

На правах рукописи



Пахомова Маргарита Эдуардовна

**Комплексное изучение инвалидности и мероприятия по совершенствованию
реабилитации инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Москва – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Ачкасов Евгений Евгеньевич

доктор медицинских наук, доцент

Запартый Наталья Сергеевна

Официальные оппоненты:

Севастьянов Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент, Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания «Дом-интернат для престарелых и инвалидов №1», директор

Карасаева Людмила Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Институт дополнительного профессионального образования, кафедра здравоохранения и медико-социальной экспертизы, заведующая кафедрой

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Защита состоится «16» июня 2025 г. в 13:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.32 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2025 года

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, доцент



Конева Елизавета Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), за последние годы имеет пандемический характер и представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для социального прогресса и развития человечества. Количество людей с ВИЧ в мире составляет 37,7 млн человек (Ласеева М.Г. и соавт., 2020, Ладная Н.Н. и соавт., 2020).

Российская Федерация относится к странам с самой высокой интенсивностью распространения инфекции, вызванной ВИЧ (Аглиуллина С.А. и соавт., 2019, Крикова А.В. и соавт., 2019, Кондратова С.Е., 2020).

Вопросы укрепления здоровья населения, профилактики и снижения инвалидности являются одним из ведущих направлений социальной политики государства (Пузин С.Н. и соавт., 2018, Молчанова Е.В. и соавт., 2018).

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России за последние 15 лет вышла за пределы уязвимых групп и охватывает широкие слои населения (Болдырева А.В. и соавт. 2018, Пирогова И.А., 2017). Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России в 2022 году составил 43,29 на 100 тыс. населения (Хрянин А.А. и соавт., 2023).

ВИЧ-инфекция выявлена среди населения наиболее активного трудоспособного возраста: в возрасте 30–39 лет в 37,9% случаев, 40–49 лет – в 32,2%, являясь причиной нетрудоспособности и инвалидности (Назарли А.Б. и соавт., 2018).

В 2020 году в Российской Федерации впервые признаны инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, 7 242 человека, уровень первичной инвалидности составлял 0,6 на 10 тыс. взрослого населения. В возрастной структуре преобладали инвалиды молодого возраста – 75,4% с уровнем 1,0 на 10 тыс. соответствующего возраста, среднего возраста – 22,6% с уровнем 0,7%, по тяжести инвалидности II группа – 45,3%, III группа – 38,5%. Число лиц, первично признанных инвалидами (ППИ) – 11 491 человек, с уровнем 1,0 на 10 тыс., инвалиды молодого возраста – 73,9%, среднего возраста – 24%, преобладали инвалиды III группы – 57,1%, II группа – 38,7%. Распространенность данной патологии увеличивается быстрыми темпами (Углева Е.М. и соавт., 2021, Латышева И.Б. и соавт., 2017).

Инвалидность вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, имеет большую медико-социальную значимость, что обусловлено преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста и необходимостью проведения комплексной медико-социальной реабилитации (Решетова П.С. и соавт., 2017, Данилов А.Н. и соавт., 2022).

В современных научных источниках опубликованы результаты исследований по изучению болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, их экспертной оценке и реабилитации: по

социально-психологическим аспектам (реабилитационная приверженность, как производная от совокупности присущих личности индивидуальных особенностей, является важным психологическим условием активности и участия пациента в реабилитационном процессе, обеспечивающих социальное восстановление и, как следствие, адаптацию и интеграцию человека в социум) (Гимаева Р.М. и соавт., 2016). Проблема приверженности пациентов к лечению широко изучается в последнее время как в рамках медицины, так и психологии. Однако на данный момент отсутствует системная концепция, раскрывающая проблему приверженности в контексте комплексной реабилитации, задачами которой помимо физиологического восстановления организма является социальное восстановление личности; по медицинской реабилитации, восстановительному лечению (Гордиевская Е.О. и соавт., 2019) (основой ранней диагностики заболеваний и профилактики инвалидизации должно быть качественное проведение периодических медицинских осмотров с обязательным выполнением полного объема лабораторных и функциональных методов исследований) (Епифанов В.А. и соавт., 2020, Баданов С.В. и соавт., 2021); по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР) (технические средства реабилитации должны обеспечивать повышение возможностей инвалидов вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности); реализации реабилитационных мероприятий (доступность ТСР для инвалида в первую очередь ограничена сроками предоставления услуг на каждом этапе их получения) (Севастьянов М.А. и соавт., 2013, Углева Е.М. и соавт., 2022). Весьма важным является и получение всеобъемлющих сведений о закономерности формирования инвалидности населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, характерных для конкретной территории (Запарий С.П. и соавт., 2022, Запарий Н.С. и соавт., 2021).

Таким образом, учитывая процесс формирования инвалидности (наличие специфических особенностей инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией), актуализирует необходимость поиска данного исследования к разработке современных мероприятий по комплексной реабилитации данного контингента инвалидов и обуславливает данное исследование.

Степень разработанности темы исследования

Болезни, обусловленные ВИЧ-инфекцией, являются одной из актуальных медико-социальных и экономических проблем ввиду широкой распространенности, хронического прогрессирующего течения, роста инвалидности, снижения качества жизни [35].

С.Н. Пузин и соавт. (2016) изучали аспекты реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе инвалидов с ВИЧ-инфекцией, на современном уровне, что говорит о необходимости изучения данной темы [10].

Этими авторами изучены особенности нозологических форм болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, которые приводят к различным степеням выраженности нарушенных функций организма инвалидов, приводящих одновременно к развитию ограничений жизнедеятельности, что требует пациенто-ориентированных индивидуальных реабилитационных мероприятий [7, 49, 162].

С учетом активного изучения различных аспектов инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в научной литературе недостаточно данных о нуждаемости инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации, особенно профессионального раздела.

В связи с этим возникает необходимость разработки предложений по совершенствованию комплексной реабилитации данного контингента инвалидов [37, 48, 128, 142].

Цель и задачи исследования

Цель: Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, на основе оценки групп инвалидности, медико-социологического исследования и изучения клинико-функциональных характеристик.

Задачи:

1. Определить тенденции формирования первичной инвалидности и результаты переосвидетельствования инвалидов в возрасте 18 лет и старше с оценкой особенностей накопленной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг.
2. Изучить клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные характеристики инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции для оценки степени выраженности нарушенных функций организма инвалидов.
3. Провести ранжирование субъектов Центрального федерального округа по уровню первичной и повторной инвалидности среди лиц 18 лет и старше вследствие ВИЧ-инфекции за 2016–2022 гг.
4. Провести оценку потребностей инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в различных видах медико-социальной реабилитации и эффективность их реализации с анализом удовлетворенности инвалидов в реализации реабилитационных мероприятий на основе социологического исследования.
5. Разработать и обосновать предложения по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции.

Научная новизна

Изучены тенденции формирования инвалидности, комплексные медико-социальные и экспертно-реабилитационные показатели инвалидности лиц 18 лет и старше вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве с учетом различных особенностей за семилетний период (2016–2022 гг.).

Показано, что клинико-функциональные данные (жалобы инвалидов, гендерное распределение, рост, вес, возраст), лабораторные показатели (уровень CD4+ лимфоцитов и CD8+ лимфоцитов) и экспертно-реабилитационные особенности инвалидности (группы инвалидности) вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, коррелируют со степенью нарушения функций и ограничений жизнедеятельности и лежат в основе разработки мероприятий индивидуальной программы реабилитации и абилитации.

Ранжирование субъектов Центрального федерального округа по уровням первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, позволило установить лидирующие позиции по первичной инвалидности: Ивановская, Владимирская области, наименьшие показатели в Белгородской, Брянской, Липецкой и Костромской областях. По повторной инвалидности лидирующие места занимали Владимирская, Ивановская области и г. Москва. Наиболее низкие показатели повторной инвалидности отмечались в Смоленской, Орловской, Липецкой, Костромской, Брянской и Белгородской областях, что дает выделить территориально-обусловленные проблемы инвалидности. Данная информация позволяет внести изменения в программы по профилактике инвалидности и реабилитации.

Проанализированы удовлетворенность инвалидов в реабилитационных услугах и их потребность в различных видах медико-социальной реабилитации и абилитации, которая включает в себя медицинскую, психологическую, социо-культурную реабилитацию, оценена эффективность ее реализации и разработаны предложения по совершенствованию комплексной реабилитации данного контингента инвалидов.

Впервые зарегистрирована база данных на основании социально-демографических (пол, возраст, рост, вес, индекс массы тела, профессия, образование), клинических признаков, анамнестических данных, характера течения болезни, объективных клинических данных, лабораторных данных: «Комплексное изучение инвалидности и мероприятия по совершенствованию реабилитации инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции» (Свидетельство о государственной регистрации базы данных RU 2024625261, заявл. 13.11.2024; опубл. 18.11.2024).

Теоретическая и практическая значимость работы

Изучена динамика инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг.

Сформирована структура первичной и повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве по возрасту. Определены тенденции формирования инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди инвалидов в возрасте 18 лет и старше, которые являются информационной базой при планировании мероприятий по профилактике и снижению инвалидности с данной патологией. Уровень накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в динамике имел тенденцию к росту. Изучение накопленного контингента инвалидов среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом возрастных групп показало, что в структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет).

На основе комплексной оценки дана сравнительная характеристика спектра видов и степени выраженности нарушений функций и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности в динамике первичной и повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в г. Москве.

Данные клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, способствуют совершенствованию медико-социальной экспертизы и разработке индивидуально-ориентированных реабилитационных мероприятий.

Сведения о потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи и эффективность их реализации используются при определении объемов медико-социальной помощи данным инвалидам.

Методология и методы исследования

В соответствии с целью и поставленными задачами исследовательская работа проводилась в 4 этапа. На I и II этапах выполнено ретроспективное исследование, на III и IV этапах – проспективное исследование.

Объектами исследования были впервые и повторно признанные инвалидами лица в возрасте 18 лет и старше в г. Москве.

Источники исследования: форма государственного статистического наблюдения – форма 7 собес – 7 единиц, информационная база данных ЕАВИИАС МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, акты, протоколы освидетельствования, разработанная анкета социологического исследования.

Методы исследования: выкопировка данных, экспертных оценок, социально-гигиенический, анкетирование, статистический, документальный, графический.

Положения, выносимые на защиту

1. Приоритетными характеристиками первичной, повторной и накопленной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ-инфекции в г. Москве являются: увеличение численности инвалидов, рост уровня инвалидности, преобладание инвалидов молодого возраста (18–44 лет), III группы, с проявлением в виде инфекционных и паразитарных болезней и микобактериальной инфекцией, что является аргументированной основой при планировании медико-санитарной и медико-социальной помощи данному контингенту инвалидов.
2. Стойкие клинично-функциональные, лабораторные нарушения (уровень CD4+, CD8+ лимфоцитов, соотношение CD4+ к CD8+), их выраженность, приводящие к ограничению жизнедеятельности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции, определяют тяжесть инвалидности и являются информационно-ориентированной базой при разработке реабилитационных мероприятий индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.
3. Распространенность первичной, повторной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции среди лиц 18 лет и старше в субъектах Центрального федерального округа Российской Федерации и их дифференциация по территориальным признакам являются информационной основой для разработки программ по профилактике заболеваемости и снижению инвалидности от этих причин с учетом территориальных особенностей.
4. Спектр потребностей, обоснованная потребность и степень удовлетворенности реализацией реабилитационных услуг инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции является базой при разработке предложений по совершенствованию комплексной реабилитации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует пунктам 1, 5, 10 и 11 паспорта научной специальности 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация и пунктам 8, 17 и 20 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов исследования подтверждается детальным анализом первичной документации, в которой отражены объемы анамнестических, клинических, лабораторных, функциональных, социальных исследований, проведена статистическая обработка данных с использованием современных высокоинформативных методов исследования и применением современных методик статистической обработки данных.

Основные положения исследовательской работы доложены на научно-практических конференциях: Региональных итоговых научно-практических конференциях ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы» Минтруда России (г. Москва, 2021–2024); научно-практической конференции «Инновационные принципы совершенствования системы медико-социальной экспертизы: современное состояние и перспективы (г. Москва, 2021); Международной научно-практической конференции молодых ученых «Инновации в диагностике, лечении, медико-социальной экспертизе, реабилитации: взгляд молодежи» (г. Санкт-Петербург, 2022).

Апробация диссертационной работы проведена на заседании кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва, протокол № 6 от 22 января 2025 года).

Внедрение результатов исследования в практику

Материалы диссертационной работы используются в учебном процессе на кафедре спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Разработанные предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, внедрены в практическую деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, ФКУ «ГБ МСЭ по Московской области» Минтруда России, ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России.

Личный вклад автора

Автором лично проведены все исследования, изучены данные и обобщены. Самостоятельно собран, обработан материал для изучения, составлен план исследования, выполнена статистическая обработка данных. Автором осуществлено комплексное изучение инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы, изучены клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-

реабилитационные характеристики инвалидов с данной патологией, изучена потребность данного контингента инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации и разработаны предложения по их совершенствованию. Автором лично сформированы и научно обоснованы выводы и практические рекомендации.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 7 печатных работ, в том числе 3 научных статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук; 1 статья в издании, индексируемом в международной базе Scopus; 1 свидетельство о государственной регистрации базы данных; 2 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, главы описания материалов и методов исследования, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, приложения. Диссертация изложена на 229 страницах печатного текста, иллюстрирована 70 таблицами, 15 рисунками. Список литературы содержит 201 источник, в том числе 154 отечественных и 47 зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Первая глава посвящена обзору современной отечественной и зарубежной научной литературы, освещены различные аспекты инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции, актуализирующие внимание на проблемах вызванных реабилитацией инвалидов.

Вторая глава посвящена организации и методике исследования. Исследование проводилось в 4 этапа. Используются социально-гигиенические методы: аналитический, статический, экспертных оценок, социологический. В качестве инструментария применялся сплошной и выборочный методы исследования.

I этап исследования (2016-2022 гг.): 37 737 наблюдений: изучены показатели первичной, повторной и накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве; проанализированы уровни первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в субъектах Центрального федерального округа – 126 форм 7-собес.

II этап исследования: 2016–2022 гг., включает 303 наблюдения: изучены клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные характеристики инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией.

III этап исследования: 2016–2022 гг., 33 737 показателей: изучены потребности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в различных видах медико-социальной реабилитации с оценкой эффективности их реализации; проведена оценка удовлетворенности инвалидов реализацией реабилитационных услуг – выборочная совокупность – 326 человек. Для проведения социологического исследования была разработана оригинальная анкета (Приложение А), посвященная проблемам медико-социальной реабилитации инвалидов, включающая в себя 20 вопросов. В данной анкете представлены вопросы гендерного характера, образования, семейного положения, трудовой занятости, удовлетворенности инвалидов предоставляемой медицинской помощью, рекомендованными реабилитационными мероприятиями в ИПРА.

IV этап исследования: 2020–2022 гг.: разработаны предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией. По результатам исследования были сделаны выводы, практические рекомендации, которые внедрены в практику.

Третья глава посвящена анализу основных показателей первичной, повторной и накопленной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией за семилетний период в г. Москве (2016-2022 гг.). Представлен ретроспективный анализ с учетом гендерно-возрастных характеристик и тяжести инвалидности, что позволило получить достоверные данные о закономерностях формирования инвалидности данного контингента.

За период 2016–2022 гг. отмечалось уменьшение числа лиц, первично признанных инвалидами от этих причин, от 656 человек до 329 человек (темп убыли – 49,8%). Общее их число составляло 3 727 человек, в среднем 532 человека в год.

При сравнении интенсивных показателей первичной инвалидности, характеризующих динамику их развития в сравнении с показателями по ЦФО и Российской Федерации, за исследуемый период по г. Москве выявлено, что отмечалось превышение показателя по ЦФО, но ниже, чем по Российской Федерации (таблица 1).

Изучение возрастной структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг. выявило преобладание инвалидов молодого возраста (18–44 лет). Второе место в структуре занимали инвалиды среднего возраста (45–54 лет – женщины, 45–59 лет – мужчины). Наименьший

удельный вес в структуре ВПИ занимали инвалиды старше трудоспособного возраста (55 лет и старше – женщины, 60 лет и старше – мужчины).

Таблица 1 – Число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы в сравнении с показателями по ЦФО и Российской Федерации за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., $M \pm m$)

Годы	Административные территории								
	г. Москва			ЦФО			Российская Федерация		
	абс.ч.	%	уровень	абс.ч.	%	уровень	абс.ч.	%	Уровень
2016	656	1,1	0,6±0,02	1225	0,7	0,4±0,01	5426	0,8	0,5±0,007
2017	638	1,2	0,6±0,02	1354	0,7	0,4±0,01	6190	0,9	0,5±0,007
2018	644	1,2	0,6±0,02	1487	0,8	0,5±0,01	7121	1,1	0,6±0,006
2019	633	1,4	0,6±0,02	1576	0,9	0,5±0,01	7929	1,2	0,7±0,005
2020	472	1,3	0,4±0,02	1221	0,8	0,4±0,01	7242	1,3	0,6±0,006
2021	355	1,0	0,3±0,02	999	0,7	0,3±0,01	6858	1,3	0,6±0,006
2022	329	1,0	0,3±0,02	949	0,7	0,3±0,01	6998	1,3	0,6±0,006
Среднее значение	532	1,2	0,5±0,02	1259	0,76	0,4±0,01	6852	1,1	0,6±0,006

Изучение первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией показало, что число инвалидов II группы значительно меньше. В динамике их численность уменьшалась от 285 человек до 126 человек за 2016–2022 гг., наименьшую долю составляли инвалиды I группы.

Изучение первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в разных возрастных группах с учетом тяжести инвалидности показало, что среди лиц молодого возраста преобладали инвалиды III группы. Второе ранговое место в структуре ВПИ молодого возраста занимали инвалиды II группы. Наименьшую долю среди лиц молодого возраста составляли инвалиды I группы.

Среди лиц в возрасте 45–54 лет среди женщин, 45–59 лет среди мужчин также лидирующие позиции занимали инвалиды III группы. Среднемноголетний интенсивный показатель составлял $0,23 \pm 0,06$. Число инвалидов II группы значительно меньше – 262 человека, в среднем 37 человек в год. Их удельный вес имел тенденцию к уменьшению от 44,9% до 36,0%, в среднем составлял 38,1%, что в 1,4 раза меньше экстенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$). Уровень первичной инвалидности варьировал от $0,24 \pm 0,06$ до $0,12 \pm 0,06$, в среднем составлял $0,17 \pm 0,06$ на 10 тыс. соответствующего населения. Наименьшую долю составляли инвалиды I группы, их число за исследуемый период составило 58 человек, в среднем 8 человек в год.

Среди лиц ВПИ старше трудоспособного возраста вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, отмечается аналогичная тенденция. Инвалиды III группы в структуре ВПИ от этих причин составляли 53,8% с уровнем, равным 0,02 на 10 тыс. соответствующего населения.

Удельный вес инвалидов II группы варьировал от 50,0% до 21,4%, в среднем составлял 38,5% с уровнем равным 0,02. Инвалидов I группы данной возрастной группы за исследуемый период было 10 человек, их доля в среднем составляла в структуре ВПИ 7,7%, с уровнем равным 0,04 на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 2).

Уровень повторной инвалидности имел тенденцию роста от $0,7 \pm 0,005$ до $1,5 \pm 0,03$, в среднем составлял $1,0 \pm 0,03$ на 10 тыс. взрослого населения.

Структура повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по возрастным группам характеризовалась преобладанием инвалидов молодого возраста. Удельный вес инвалидов молодого возраста в структуре ППИ в динамике имел тенденцию уменьшения от 85,3% до 64,8%. Второе ранговое место занимали инвалиды среднего возраста (45–54 лет– женщины, 45–59 лет– мужчины). Наименьший удельный вес составляли инвалиды старше трудоспособного возраста. Абсолютное их число составляло 211 человек, в среднем 31 человек в год, в динамике увеличивалось от 13 человек до 62 человек за 2016–2022 гг.

Анализ повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией с учетом нозологических форм, согласно МКБ-10, показал, что наибольшую долю составляли инвалиды вследствие болезни, вызванной ВИЧ-инфекцией, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20). Третье место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, неуточненных (В 24). Четвертое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением множественных инфекций (В 20.7). Численность инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других бактериальных инфекций (В 20.1) в динамике имела тенденцию уменьшения.

По результатам оценки первично признанных инвалидами и при переосвидетельствовании в бюро-филиалах МСЭ по г. Москве в таблице 3 представлены показатели, характеризующие динамику накопленного контингента инвалидов за 2016–2022 гг. Абсолютное их число составляло 12 579 человек, в среднем 1 797 человек в год. Общее число ВПИ + ППИ в 2016 г. составляло 1 673 человека, в 2017 г. увеличилось до 1 696 человек (темп роста + 1,4%), в 2018 г. их число увеличилось до 1 722 человек (темп роста + 1,5%), в 2019 г. уменьшилось до 1 542 человек (темп убыли – 9,0%), в 2020 г. увеличилось до 1 739 человек (темп роста + 12,8%), в 2021 г. до 2 258 человек (темп роста + 29,8%) и в 2022 г. уменьшилось до 1 949 человек (темп убыли – 13,7%). Среднемноголетний темп роста составлял 16,5%.

Изучение накопленного контингента инвалидов среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом возрастных групп показало, что в структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет).

Таблица 2 – Характеристика контингента ВПИ среди лиц старше трудоспособного возраста вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соотв. населения, М±m)

Годы	Всего ВПИ			Группа инвалидности								
	старше трудоспособного возраста			I			II			III		
	абс.ч	%	уровень	абс.ч	%	уровень	абс.ч	%	уровень	абс.ч	%	уровень
2016	7	100	0,007	2	28,6	0,006	3	42,8	0,009	2	28,6	0,006
2017	17	100	0,1	0	0	0	7	41,2	0,02	10	58,8	0,03
2018	11	100	0,01	1	9,1	0,003	4	36,4	0,01	6	54,5	0,02
2019	18	100	0,1	1	5,6	0,003	9	50	0,03	8	44,4	0,02
2020	14	100	0,01	1	7,2	0,002	3	21,4	0,008	10	71,4	0,03
2021	8	100	0,02	2	25	0,005	4	50	0,01	2	25	0,005
2022	16	100	0,05	3	18,7	0,009	5	31,3	0,02	8	50	0,02
Среднее значение	14	100	0,04	1	7,7	0,04	5	38,5	0,02	7	53,8	0,02

В динамике их число варьировало от 1 218 человек до 1 622 человек, абсолютное их число составляло 9 661 человек, в среднем 1 380 человек в год.

Четвертая глава представлены клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные характеристики инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, проведена выборка актов, протоколов лиц в возрасте 18 лет и старше, освидетельствованных в бюро МСЭ ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, форм 088/у-06 в количестве 303 пациентов.

При статистической обработке первичных учетных документов было сформировано три блока данных: социально-демографические и физические данные; клинико-функциональные и лабораторные; медико-социальные, которые исследовали в пределах изучения.

В результате исследования установлено, что среди больных мужчин значительно больше, чем женщин (95%). Абсолютное число мужчин – 179 человек, женщин – 124.

Известно, что средний рост инвалидов 172 см., вес 65 кг, возраст 42 года с индексом массы тела (ИМТ) – 21,9 кг/м². В возрастной структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет) – 69%, доля инвалидов среднего возраста (45–54 лет – женщины, 45–59 лет – мужчины) – 27%. Наименьшую долю составляли инвалиды старше трудоспособного возраста – 4,0%.

Наибольший удельный вес составляли инвалиды III группы – 187 человек (61,7%), доля инвалидов II группы – 2,9% (88 человек), инвалидов I группы – 5,3% (16 человек), инвалидность с детства – 1%.

Проведено изучение наиболее регистрируемых показателей клинико-функциональных признаков для оценки степени выраженности нарушенных функций организма инвалидов. Клинически наиболее часто отмечается общая слабость (62,1%), утомляемость (30,7%), головокружение (25,7%), головная боль (24,8%), боль в конечностях (12,5%), боль в суставах (12,2%), одышка (11,6%), потеря веса (9,6%), температура (9,2%), кашель (8,9%), онемения конечностей (7,6%).

В Таблице 3 представлена структура инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом стадии болезни, из которой следует, что наименьшую долю составляли инвалиды с 3 стадией болезни – 2,3%, с 4А стадией – 57 человек (18,8%), с 4Б стадией – 90 человек (29,7%). Наибольшую долю составляли инвалиды 4В стадии – 149 человек (49,2%).

Доля мужчин при утяжелении стадии болезни от 3–4Б до 4В уменьшалась: 101 человек из 154 человек (65,6%) при стадии \leq 4Б против 78 человек из 149 (52,3%) при стадии 4В ($p=0,03$, $r = -0,14$). Среди женщин при утяжелении стадии доля женщин увеличивалась от 34,4% до 47,7%.

Таблица 3 – Распределение инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции по стадиям болезни (абс. число, %)

Стадии болезни	Абсолютное число	% относительно общего числа всех
3	7	2,3
4А	57	18,8
4Б	90	29,7
4В	149	49,2
Итого	303	100

Нарушения психических функций в 3,6% случаев регистрировались незначительные, в 0,7% умеренные и в 0,3% выраженные. Нарушения языковых, речевых функций в 0,3% отмечались выраженные. Сенсорные зрительные в 10,9% (33 человека) – незначительные. Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций в 36,3% регистрировались незначительные, в 10,9% умеренные, в 2,3% выраженные и в 0,3% случаев – значительно выраженные. Нарушение сердечно-сосудистой системы в 22,1% – незначительные, в 3,0%– умеренные и 1,3% случаев – выраженные. Нарушение дыхательной системы в 15,5%– незначительные, в 2% умеренные и в 0,7% выраженные. Нарушение функций пищеварительной системы регистрировались в 4,6% умеренные, в 1,3% выраженные. Нарушение функций системы крови и иммунной системы в 3,0% незначительные, в 62,7% умеренные, в 28,4% случаев выраженные и в 5,3% значительно выраженные. Суммарные нарушения в 3% отмечались незначительные, в 62,7% умеренные, в 23,4% выраженные и в 10,9% значительно выраженные. Статистически значимой корреляции между нарушениями функций и полом не выявлено.

Нарушения функций системы крови и иммунной системы неуточненные 55,6%, 33,3% и 11,1% среди инвалидов соответственных возрастных групп, умеренные – в 70% среди лиц молодого возраста, в 27,4% среди лиц среднего возраста и в 2,6% среди лиц старше трудоспособного возраста, выраженные в 69,8%, 24,4%, 2,6% соответственно по возрастным группам, значительно выраженные в 68,8%, 25% и 6,25% (p=0,951).

Уровень CD4+ лимфоцитов у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции >350 кл/мкл в 2,11% регистрировался при 3 стадии болезни, в 30,5% при 4Б стадии и в 46,3% при 4В стадии, что свидетельствует о том, что с утяжелением тяжести болезни увеличивается удельный вес CD4+ лимфоцитов. Уровень CD4+ в границах 200–350 кл/мкл также имел тенденцию увеличения удельного веса от 5,13% при 3 стадии до 41,0% 4В стадии, аналогичная тенденция и при уровне 100–200 кл/мкл от 21,7% до 48,3% при 4В стадии. Уровень CD4+ лимфоцитов при 4А стадии составлял 10,2%, при 4Б стадии – 26,5%, при 4В стадии – 63,9%. Таким образом, при 4А и 4Б стадиях в динамике отмечается снижение уровня CD4+ лимфоцитов, а при 4В стадии – увеличение (таблица 4).

Таблица 4 – Динамика уровней CD4+ лимфоцитов у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в зависимости от стадии болезни (абс. число, %)

Уровень CD4+ лимфоцитов	Стадии болезни								R (p)
	3		4А		4Б		4В		
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	
> 350 кл/мкл	2	2,11	-	-	29	30,5	44	46,3	0,11 (0,033)
200–350 кл/мкл	4	5,13	19	24,4	23	29,5	32	41	
100–200 кл/мкл	-	-	13	21,7	18	30	29	48,3	
< 100 кл/мкл	-	-	5	10,2	13	26,5	31	63,3	

Таблица 5 – Структура уровней CD8+ лимфоцитов в крови инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции (абс. число, %)

Уровень CD8+ лимфоцитов	Абсолютное число	% от общего числа
> 40%	43	18,9
40–50%	54	23,7
50–60%	53	23,2
60–70%	49	21,5
> 70%	29	12,7
Итого	282	100

Среди инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции наибольший удельный вес составляли уровни CD8+ лимфоцитов 40–50% (23,7%) и 50–60% (23,2%), доля пациентов с уровнем <40%

составили 18,9%. Наименьший удельный вес составляли уровни CD8+ лимфоцитов >70% (12,7%) (таблица 5).

Изучена характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в зависимости от тяжести инвалидности. Ограничение способности к самообслуживанию первой степени отмечалось у 43 человек (23%) при III группе, в 4,6% при II группе и в 12,5% при I группе инвалидности; второй степени у 15 человек (17,2%) при II группе и в 6,25% при I группе инвалидности ($p=0,16$). Ограничение способности к передвижению первой степени отмечалось в 3,7% при III группе инвалидности, второй степени (3,45%) при II группе инвалидности, и в 18,8% отмечалась третья степень при I группе ($p=0,002$). Ограничение способности к трудовой деятельности первой степени в 9,09% отмечалось у инвалидов III группы, второй степени в 10,3% у инвалидов II группы и третьей степени в 6,25% у инвалидов I группы.

В пятой главе проведено ранжирование субъектов ЦФО по уровням первичной и повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией за 2016 – 2022 гг.

Изучение инвалидности среди лиц в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в субъектах Центрального федерального округа показало, что уровень первичной инвалидности данного контингента вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в ЦФО варьировал за период 2016–2022 гг. от 0,5 до 0,3 на 10 тыс. взрослого контингента, в среднем составлял 0,4 на 10 тыс. населения. Наименьшие уровни (0,1) отмечались в Белгородской, Брянской, Костромской, Кемеровской, Липецкой, Смоленской областях. В Орловской области первичная инвалидность не регистрировалась.

Анализ динамических рядов первичной инвалидности по субъектам ЦФО и сравнительный анализ среднескользящих показателей первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за семилетний период (2016–2022 гг.) позволил ранжировать субъекты с выделением территорий с низкими показателями (0,1), средними (до 0,3), высокими (до 0,5) и очень высокими (свыше 0,5).

Шестая глава посвящена разработке предложений по совершенствованию реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией.

Изучена потребность инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации и обеспечения ТСР, оценена эффективность реализации реабилитационных услуг согласно ИПРА инвалидов. Для изучения различных аспектов комплексной реабилитации и абилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией проведен анализ потребности инвалидов, первично и повторно признанных в бюро-филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России. Структура разработанных ИПРА инвалидов вследствие болезней,

обусловленных ВИЧ-инфекцией, в динамике имела тенденцию к увеличению от 1 673 в 2016 г. до 2 258 в 2021 г. с уменьшением до 1 549 в 2022 г., в целом составляло 12 579 ИПРА, в среднем 1 797 в год. В структуре 29,6% разработанных ИПРА при первичном освидетельствовании, 70,4% при повторном освидетельствовании.

Потребность инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в социальной реабилитации в среднем составлял 97,6%, в социально-средовой реабилитации в 80,6% случаев, в социально-психологической в 56,8%, потребность в социокультурной реабилитации составляла в 43,3%, в социально-бытовой в 19,2% случаев. Потребность в профессиональной реабилитации в среднем составляла 29,0%, по трудоустройству в 59,9% случаев, из них в обычных условиях труда в 82,9%, в специально созданных условиях в 9,7% и в обучении в 5,6% случаев.

В результате проведенного исследования, на условиях добровольного информационного согласия респондентов, являющихся инвалидами, вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, были получены сведения, послужившие базисом для разработки предложений по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации данного контингента инвалидов.

На 13 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации мероприятий медицинской реабилитации?» в 81,7% случаев респонденты дали ответ «нет», из них мужчин в 72,0% дали этот ответ, а женщин в 28,0%.

На 14 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации социальной реабилитации?» 78,6% респондентов ответили «нет», из них 87,7% инвалиды III группы и 64,9% инвалиды II группы. 70 респондентов (21,4%) отмечали проблемы при реализации социальной реабилитации, из них 35,1% инвалиды II группы и в 12,3% случаев инвалиды III группы. При получении социально-психологической помощи испытывали проблемы 37 инвалидов (52,9%), из них в 19,1% инвалиды II группы, а в 6,2% инвалиды III группы. Установлено, что женщины в большей степени (37,4%), чем мужчин (28,8%) отмечали проблемы при реализации социальной реабилитации.

На 15 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас трудности при получении мер профессиональной реабилитации?». Наибольший удельный вес трудностей испытывали респонденты при трудоустройстве – 39,4%, из них инвалиды II группы в 10,8% случаях и инвалиды III группы в 4,4% случаев. В 11,3% случаев отмечали не соблюдение рекомендаций по труду на рабочем месте, из них в 5% случаев инвалиды II группы, в 3,9% инвалиды III группы.

Мониторинг системы комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, изучение потребностей инвалидов в

различных реабилитационных услугах и выявленные проблем инвалидов по результатам социологического исследования по реализации индивидуальных программ реабилитации явилось основой разработки предложений по совершенствованию комплексной реабилитации данного контингента инвалидов.

В процессе реализации мероприятий медицинской реабилитации при получении стационарной и амбулаторной помощи возникали проблемы у 68,3% инвалидов, при получении лекарственных препаратов у 20% и при получении высокотехнологической помощи у 11,7% соответственно. Из этого следует, что необходимо организовать индивидуализированный организационный подход к оказанию лечебно-профилактической, медико-социальной и реабилитационной помощи каждому инвалиду, имеющему различные заболевания вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с использованием телемедицинских технологий, мобильных бригад с оптимизацией расписания и процедуры записи на прием, введение системы оценки качества консультаций с обратной связью от инвалидов.

По итогам выполнения мероприятий социальной реабилитации 21,4% инвалидов отмечали проблемы при реализации социальной реабилитации, проблемы при получении социокультурной реабилитации отмечали 17,1% инвалидов, при обслуживании социальным работником в 10% случаев, при получении ТСР в ТЦСО в 20% случаев. Данная информация свидетельствует о том, что необходимо внедрение сертификатов Социального фонда России на реабилитационные мероприятия и ТСР. На выданный сертификат Социальный фонд России записывает определенную сумму, которую человек может потратить на приобретение ТСР, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида.

Получившие социально-психологическую помощь инвалиды испытывали проблемы в 52,9%. ВИЧ-инфекция как заболевание, угрожающее жизни и накладывающее существенные ограничения на жизненные перспективы человека, разрушает одну из основных базовых потребностей человека – потребность в безопасности, что ведет к формированию целой гаммы переживаний, появлению страхов и развитию негативных эмоциональных состояний (повышенная тревожность, депрессия, фрустрация и пр.), а также изменениям в системе отношений личности к себе, своей жизни и смерти, а также лечению. Таким образом, взаимосвязь отношения к диагнозу позволяет при оказании психологической помощи способствовать адаптации к ВИЧ-статусу, позволяющей принять, преобразить или сотворить жизненную реальность. Помочь избрать оптимальный для инвалида путь переживания кризисной ситуации – вот актуальная задача при оказании психологической помощи ВИЧ-инфицированным инвалидам. Для это необходимо обеспечение психологической помощи инвалидам на всех этапах маршрутизации при осуществлении реабилитационных мероприятий.

Проведение информационных кампаний для повышения осведомленности инвалидов о доступных услугах психологической поддержки.

Получавшие профессиональную реабилитацию инвалиды в 21,9% испытывали трудности: при постановке на учет в службе занятости испытывали трудности 25,4%, при переобучении и обучении отмечали трудности в 9,9%, при получении профориентации трудности испытывали 14% инвалидов, также испытывали трудности при трудоустройстве – 39,4%, и в 11,3% случаев отмечали несоблюдение рекомендаций по труду на рабочем месте. Это свидетельствует о том, что необходим мониторинг по информированию, персонифицированному подходу профориентационных мероприятий, сотрудничество с образовательными учреждениями и работодателем для создания программ профориентации и реабилитации и профессионального переобучения с возможностями трудоустройства, адресное оказание помощи инвалидам по вопросам трудоустройства, с использованием сопровождаемого трудоустройства, контроль за соблюдением рекомендаций по труду на рабочих местах службой занятости населения, в том числе подбор специалистами органов службы занятости оптимальных для инвалида видов трудовой деятельности, а также нерекомендуемых и рекомендуемых условий труда осуществляется на основании ИПРА инвалида, разрабатываемой федеральными учреждениями МСЭ по результатам проведенной экспертно-реабилитационной диагностики.

ВЫВОДЫ.

1. Число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за семилетний период с 2016 по 2022 годы уменьшалось: с преобладанием инвалидов молодого возраста, с уменьшением их удельного веса и увеличением доли инвалидов среднего возраста, инвалиды III группы, инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде инфекционных и паразитарных болезней, и микобактериальной инфекцией, с проявлением множественных инфекций.

В динамике отмечалось увеличение числа лиц ППИ с преобладанием инвалидов молодого возраста с уменьшением их удельного веса и инвалидов III группы, вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде инфекционных, паразитарных болезней и микобактериальной инфекции.

В данный семилетний период отмечено увеличение численности накопленного контингента инвалидов с преобладанием ППИ среди лиц среднего и старше трудоспособного возрастов, преобладанием инвалидов молодого возраста, инвалидов III группы. Нозологическая структура инвалидности идентична, как при ВПИ и ППИ.

2. Изучение клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, выявило преобладание инвалидов молодого возраста, лиц мужского пола, с высшим образованием, с III группой инвалидности. Основными клиническими жалобами являлись: общая слабость, утомляемость, головокружение, головная боль, боль в конечностях, суставах, одышка, потеря веса, кашель и онемение конечностей. Преобладали умеренное (62,7%) и выраженное (28,4%) нарушение функций системы крови и иммунной системы. Менее характерны для данной категории инвалидов нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции нарушения (умеренные – 10,9%, выраженные – 2,3%). Суммарные нарушения: 62,7% – умеренные, 23,4% – выраженные, 10,9% – значительно выраженные.

С увеличением возраста инвалидов усиливается выраженность нарушений сенсорных функций, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и метаболизма, системы крови и иммунной системы. По мере увеличения стадии болезни усугубляется выраженность нарушения функций системы крови и иммунной системы.

Увеличение тяжести болезни и инвалидности сопряжено со снижением уровня CD4+ лимфоцитов и CD8+ лимфоцитов. Отмечена прямая средней силы корреляция между уровнем CD4+ лимфоцитов и нарушенными функциями системы крови и иммунной системы.

Основными ограничениями жизнедеятельности являются нарушение способности к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности I степени. Увеличение стадии болезни и тяжести инвалидности сопряжено с усугублением ограничений жизнедеятельности. Отмечена прямая корреляция между нарушением дыхательной функции, суммарными нарушениями и ограничением способности к передвижению.

3. Лидирующие позиции среди регионов Центрального федерального округа по уровням первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. занимают Ивановская и Владимирская области; наименьший уровень первичной инвалидности в Белгородской, Брянской, Липецкой и Костромской областях. По показателям повторной инвалидности лидируют Владимирская, Ивановская области и г. Москва. Наиболее низкие уровни повторной инвалидности в Смоленской, Орловской, Липецкой, Костромской, Брянской и Белгородской областях.

4. Преобладает потребность инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Установлено увеличение доли потребности инвалидов в технических средствах реабилитации. Реализовано рекомендаций ИПРА по медицинской реабилитации в 99,6%, по профессиональной реабилитации – в 20,9%, в социальной – в 70,8% наблюдений. У подавляющего числа инвалидов достигнута полная (53%) или частичная (46,3%) компенсация нарушенных функций.

У большинства инвалидов достигнута полная (79,6%) или частичная (7,7%) способность к самообслуживанию и способность к самостоятельному проживанию (89,8%). Большая доля инвалидов, не удовлетворенных рекомендованными реабилитационными мероприятиями в ИПРА, полученной стационарной и амбулаторной медицинской помощью, постановкой на учет в службе занятости и содействием при трудоустройстве, свидетельствует о необходимости пациент-ориентированного персонализированного подхода к реализации мероприятий медико-социальной реабилитации.

5. Основой приоритетных предложений по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, является модернизация и комплексность развития региональной системы первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи; персонализированный подход к оказанию лечебно-профилактической, медико-социальной и реабилитационной помощи; внедрение реабилитационных сертификатов для реализации реабилитационных мероприятий; мониторинг информирования и реализации персонализированного подхода к реализации профориентационных мероприятий; адресное оказание помощи инвалидам по вопросам трудоустройства; контроль за соблюдением рекомендаций по труду на рабочем месте; оценка эффективности реализации реабилитационных мероприятий всеми контрагентами реабилитационных программ инвалидов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Особенности первичной, повторной и накопленной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве целесообразно использовать при планировании мероприятий и разработке комплексных целевых программ профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов на региональном уровне.

2. Информационно-аналитическая база данных, сформированная в ходе исследования инвалидности взрослого контингента, вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в субъектах Центрального федерального округа с их ранжированием по показателям инвалидности является информационной базой для разработки мероприятий по профилактике заболеваемости и инвалидности с учетом территориальных особенностей.

3. Клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные характеристики инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, приводящие к стойким нарушениям функций организма и ограничению жизнедеятельности, следует использовать как базис при разработке рекомендуемых реабилитационных мероприятий в ИПРА инвалида и перечня технических средств реабилитации.

4. Полученные сведения о потребности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в различных видах медико-социальной реабилитации и сведения об эффективности реализации реабилитационных мероприятий необходимо использовать при формировании объемов медико-санитарной и медико-социальной помощи данному контингенту инвалидов.

5. Сформулированные приоритетные предложения по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, целесообразно использовать в практической работе региональных служб медико-социальной экспертизы России.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Пахомова М.Э.**, Характеристика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди лиц в возрасте 18-44 лет в г. Москве за 2016-2021 года / **М.Э. Пахомова**, Н.С. Запарий // Сборник НПК ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации Беларусь «Медико-социальная экспертиза и реабилитация» Сборник научных статей – Минск «Колоград». – 2023. – № 25 – С. 131–135.

2. **Пахомова М.Э.**, Тенденция формирования первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией за 2016-2021 гг. / **М.Э. Пахомова**, С.П. Запарий // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2023 – № 4. – С. 51–58.

3. **Пахомова М.Э.**, Структура тяжести первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в разных возрастных группах за 2016-2021 гг. / **М.Э. Пахомова**, С.П. Запарий // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии** – 2023. – №4 – С. 43-51.

4. **Пахомова М.Э.**, Нозологическая структура повторной инвалидности среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией. / **М.Э. Пахомова**, Е.Е. Ачкасов, Н.С. Запарий // Приоритетные направления развития науки в современном мире/ Сборник научных статей по материалам XII Международной научной конференции (22 августа 2023 г., г. Уфа) – Уфа: Изд. НИЦ Вестник науки / – 2023 – С. 142-161.

5. **Пахомова М.Э.**, Результаты мониторинга общей инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией среди взрослого населения в мегаполисе / **М.Э. Пахомова**, Н.С. Запарий, Д.Д. Болотов, Е.Е. Ачкасов // **Вестник Всероссийского общества специалистов**

по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии – 2023. – № 3. – С. 62-75.

6. **М.Е. Pakhomo**va., Spectrum of clinical and functional impairments and life limitations in individuals with disabilities due to diseases associated with HIV infection / **М.Е. Pakhomo**va, N.S. Zapariy, E.E. Achkasov, I.N. Khalyastov // **African Journal of Biological Sciences**. – 2024. – Vol. 6. – № 10. – P. 5399–5421. [**Scopus**].

7. **Пахомова М.Э.**, Комплексное изучение инвалидности и мероприятия по совершенствованию реабилитации инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции. / **М.Э. Пахомова**, Е.Е. Ачкасов, Н.С. Запарий // **Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024625261 – 18.11.2024.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПИ – впервые признанные инвалидами

ЕАВИИАС МСЭ – Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ППИ – повторно признанные инвалидами

ТСР – технические средства реабилитации

ФКУ – Федеральное казенное учреждение

ЦФО – Центральный федеральный округ