов

Результаты исследования и основные положения диссертации докладывались и обсуждались на Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации больных и инвалидов» (Минск, 20–21 мая 2010), Международной научной конференции «Современные аспекты внедрения МКФ в медицинскую практику в Республике Беларусь и Российской Федерации» (Минск, 2015), Научно-практической конференции «4-й всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи» (Львов, 2016). Имеется 33 акта внедрения результатов диссертационного исследования в практическое здравоохранение.

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ: статьи в рецензируемых научных изданиях, входящих в перечень ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований – 5 (2,04 авторских листа); статьи в сборниках научных трудов – 3; материалы конференций и тезисы докладов – 4.

Министерством здравоохранения утверждены 3 инструкции по применению, включающие практические аспекты диссертационного исследования.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, включающей 5 глав, в том числе аналитический обзор литературы, материал и методы исследования, 3 главы собственных исследований, заключения с рекомендациями по практическому использованию разработок, библиографического списка, приложений. Полный объем диссертации составляет 160 страниц, содержит 41 таблицу и 8 рисунков (35 страниц), 1 формулу, приложения (36 страниц). Библиографический список (18 страниц) состоит из 192 использованных источников, который включает 94 работы на русском языке и 112 на иностранном языке, списка публикаций соискателя (12 работ).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Объектами научного исследования являлись 822 пациента с ВИЧ-инфекцией, проживавших в Гомельской области Республики Беларусь (353 пациента «Гомельской областной медико-реабилитационная экспертная комиссии»; 319 пациентов учреждения «Гомельская областная клиническая инфекционная больница»; 150 пациентов 4-х поликлинических учреждений г. Гомеля).

С целью подтверждения наличия у пациента болезни, вызванной ВИЧ, осуществлялась оценка соматического и иммунологического статусов, позволявшая в дальнейшем выделить реабилитационно-экспертные особенности патологии, а также объективизировать оценку степени выраженности нарушений органов и систем организма. Осмотр и обследование пациентов МРЭК производились в соответствии с технологией экспертно-реабилитационной диагностики. Нарушения функций органов и систем организма и категорий жизнедеятельности пациента, в целях унификации в оценке разных параметров, определялись через понятие функциональный класс (ФК), ранжируемое по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где интервалы между баллами оцениваются в процентах: ФК 0 (0%) – характеризует нормальное состояние параметра или незначительное нарушение функции или категории жизнедеятельности; ФК I (1–25%) – легкое нарушение; ФК II (26–50%) – умеренное нарушение; ФК III (51–75%) – выраженное нарушение; ФК IV (76–100%) – резко выраженное нарушение вплоть до полной утраты функции или способности.

ИПР составлялась на основании экспертного решения, с учётом нуждаемости пациента в мерах медицинской, профессиональной, социальной реабилитации.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ: учета инвалидов «РИАС МЭРИ», стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel; прикладные статистические программы WinPEPI и Statistika 6.

Применялись методы описательной статистики. Для описания вариационных рядов в случае нормального распределения признаков вычислялась средняя арифметическая величина (M), ошибка средних арифметических величин (m). Достоверность различий количественных показателей между исследуемыми группами, в которых данные распределялись по нормальному закону, определялась по t -критерию Стьюдента. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывались абсолютное число, относительная частота в процентах \pm величина доверительного интервала показателя, при $p = 0,05$. Сравнение качественных признаков, в случае отклонения значений от нормального распределения, проводилось с использованием критерия χ^2 . При изучении зависимостей между показателями проводился корреляционный анализ с вычислением коэффициентов корреляции Пирсона (r) и ранговой корреляции Спирмена (R_s). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Прогноз динамики первичного выхода на инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции рассчитан методом наименьших квадратов с использованием линейно-квадратичной модели.

Результаты исследования

Научный анализ медико-социальных последствий, связанных с ВИЧ-инфекцией, за длительный период (2002–2013 гг.) позволил установить особенности формирования ВН и ПИ при данном заболевании.

Проведенное исследование трудопотерь, обусловленных ВН при ВИЧ-инфекции, позволило установить особенности формирования уровня ВН у данного контингента, а именно: доказано, что значительная часть (42,1%) ЛН, выданных в стационаре, находящихся в прямой причинно-следственной связи с ВИЧ-инфекцией кодируется по другим, не связанным с ВИЧ, рубрикам МКБ-10.

Средняя длительность [ДИ, $p = 0,05$] ВН на стационарном этапе лечения ВИЧ-инфицированных пациентов составила: по коду В20 – 9,9 [8,0 ÷ 11,8]; В22 – 11,7 [9,7 ÷ 13,8]; В23 – 11,3 [7,6 ÷ 14,9] дней.

Установлено, что основное количество (75,7% \pm 7,1%) выданных в стационаре ЛН, связанных с лечением проявлений ВИЧ-инфекции в инфекционном стационаре были обусловлены такими проявлениями

данного заболевания, как болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями кандидоза (В20.4) – 36,4% случаев стационарного лечения, и болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках (В22.7) – 39,3% случаев (таблица 1).

Таблица 1. – Анализ длительности стационарного лечения пациентов с основным диагнозом ВИЧ-инфекция (код В20–В23)

Код МКБ	Всего случаев госпитализации		Длительность нахождения в стационаре	Средняя длительность нахождения в стационаре	Всего случаев выдачи ЛН		Всего дней ВН		Средняя длительность нахождения в стационаре на ЛН
	Абс.	%			Абс.	%	Абс.	%	
В20.1	2	0,6	23	11,5	1	0,7	5	0,3	5
В20.2	1	0,3	31	31	1	0,7	31	2,1	31
В20.3	1	0,3	12	12	1	0,7	12	0,8	12
В20.4	132	38,8	1180	8,94	51	36,4	461	30,7	9,04
В20.6	1	0,3	5	5	0	0,0	0	0,0	0
В20.7	41	12,1	436	10,6	20	14,3	226	15,0	11,3
В21.2	1	0,3	17	17	0	0,0	0	0,0	0
В22.7	139	40,9	1781	12,8	55	39,3	645	42,9	11,7
В23.1	15	4,4	109	7,27	6	4,3	59	3,9	9,83
В23.2	1	0,3	1	1	0	0,0	0	0,0	0
В23.8	6	1,8	67	11,1	5	3,6	65	4,3	13
Всего	340	100,0	3662	11,7	140	100,0	1504	100,0	9,4

Выявлено увеличение продолжительности нахождения на листке ВН у пациентов с ВИЧ в поликлиниках, при острых инфекциях верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (код J06 – 9,67 дней, доверительный интервал при уровне значимости $p = 0,05$ [6,92 ÷ 12,41].) на 1,37 дня, по сравнению с длительностью ВН всех пациентов с данной патологией (8,3 дня).

Средний временной интервал от постановки на диспансерный учёт до определения больному ВН в стационаре составил 9,7 года. Доверительный интервал при уровне значимости 0,05 составил [9,50 ÷ 9,89]. По результатам проведенного лечения приступить к труду было рекомендовано в 215 (88,8%) случаях, лечение продлено в 27 (11,2%) случаях.

ПИ, обусловленная ВИЧ начала регистрироваться спустя 7 лет после вспышки ВИЧ-инфекции в г. Светлогорск и имеет тенденцию к росту: 2005 г. – 0,21; 2006 г. – 0,37; 2007 г. – 0,36; 2008 г. – 0,5; 2009 г. – 0,44; 2010 г. – 0,59; 2011г. – 0,68; 2012 г. – 0,74; 2013 г. – 1,2 на 10 тысяч трудоспособного населения (рисунок 1).

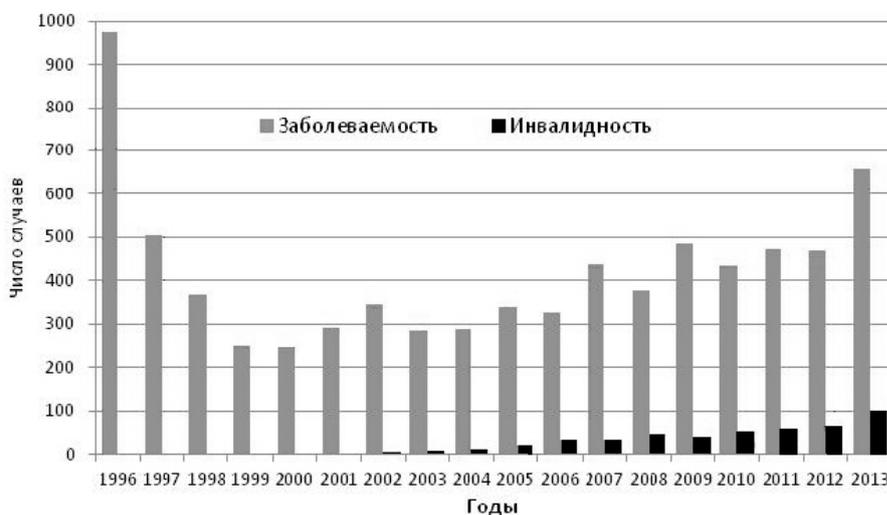


Рисунок 1. — Динамика первичной заболеваемости и ПИ в Гомельской области за период 1996– 2013 гг.

Возрастает «вклад» данного профиля инвалидности и в общую структуру первичной инвалидности трудоспособного возраста области: 2002 г. – 0,11%, в 2003 г. – 0,16%, в 2004 г. – 0,23%, в 2005 г. – 0,4%, в 2006 г. – 0,8%, 2007 г. – 0,8%, в 2008 г. – 1,4%, в 2009 г. – 1,3%, в 2010 г. – 1,7%, в 2011 г. – 1,8%, в 2012 г. – 1,9%, в 2013 г. – 2,9%.

При сравнении доли пациентов с ПИ, вызванной ВИЧ – инфекцией в структуре всей ПИ в начале исследования (2008 г. – $0,69 \pm 0,2$) с аналогичным показателем при окончании исследования (2013 г. – $1,14 \pm 0,22$) выявлен статистически значимый рост ПИ, вызванной ВИЧ – инфекцией ($t = 2,97$, $p = 0,01$).

Анализ данных ПИ за период 2002–2013 годы позволяет спрогнозировать рост её уровня на ближайшие годы (рисунок 2).

Фактические данные достаточно надежно описываются линейно-квадратичной моделью с высоким значением коэффициента детерминации ($R^2 = 0,92$). В соответствии с указанной моделью число впервые признанных инвалидами вследствие данной патологии составит в 2016 г. – 124 человек, в 2017г. – 138 человек.

Выявлена особенность формирования ПИ, ранее не описанная в научной литературе. В структуре вышедших на ПИ можно выделить 3 разнородные группы пациентов (с короткими, средними и длительными сроками выхода

на ПИ). Это обстоятельство, а также немонотонный характер динамики заболеваемости должно быть учтено, при прогнозировании ПИ.

Данные о структуре впервые признанных инвалидами в зависимости от срока наблюдения за последние 3 года изучаемого периода и статистика первичной заболеваемости за период 1996 – 2013 гг. позволяют сделать прогноз не только общего числа инвалидов, но и их распределения по срокам выхода на инвалидность. Установлено, что доля признанных инвалидами, из числа заболевших за текущий и последние 2 года составляет 0,014; за период 3 – 10 лет составляет 0,008; за более ранний период вплоть до 1996 г – 0,011. Таким образом распределение впервые признанных инвалидами в текущем (последнем году наблюдения) может быть представлено уравнением:

$$x = A1*0,014 + A2*0,008 + A3*0,011, \text{ где} \quad (1)$$

$A1$ – число заболеваний, зарегистрированное в текущий и 2 последних года;

$A2$ – число заболеваний, зарегистрированное в интервале 3 – 10 предыдущих лет;

$A3$ – число заболеваний, зарегистрированное ранее последнего 10 летнего периода (до 20 лет и более).

Среднесрочное прогнозирование к 2020 г. позволяет ожидать 1130 – 1230 случаев ПИ, без учёта данных о высокой летальности в данной группе.

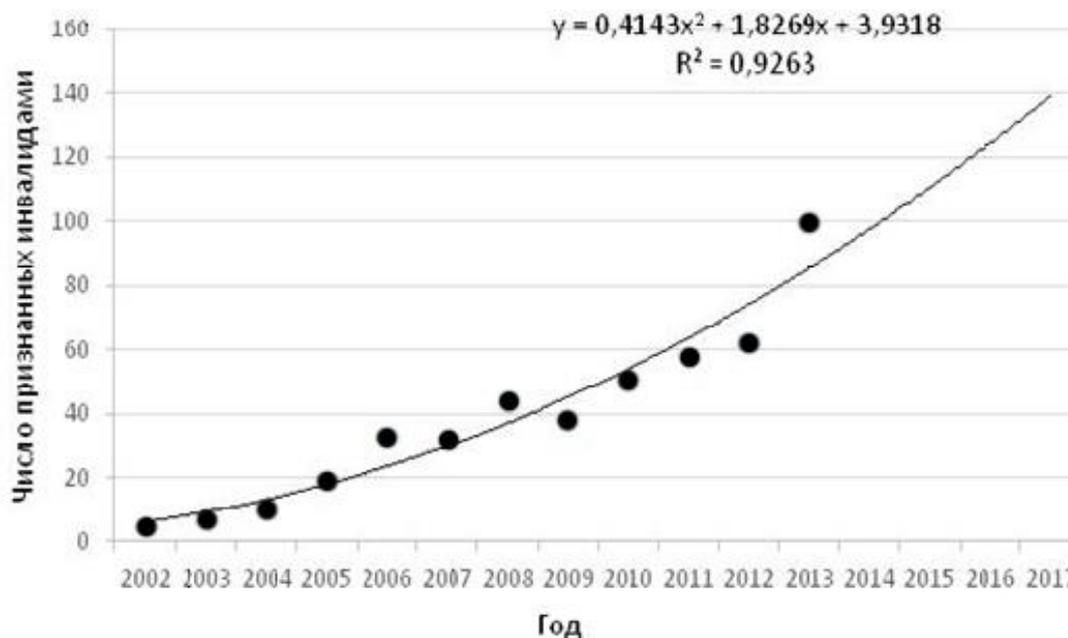


Рисунок 2. – Прогноз ПИ вследствие ВИЧ-инфекции на ближайшие годы

Нами установлены особенности формирования ПИ при ВИЧ-инфекции у пациентов, а именно: инвалидность при ВИЧ-инфекции отличается быстрым

ростом её уровня, высокой тяжестью ($76,2 \pm 4,4$), быстрой инвалидизацией (средняя продолжительность от постановки на диспансерный учёт до определения больному инвалидности составила $8,3 [7,7 \div 8,9]$ года, молодым возрастом (средний возраст пациентов поликлиника + стационар $34,92 [34,3 \div 35,6]$), высокой летальностью (с 2008 по 2013 гг. умерло $34,6 \pm 5,0\%$ первично-признанных инвалидами), а также низким показателем ($3,0\%$) полной реабилитации. При этом женщины в этой группе имели более высокий социальный статус ($\chi^2 = 25,8$ при критическом значении $3,84$).

Нозологическая структура инвалидности представлена в основном двумя рубриками заболеваний по МКБ-10: В20 – $49,9 \pm 5,2\%$ и В22 – $42,5 \pm 5,2\%$. При анализе четырёхзначных подрубрик первое ранговое место занял код – В22.7 – $30,3\%$; второе – код В20 – $17,0\%$; третье – код В20.7 – $16,1\%$; четвертое – код В20.0 – $12,5\%$. При этом, наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими ограничения жизнедеятельности и, как следствие инвалидности, являются патология нервной системы ($47,9 \pm 5,2\%$), туберкулёз ($32,9 \pm 4,9\%$), злокачественные новообразования ($5,9 \pm 2,5\%$).

Выявлено разнообразие проявлений и их сочетаний в данной группе пациентов, которые соответственно приводили к различным нарушениям функций. У пациентов МРЭК с ВИЧ преобладали нарушения: иммунитета – $58,6 \pm 5,1\%$, пищеварения – $49,8 \pm 5,2\%$, статодинамических функций – $17,3 \pm 3,9\%$. Реже выявлялись нарушения функции психической сферы – $12,5 \pm 3,5\%$, системы кровообращения – $11,0 \pm 3,3\%$, дыхательной системы – $6,2 \pm 2,5\%$, сенсорных функций – $2,3 \pm 1,6\%$. При этом, способность к самообслуживанию была ограничена у 290 ($82,2 \pm 4,0\%$) человек, причем наиболее часто имело место ограничение самообслуживания, соответствующее ФК-3 – 101 ($28,6 \pm 4,7\%$) случай и ФК-2 – 93 ($26,3 \pm 4,6\%$) случаях. Способность к передвижению у пациентов исследуемой группы была нарушена у 290 ($82,2 \pm 4,0\%$) человек. При этом ограничения передвижения наиболее часто соответствовали ФК2 (у 104 ($29,5 \pm 4,8\%$) человек) и ФК3 (у 88 ($24,9 \pm 4,5\%$) человек). Способность к трудовой деятельности была нарушена у 335 ($94,9 \pm 2,3\%$) человек, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности, соответствующее ФК-1 имело место только у 1 ($0,3\%$) человек, ФК-2 – у 80 ($22,7 \pm 4,4\%$) человек, ФК-3 – у 192 ($54,4 \pm 5,2\%$) человек и ФК-4 у 62 ($17,6 \pm 4,0\%$) человек. Еще у 18 ($5,1 \pm 2,3\%$) человек способность к трудовой деятельности была не ограничена. По результатам освидетельствования признано нетрудоспособными – 237 ($67,1 \pm 4,9\%$) человек, даны трудовые рекомендации – 116 ($32,9 \pm 4,9\%$) человек.

Установлено, что состояние функции иммунитета играет в экспертно-реабилитационной диагностике ВИЧ-инфекции важное, но не решающее значение, поскольку оно достаточно динамично, часто не совпадает с

нарушениями других функций и критериев жизнедеятельности, приводящих к инвалидности. Связь между степенью нарушения функции иммунитета, и нарушениями других функций организма колеблется от прямо пропорциональной до обратно пропорциональной и соответствующими коэффициентами корреляции по нарушению статодинамической функции ($r = 0,68$), по нарушению функции органов дыхания ($r = -0,94$) и функции кровообращения ($r = -0,35$).

Нарушение функции иммунитета запускает сложный патогенетический механизм, вызывающий нарушение нескольких функций организма, и как следствие, нарушение нескольких основных критериев жизнедеятельности, что может приводить к развитию синдрома взаимного отягощения.

Нами разработана методика осуществления медико-социальной экспертизы пациентам с ВИЧ-инфекцией, предполагающая реализацию ряда последовательных этапов (изучение медицинской документации, сбор анамнеза и осмотр пациента (имеет свои определенные особенности); установление клинико-функционального диагноза (также имеет свои особенности); определение имеющихся нарушений органов и систем, а также ограничений жизнедеятельности; определение медицинского прогноза; определение клинико-трудового прогноза; принятие экспертного решения (по предполагаемым критериям временной нетрудоспособности и инвалидности) для пациентов с ВИЧ-инфекцией) с выходом на конкретное экспертное решение. Установлены особенности формирования клинико-функционального диагноза, включающие клинические критерии (наличие оппортунистических инфекций приводящих к различным осложнениям; наличие онкологических заболеваний (саркома Капоши, злокачественные лимфомы); другие признаки: (ВИЧ-деменция; ВИЧ-кахексия), иммунологические критерии (подтверждение наличия ВИЧ-инфекции (иммуноферментный анализ; тест в иммуноблотинге; полимеразная цепная реакция); определение уровня CD4 лимфоцитов, наличие и выраженность сопутствующей патологии.

Разработаны критерии нарушений функций (по ФК в зависимости от количества клеток CD-4) и ограничений жизнедеятельности (способности к передвижению, самообслуживанию, контролю поведения, участию в трудовой деятельности) у пациентов с ВИЧ-инфекцией с учетом предложенной схемы определения степени нарушения функций иммунитета и недостаточности питания при вагинг-синдроме.

Установлены особенности проведения экспертизы ВН этих пациентов, которые заключаются в том, что у пациентов с ВИЧ-инфекцией при определении ВН нужно учитывать два вида критериев: медицинские (клиническая стадия заболевания; вид и степень нарушения функций пораженных органов и систем; вид и степень выраженности ограничений жизнедеятельности; медицинский

прогноз (в т.ч. наличие и эффективность антиретровирусной терапии, профилактики осложнений, возможность медицинской реабилитации) и социальные (клинико-трудовой и социально-бытовой статус).

Нами впервые разработаны оптимальные сроки ВН при данном заболевании для стационарного этапа лечения, которые позволяют оптимизировать оказание лечебной помощи с данной патологией, обосновать средние сроки пребывания на койке, с максимальной клинической эффективностью и экономической целесообразностью.

Разработаны и предложены критерии установления инвалидности пациентам с ВИЧ-инфекцией, учитывающие клиническую стадию заболевания (сочетанное использование классификации CDC 1993 г. и классификации ВОЗ 2006г.); степень нарушения функций пораженных органов и систем; степень выраженности ограничений жизнедеятельности; медицинский прогноз (в т.ч. наличие и эффективность АРТ, профилактики осложнений, возможность медицинской реабилитации); трудовой прогноз; возможность социальной реабилитации. Предложен алгоритм осуществления МСЭ и признания пациента с ВИЧ-инфекцией инвалидом, включающий определение клинической стадии заболевания, определения ФК нарушения органов и систем, ФК ограничений жизнедеятельности, определения медицинского и трудового прогноза, группы инвалидности, составления ИПР.

С учётом полученных данных, для повышения качества экспертизы инвалидности нами осуществлена группировка критериев в виде 4 функциональных классов с краткой клинико-функциональной характеристикой синдрома и ведущих нарушений функции органов и систем. При этом определены такие ограничения жизнедеятельности, которые имеют место при том или ином ФК нарушений у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

С учётом выявленных особенностей этой группы пациентов, была разработана методика реабилитации, включающая особенности составления индивидуальной программы реабилитации, разработанную схему взаимодействия учреждений различных ведомств по её формированию и реализации, алгоритм медицинской, профессионально-трудовой и социально-бытовой реабилитации пациентов ВИЧ-инфекцией; аспекты формирования медицинского, профессионального и социального разделов индивидуальной программы реабилитации (рисунок 3).

Нами разработаны программы реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией в зависимости от клинической категории и предусматривающие мероприятия медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации. При этом критериями эффективности выполнения программы реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией в клинической категории А являются: отсутствие признаков прогрессирования заболевания; снижение

частоты и длительности ВН; отсутствие или снижение количества жалоб пациента, связанных с его эмоционально-психологическим состоянием, а также результаты объективного психологического обследования; в плане профессиональной и трудовой реабилитации – трудоустроенность пациента либо подбор перечня профессий, соответствующих его клинко-функциональным и профессиографическим критериям.

В клинической категории В: сохранение трудоспособности, снижение частоты и длительности ВН; полная ликвидация ограничений жизнедеятельности или их сохранение не выше ФК 1.

В клинической категории С: предупреждение инвалидизирующих последствий ВИЧ-инфекции, возвращение к труду в своей профессии; минимизация ограничений жизнедеятельности, вызванных осложнениями ВИЧ-инфекции; снижение тяжести инвалидности.

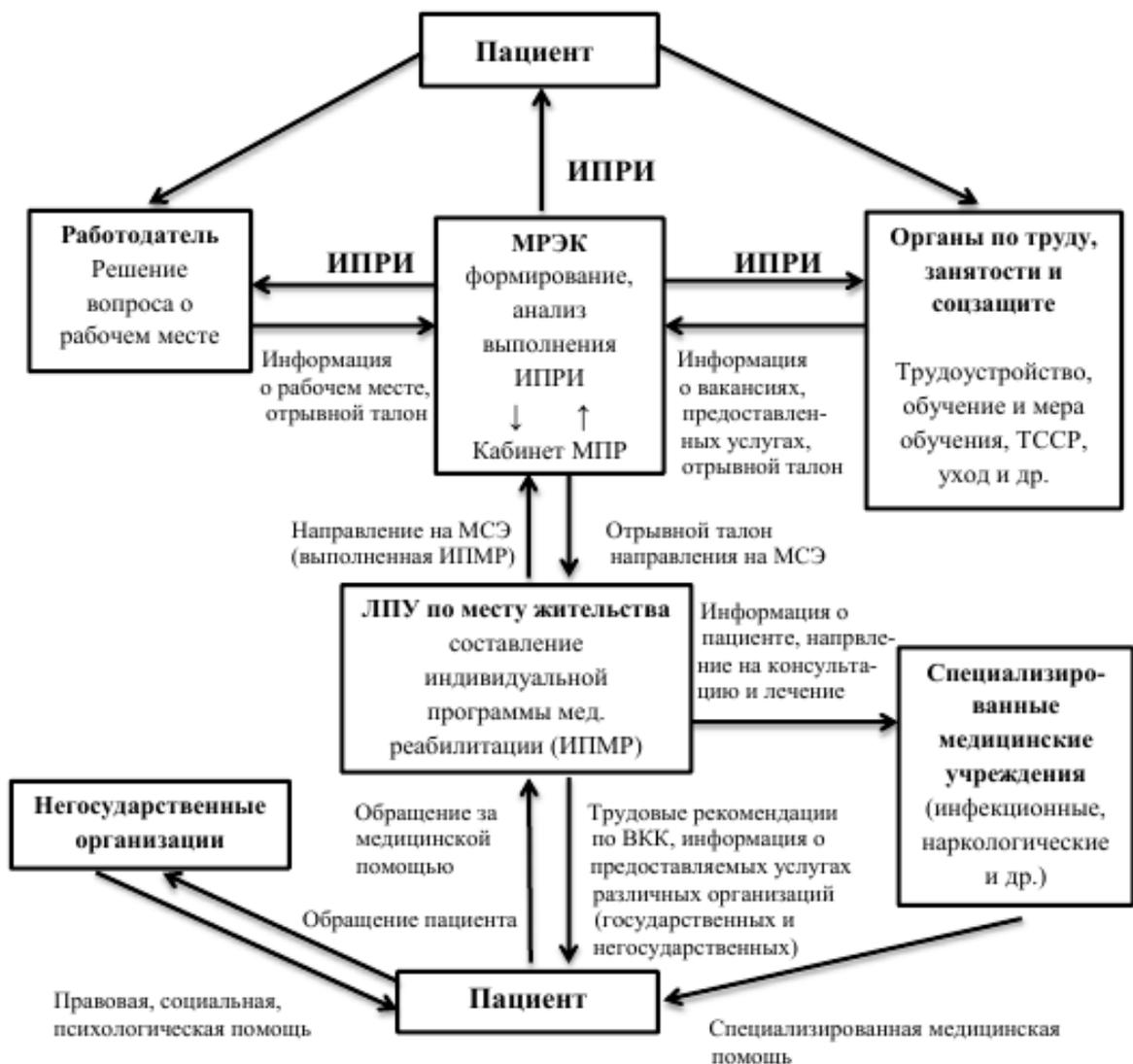


Рисунок 3. — Схема взаимодействия учреждений по формированию и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида с ВИЧ-инфекцией

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Осуществлен анализ медико-социальных последствий, связанных с ВИЧ-инфекцией в Гомельской области за долговременный период (2002–2013 гг.), который позволил установить особенности формирования временной нетрудоспособности у пациентов с ВИЧ-инфекцией, а именно: ВН при ВИЧ-инфекции имеет «латентный» характер, поскольку значительная часть пациентов, которым назначается лечение ($55,5 \pm 5,5\%$ пациентов стационара), не обращаются за выдачей листка нетрудоспособности в силу ведения асоциального образа жизни и отсутствия постоянного места работы; далеко не все пациенты, страдающие данным заболеванием, своевременно обращаются за медицинской помощью, вследствие чего листки нетрудоспособности впервые выдаются спустя длительное время после начала заболевания. Средний временной интервал от постановки на диспансерный учёт до определения больному ВН в стационаре составил 9,7 года. Доверительный интервал при уровне значимости 0,05 составил $[9,50 \div 9,89]$.

По данным нашего исследования значительная часть – 227 (40,0%) случаев госпитализаций и соответственно 102 (42,1%) случая ВН, находящихся в прямой причинно-следственной связи с ВИЧ-инфекцией, кодируется по другим, не связанным с ВИЧ, рубрикам МКБ-10.

Средняя длительность [ДИ, $p = 0,05$] ВН на стационарном этапе лечения ВИЧ-инфицированных пациентов составила: по коду В20 – 9,9 $[8,0 \div 11,8]$; В22 – 11,7 $[9,7 \div 13,8]$; В23 – 11,3 $[7,6 \div 14,9]$ дней.

Одной из причин госпитализации и соответственно ВН являлось первичное назначение (24,1%) или смена (8,2%) АРТ.

Выявлено увеличение продолжительности нахождения на листке ВН у пациентов с ВИЧ при острых инфекциях верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (код J06 – 9,67 дней, доверительный интервал при уровне значимости 0,05 $[6,92 \div 12,41]$.) на 1,37 дня, по сравнению с длительностью ВН всех пациентов с данной патологией (8,3 дня) $[2,8,12]$.

2. Установлены особенности формирования ПИ при ВИЧ-инфекции у пациентов, а именно: инвалидность при ВИЧ-инфекции отличается быстрым ростом её уровня, высокой тяжестью ($76,2 \pm 4,4$), быстрой инвалидизацией (средняя продолжительность от постановки на диспансерный учёт до определения больному инвалидности составила 8,3 года, 95%-ный доверительный интервал составляет $[7,7 \div 8,9]$), молодым возрастом (средний возраст пациентов поликлиника + стационар 34, 92 $[34,3 \div 35,6]$), высокой

летальностью (с 2008 по 2013 гг. умерло $34,6 \pm 5,0\%$ первично-признанных инвалидами), а также низким показателем ($3,0\%$) полной реабилитации.

Нозологическая структура инвалидности представлена в основном двумя рубриками заболеваний по МКБ-10: В20 – $49,9 \pm 5,2\%$ и В22 – $42,5 \pm 5,2\%$. При этом, наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими ограничения жизнедеятельности и, как следствие инвалидности, являются патология нервной системы ($47,9 \pm 5,2\%$), туберкулёз ($32,9 \pm 4,9\%$), злокачественные новообразования ($5,9 \pm 2,5\%$). Выявлено значительное разнообразие проявлений ВИЧ-инфекции и сочетаний ($67,7 \pm 4,9\%$) этих проявлений у данной группы пациентов, которые соответственно приводили к различным нарушениям функций (иммунитета – $58,6 \pm 5,1\%$, пищеварения – $49,8 \pm 5,2\%$, статодинамических функций – $17,3 \pm 3,9\%$ и др.), и как следствие к различной степени ОЖ (в основном способности к трудовой деятельности $94,9 \pm 2,3\%$, самообслуживанию $82,2 \pm 4,0\%$ и передвижению $82,2 \pm 4,0\%$) [1, 3, 5, 6, 9, 10, 11].

3. Прогноз уровня ПИ, с использованием линейно-квадратичной модели, а также разработанной для целей прогноза трудопотерь, обусловленных ВИЧ-инфекцией «структурной модели» показывает, что в ближайшем будущем число впервые признанных инвалидами будет неуклонно расти ($R^2 = 0,9263$), и к 2020 г. можно ожидать 1130 – 1230 случаев ПИ, без учёта данных о высокой летальности в данной группе, что, в свою очередь, повлияет на сложившуюся общую структуру ПИ [3].

4. Разработана методика осуществления МСЭ пациентам с ВИЧ-инфекцией, предполагающая реализацию ряда последовательных этапов (изучение медицинской документации, сбор анамнеза, осмотр пациента, установление клиничко-функционального диагноза, определение нарушений органов и систем, позволяющих объективизировать степень выраженности ограничений жизнедеятельности, определение медицинского прогноза, принятие конкретного экспертного решения). Определены особенности формирования клиничко-функционального диагноза, с учетом клинических и иммунологических критериев, наличия и выраженности сопутствующей патологии.

Разработаны критерии определения степени нарушений функцией и степени выраженности ограничений жизнедеятельности при ВИЧ-инфекции, схемы определения клиничко-трудового прогноза и определения степени нарушения функции иммунитета для МСЭ пациентов с ВИЧ-инфекцией. Установлено, что изменение уровня показателей, отражающих состояние иммунитета в значительном числе случаев не совпадают со степенью нарушения других функций организма. Связь между степенью нарушения функции иммунитета, и нарушениями других функций организма колеблется от прямо пропорциональной до обратно пропорциональной и соответствующими коэффициентами корреляции по нарушению статодинамической функции ($r = 0,68$), по наруше-

нию функции органов дыхания ($r = -0,94$) и функции кровообращения ($r = -0,35$) [2, 3, 5, 7, 12, 13, 14].

5. Установленные особенности ЭВН пациентов с ВИЧ-инфекцией (вышеуказанный «латентный» характер ВН; наличие перечня профессий, по которым не допускается использование труда этих лиц; отсутствие разработанных ориентировочных сроков ВН при этой патологии; конфиденциальность данной информации и др.) значительно затрудняют процесс ЭВН, а также анализ трудопотерь, обусловленных данным заболеванием. С целью научно-обоснованного регулирования и управления процессом трудопотерь с учётом особенностей клинического течения и вида лечения разработаны оптимальные сроки ВН при данной патологии и критерии установления группы инвалидности [2, 8, 12, 14].

6. Разработанная методика реабилитации ВИЧ-инфицированных, включающая ряд последовательных этапов оказания реабилитационной помощи, с учётом клинической категории ВИЧ-инфекции и имеющихся ограничений жизнедеятельности, схему взаимодействия учреждений различных ведомств по формированию и реализации ИПР, три варианта программ медицинской реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также предложенные критерии эффективности реабилитации позволяют осуществить дифференцированный, строго индивидуальный подход проведения комплексной реабилитации, что повышает не только качество жизни пациента, но и способствует снижению трудопотерь, связанных с данным заболеванием [4, 15].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Внедрение в практику методики МСЭ включающей разработанные критерии медико-социальной оценки пациентов с ВИЧ-инфекцией, количественную оценку нарушения функции иммунитета, схему определения клиничко-трудового прогноза, определения имеющихся нарушений и ограничений жизнедеятельности, критериев ВН и установления инвалидности, позволит снизить количество экспертных ошибок и как следствие необоснованных трудопотерь вызываемых этим заболеванием [2, 5, 7, 13, 14].

2. Разработанная методика этапной реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией может быть использована врачами-экспертами, реабилитологами, терапевтами, неврологами, инфекционистами в повседневной деятельности для проведения качественной и комплексной реабилитации, повышения качества жизни пациентов с данной патологией [4, 15].

3. Реализация на практике предложенных дифференцированных программ реабилитации, позволит добиться оптимально возможного результата восстановления нарушенных функций пациентов с ВИЧ-инфекцией и их адаптации в микро и макросоциуме [4, 15].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в научных журналах

1. Запорованный, Ю. Б. Медико-социальная характеристика пациентов с диагнозом « ВИЧ-инфекция» / Ю. Б. Запорованный // Пробл. здоровья и экологии. – 2012. – № 4. – С. 131–136.

2. Запорованный, Ю. Б. Временная нетрудоспособность связанная с ВИЧ-инфекцией / Ю. Б. Запорованный // Пробл. здоровья и экологии. – 2015. – № 2. – С. 73–78.

3. Смычек, В. Б. Первичная инвалидность, связанная с ВИЧ-инфекцией в Гомельской области / В. Б. Смычек, Ю. Б. Запорованный // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 59–64.

4. Запорованный, Ю. Б. Некоторые проблемы реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией / Ю. Б. Запорованный // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 67–71.

5. Запорованный, Ю. Б. Характеристики инвалидности связанной с ВИЧ-инфекцией в Светлогорском районе Гомельской области / Ю. Б. Запорованный // Медицина. – 2016. – № 1. – С. 69–71.

Тезисы

6. Запорованный, Ю. Б. Первичная инвалидность, связанная с СПИД в Гомельской области / Ю. Б. Запорованный // Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации больных и инвалидов: сб. тез. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 20–21 мая 2010 г. – Минск, 2010. – С. 40–43.

7. Запорованный, Ю. Б. Диагноз в медико-социальной экспертизе пациентов с ВИЧ-инфекцией / Ю. Б. Запорованный // Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 24 мая 2013 г. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации. – Минск, 2013. – С. 41–43.

8. Запорованный, Ю. Б. Анализ временной нетрудоспособности связанной с вирусом иммунодефицита человека в инфекционном стационаре / Ю. Б. Запорованный // 4-й всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи: тези доповідей науково-практичної конференції, Львів, 07–08 квітня 2016 року. – Львів, 2016. – С. 32–33.

9. Запорованный, Ю. Б. Особенности первичной инвалидности, связанная с инфекцией вирусом иммунодефицита человека / Ю. Б. Запорованный // 4-й всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи: тези доповідей науково-практичної конференції, Львів, 07-08 квітня 2016 року. – Львів, 2016. – С. 19–21.

Статьи в научных сборниках, материалов конференций

10. Запорованный, Ю. Б. Некоторые особенности инвалидности, связанной с ВИЧ-инфекцией / Ю. Б. Запорованный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации. – Минск, 2012. – Вып. 14. – С. 44–50.

11. Запорованный, Ю. Б. Первичная инвалидность связанная с ВИЧ-инфекцией в Светлогорском районе Гомельской области / Ю. Б. Запорованный // Материалы международной научно-практической конференции, посвящённой 20-летию ОАО «Белагроздравница» / ГрГМУ. – Гродно, 2013. – С. 205–210.

12. Запорованный, Ю. Б. Временная нетрудоспособность связанная с ВИЧ-инфекцией в инфекционном стационаре / Ю. Б. Запорованный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации. – Минск, 2014. – Вып. 16. – С. 56–58.

Инструкции по применению

13. Метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности: инструкция по применению № 018–0214: утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 06.04.2014 г. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; сост.: Е. В. Власова-Розанская, Н. Б. Волюнец, З. Е. Гедревич, В. В. Голикова, Л. Н. Горустович, А. А. Гресь, Т. А. Емельянцева, Ю. Б. Запорованный, Е. Г. Ильина, Т. В. Жукова, Л. Г. Казак, Д. С. Казакевич, И. А. Киреева, А. В. Копыток, С. П. Кускова, Т. М. Лещинская, Н. Л. Львова, Л. Ф. Медведев, Г. П. Нестерук, Ю. В. Осипов, Г. С. Северин, Л. А. Смирнова, В. Б. Смычек, И. Я. Чапко. – Минск, 2014. – 119 с.

14. Метод медицинской экспертизы пациентов с ВИЧ-инфекцией: инструкция по применению № 097–0914: утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 07.05.2015. / сост.: В. Б. Смычек, Ю. Б. Запорованный. – Минск, 2015. – 20 с.

15. Метод медицинской реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией: инструкция по применению № 271–1215 : утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 23.12.2015. / сост.: В. Б. Смычек, Ю. Б. Запорованный. – Минск, 2015. – 17 с.

РЕЗЮМЕ

Запорованный Юрий Борисович Медико-социальная экспертиза и реабилитация пациентов с ВИЧ-инфекцией

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, инвалидность, медицинская реабилитация, временная нетрудоспособность, индивидуальная программа реабилитации, листок нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, медико-реабилитационная экспертная комиссия, ограничение жизнедеятельности, функциональный класс.

Объект исследования: 822 пациента с ВИЧ-инфекцией, проживавших в Гомельской области Республики Беларусь. Возраст пациентов от 18 до 60 (55) лет.

Цель исследования: усовершенствовать процесс определения инвалидности и реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией путем разработки и внедрения научно-обоснованных критериев медико-социальной экспертизы и методики реабилитации пациентов с данной патологией.

Методы исследования: общеклинический, клинико-экспертный, статистические.

Полученные результаты и их новизна: Первичная инвалидность при ВИЧ-инфекции характеризуется быстрым ростом её уровня, высокой тяжестью, быстрой инвалидизацией и молодым возрастом пациентов, высокой летальностью, а также низким процентом реабилитации. Прогнозируется дальнейший рост уровня ПИ и ВН связанной с ВИЧ, а также соответствующие изменения общей нозологической структуры этих показателей.

Медико-социальная экспертиза пациентов с ВИЧ-инфекцией базируется на комплексном подходе, включающем впервые созданные и научно-обоснованные критерии медико-социальной оценки ограничения жизнедеятельности, оценку прогноза заболевания, нарушений иммунитета и питания, социальных, профессиональных факторов, влияющих на степень ограничения категорий жизнедеятельности, разработанные критерии ВН и инвалидности.

Разработанная методика комплексной реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией, включающая медицинские, социальные и профессиональные аспекты реабилитации с учетом реабилитационных возможностей пациентов, позволяет реализовать на практике эффективный процесс медицинской реабилитации, повысить качество жизни лиц, страдающих данным заболеванием.

Рекомендации по использованию: результаты диссертационного исследования могут быть применены в медико-реабилитационных экспертных комиссиях, в специализированных стационарных и амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения.

Область применения: медицинская экспертиза, медицинская реабилитация.

РЭЗІЮМЭ
Запорованный Юрый Барысавіч
Медыка-сацыяльная экспертыза і рэабілітацыя
пацыентаў з ВІЧ-інфекцыяй

Ключавыя словы: ВІЧ-інфекцыя, інваліднасць, медыцынская рэабілітацыя, часавая непрацаздольнасць, індывідуальная праграма рэабілітацыі, лісток непрацаздольнасці, медыка-сацыяльная экспертыза, медыка-рэабілітацыйная экспертная камісія, абмежаванне жыццядзейнасці, функцыянальны клас.

Аб'ект даследавання: 822 пацыента з ВІЧ-інфекцыяй, якія пражывалі ў Гомельскай вобласці Рэспублікі Беларусь. Узрост пацыентаў ад 18 да 60 (55) гадоў.

Мэта даследавання: удасканаліць працэс вызначэння інваліднасці і рэабілітацыі пацыентаў з ВІЧ-інфекцыяй шляхам распрацоўкі і ўкаранення навукова-абгрунтаваных метадык медыка-сацыяльнай экспертызы і рэабілітацыі.

Метады даследавання: агульнаклінічныя, клініка-экспертныя, статыстычныя.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: Першасная інваліднасць пры ВІЧ-інфекцыі характарызуецца хуткім ростам яе ўзроўню, высокай цяжкасцю, хуткай інвалідызацыяй і маладым узростам пацыентаў, высокай смяротнасцю, а таксама нізкім працэнтам рэабілітацыі. Прагназуецца далейшы рост ўзроўню першаснай інваліднасці і звязанай з ВІЧ.

Медыка-сацыяльная экспертыза пацыентаў з ВІЧ-інфекцыяй грунтуецца на комплексным падыходзе, які ўключае ўпершыню стварэння і навукова-абгрунтаваныя крытэрыі медыка-сацыяльнай ацэнкі абмежаванняў жыццядзейнасці, прагнозу захворвання, парушэнняў імунітэту і харчавання, сацыяльных, прафесійных фактараў, распрацаваныя крытэрыі ВН і інваліднасці. Распрацавана метадыка комплекснай рэабілітацыі пацыентаў з ВІЧ-інфекцыяй.

Рэкамендацыі па выкарыстанні: вынікі дысертацыйнага даследавання могуць быць ужытыя ў медыка-рэабілітацыйных экспертных камісіях, у спецыялізаваных стацыянарных і амбулаторна-паліклінічных арганізацыях аховы здароўя.

Вобласць прымянення: медыцынская экспертыза, медыцынская рэабілітацыя.

SUMMARY

Zaporovanny Yuri

Medical-social examination and rehabilitation

Of patients with HIV infection

Keywords: HIV, disability, temporary disability, medical rehabilitation, an individual program of rehabilitation, sick leave, medical and social examination, medical and rehabilitation expert commission, functional class.

The object of study: 822 patients with HIV infection living in Gomel region, Belarus. The age of patients varies between 18 and 60 (55) years.

The aim: to improve the process of determination of disability and rehabilitation of patients with HIV through the development and implementation of evidence-based methods of medical-social examination and rehabilitation.

Methods: clinical, clinical and expert, statistical.

The results and their novelty: Primary disability in HIV infection is characterized by a rapid increase in its levels, high weight, fast disability and the young age of the patients, a high mortality rate and a low percentage of recovery. Projected to further increase the level of primary disability, and HIV-related.

Medical-social examination of patients with HIV infection is based on an integrated approach, which includes absolutely new and by evidence-based criteria for medical and social assessment of disability, disease's prognosis, immune disorders' and nutrition's prognosis, prognosis of social and occupational factors, the developed criteria for HV and disability. The technique of complex rehabilitation of patients with HIV infection is worked out.

Recommended use: results of the research can used at the medical rehabilitation expert commissions, specialized inpatient and outpatient health care organizations.

Scope: medical examination, medical rehabilitation.

Подписано в печать 16.05.2016. Формат 84x108 ¹/₃₂.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать Ризограф. Усл. печ. л. 14,28. Ул.- изд. л. 9,04.
Тираж 60 экз. Заказ 11044.

Отпечатано с оригинала-макета автора.

Открытое акционерное общество «Полеспечать»
РБ, 246050, Гомель, Советская, 1.