

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Пахомова Маргарита Эдуардовна

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

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Ачкасов Евгений Евгеньевич

доктор медицинских наук, доцент

Запарий Наталья Сергеевна

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	15
1.1. Заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией.....	15
1.2. Интенсивность инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией	29
1.3. Особенности комплексной реабилитации инвалидов с ВИЧ-инфекцией.....	37
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43
2.1. Структура исследования	43
2.2. Характеристика этапов и методов исследования	44
2.3. Методы статистической обработки	48
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА 2016–2022 ГОДЫ	50
3.1. Тенденция формирования первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 годы	50
3.2. Результаты переосвидетельствования инвалидов в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в г. Москве в сравнении с Российской Федерацией и Центральным федеральным округом за 2016–2022 годы.....	72
3.3. Особенности накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 годы	95
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	114

ГЛАВА 5. РАНЖИРОВАНИЕ СУБЪЕКТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ПО УРОВНЯМ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА 2016–2022 ГОДЫ	153
ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	160
6.1. Потребность инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в различных видах медико-социальной реабилитации и эффективность их реализации.....	160
6.2. Анализ проблем медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам на региональном уровне (по результатам социологического исследования).....	170
6.3. Предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией	179
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	185
ВЫВОДЫ	194
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	197
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	198
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	199
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	227

ВВЕДЕНИЕ

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 [2, 4, 20, 23, 31, 50, 74, 131, 151, 173].

Российская Федерация относится к странам с самой высокой интенсивностью распространения инфекции, вызванной ВИЧ [1, 22, 61, 66, 82, 134, 138].

Вопросы укрепления здоровья населения, профилактики и снижения инвалидности являются одним из ведущих направлений социальной политики государства [3, 12, 28, 33, 50, 74, 82, 151, 152].

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России за последние 15 лет вышла за пределы уязвимых групп и охватывает широкие слои населения [28, 61, 66, 102, 104, 111, 129, 130]. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России в 2022 году составил 43,29 на 100 тыс. населения [29].

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 [1, 63, 76].

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% [16, 17, 92, 99]. 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% [49, 59, 93].

Распространенность данной патологии увеличивается быстрыми темпами [1, 15, 20, 26, 59, 66, 80, 105, 134].

Инвалидность вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, имеет большую медико-социальную значимость, что обусловлено преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста и необходимостью проведения комплексной медико-социальной реабилитации [3, 5, 18, 53, 99, 122, 137].

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) [30]. 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 [3, 32, 60, 116, 122]; по медицинской реабилитации, восстановительному лечению (основой ранней диагностики заболеваний и профилактики инвалидизации должно быть качественное проведение периодических медицинских осмотров с обязательным выполнением полного объема лабораторных и функциональных методов исследований) [11, 27, 37, 50, 70]; по обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР) (ТСР 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) [8, 128, 142]. Весьма важным является и получение всеобъемлющих сведений о закономерности формирования инвалидности

населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, характерных для конкретной территории [1, 5, 17, 35].

Таким образом, учитывая высокий 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, 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 и нуждаемости 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 клинико-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 паспорту научной специальности 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация, пунктам 1, 5, 10 и 11 направлений исследований, и паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пунктам 8, 17 и 20 направлений исследований.

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.

Благодарности

Автор благодарит своих научных руководителей за неоценимую помощь при формировании положений научной работы, структурировании результатов исследования: заведующего кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) доктора медицинских наук, профессора Ачкасова Евгения Евгеньевича и заведующую учебно-организационным отделом учебно-методологического центра ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, доктора медицинских наук, доцента Запарий Наталью Сергеевну.

Автор выражает благодарность за помощь в проведении исследования специалистов ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Москве» Минтруда России.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией

Всемирная организация здравоохранения относит заболевания, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), к стыку социально значимых инфекций, наиболее актуальным для большинства регионов мира [86, 118, 140, 169, 170, 177, 178, 181, 183, 201].

Укрепление здоровья населения и профилактика инвалидности является одним из приоритетных направлений социальной политики государства на современном этапе [3, 12, 33, 44, 50, 51, 67, 74, 77, 112, 144, 148, 151, 157, 164, 165, 168, 169, 174, 176, 200].

Инвалидность населения – одна из актуальных медико-социальных и экономических проблем современности. Это критерий для оценки общественного здоровья, трудоспособности и качества жизни населения [6, 12, 17, 25, 29, 33, 37, 41, 47, 50, 56, 71, 78, 114, 142, 147, 149, 150, 166, 172, 173, 175, 182].

ВИЧ-инфекция – хроническая инфекционная болезнь, вызванная ВИЧ (human immunodeficiency virus), медленно прогрессирующее антропонозное заболевание с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующееся поражением иммунной системы с развитием синдрома приобретенного острого иммунодефицита (СПИД). Клинические проявления СПИДа, приводящие к гибели инфицированного человека, – оппортунистические (вторичные) инфекции, злокачественные новообразования и аутоиммунные процессы [9, 13, 14, 20, 66, 91, 121, 126, 127, 160, 163, 187, 188].

Количество людей с ВИЧ в мире насчитывает 37,7 млн человек, из них 36 млн взрослых и 1,7 млн детей, более половины (53%) составляют женщины и девушки. Топ-10 стран по распространению ВИЧ-инфекции в 2021 г.: Лесото – 22,8% населения в возрасте 15–49 лет; каждый пятый житель имеет носительство

ВИЧ-статуса; Ботсвана – 20,7%; ЮАР – 19% трудоспособного населения (6 млн человек); Зимбабве – 12,8%; Мозамбик – 12,4%; Намибия – 11,5%; Замбия – 11,5%; Малави – 8,9%; Экваториальная Гвинея – 7,2%; Уганда – 5,8% [126, 127, 160, 163, 187, 188].

Российская Федерация занимает 46 место по распространенности ВИЧ-инфекции [81]. Российская Федерация относится к странам с наиболее высокой интенсивностью распространения инфекции, вызванной ВИЧ. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России за последние 15 лет вышла за пределы уязвимых групп и охватила широкие слои населения [7, 20, 65, 66, 118]. Показатели заболеваемости при ВИЧ-инфекции за 2016–2018 гг. в Российской Федерации составляли 72,2–70,5–66,2 случаев на 100 тыс. населения. Уровень смертности составлял 12,7–13,7–14,0 [66, 118].

В 2016 г. общее число случаев ВИЧ-инфекции составляло 1 114 815 человек, впервые выявлено 103 438 случаев. Показатель поражения составлял 594,3 на 100 тыс. населения. Выявляемость инфекции отмечалась в возрастной группе 30–40 лет (46,9%), среди лиц 40–50 лет – 19,9% и в возрастной группе 20–30 лет – 23,3% [20, 31, 38, 93, 171].

В Российской Федерации в 2019 г. продолжалась генерализация эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, увеличилось количество зарегистрированных больных, живущих с ВИЧ. Было зарегистрировано 1 426 976 случаев выявленной ВИЧ-инфекции в иммунном блоте, 355 160 больных умерло. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составлял 66,6 на 100 тыс. населения, а пораженность – 730,4, за счет значительного числа впервые выявленных случаев заболевания. Выше среднестатистического показателя заболеваемости он был в 26 субъектах Российской Федерации: Кемеровской (206,5 новых случаев на 100 тыс. населения), Иркутской (134,3), Оренбургской (125,2), Свердловской (121,5), Пермском (121,5), Красноярском (120,4) и Алтайском (117,0) краях, Новосибирской (121,1), Томской (116,7), Тюменской (119,8), Курганской (108,7), Челябинской (105,8), Самарской (100,0) областях, Севастополе (88,6), Республике Крым (88,5), Ульяновской (85,9), Омской (85,0) областях, Ханты-Мансийском

автономном округе (79,0), Нижегородской (75,9), Удмуртской Республике (75,8), Республике Хакасия (72,6), Республике Башкортостан (70,2). В перечисленных регионах проживает 35,6% населения, и было зарегистрировано 56,7% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в России [101, 106, 117, 131].

Отмечен рост числа регионов с высокой инфицированностью ВИЧ-инфекции (более 0,5% от числа населения) с 22 регионов в 2014 г. до 36 субъектов в 2019 г. К наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией регионам в 2019 г. относились: Кемеровская (1972,71) Иркутская (19153), Свердловская (1826,0), Самарская 91496,9), Оренбургская область (1480,7), Ханты-Мансийский автономный округ (1311,2), Челябинская (1302,9), Ленинградская (1290,9), Новосибирская (1275,20) область. Среди ВИЧ-инфицированных преобладали мужчины (62,6%). В России сохраняется тенденция заражения ВИЧ-инфекцией населения активного трудоспособного возраста: в 84% случаев инфекция впервые выявлена у лиц старше 30 лет, преимущественно в возрасте 30–50 лет (70%). Самый высокий уровень инфицированности наблюдается в возрастной группе 30–44 года. Среди впервые выявленных больных 63,3% заразились при гетеросексуальных контактах, доля при употреблении инъекционных наркотиков снизилась до 33,1%, 2,4% при гомосексуальных контактах. В 2019 г. 24,9% от числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных россиян умерло, при этом увеличилась доля умерших вследствие ВИЧ-инфекции. В 2018 г. умерло 36 868 инфицированных ВИЧ, из них 56% вследствие ВИЧ-инфекции [101, 106, 117, 131].

По данным Росстата, в 2018 г. ВИЧ-инфекция была причиной в 59,6% (20 597 случаев) от всех смертей от инфекционных болезней, в 2019 г. умерло 33 577 больных ВИЧ-инфекцией, снижение на 8,9%. Ведущей причиной летальных исходов среди ВИЧ-инфицированных остается туберкулез. В 2020 г. было зарегистрировано 1 492 998 человек с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция. Было выявлено 72 023 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 25,9% меньше, чем в 2019 г. Показатель заболеваемости в Российской Федерации составил в 2020 г. 49,1 на 100 тыс населения. Лидировали 25 субъектов, в данных регионах зарегистрировали 64,9% всех новых случаев ВИЧ-инфекции: Кемеровская (124,6),

Свердловская область (95,9), Пермский край (95,5), Челябинская (93,3), Томская (90,2), Иркутская область (89,8), Красноярский край (86,2), Оренбургская (85,5), Новосибирская (84,8), Тюменская область (77,1) [118].

Поражаемость ВИЧ-инфекцией составляет 752,8 на 100 тыс. населения, в динамике увеличивается число очагов с высокой поражаемостью (в 2020 г. – 38 субъектов), в которых проживало 62,3% населения страны и было зарегистрировано 64,9% всех новых случаев ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция диагностировалась в более старших возрастных группах, 85,3% больных были выявлены в возрасте старше 30 лет, инфицированы в возрасте 30–49 лет (71,4% новых случаев). По гендерному признаку доминировали мужчины: 62,8% среди зарегистрированных случаев заболевших и в 60,8% от впервые выявленных. В 64,9% случаях заражение при гетеросексуальных контактах, доля при употреблении наркотических средств снизить до 31,1%, 2,8% инфицированность при гомосексуальных контактах [118, 154].

В 2021 г. в Российской Федерации было выявлено 71 019 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости в 2021 году составил 48,7 на 100 тыс. населения, в 30 субъектах данный показатель превышал общероссийский, в них проживало 50,7% населения России и было зарегистрировано 70,2% всех новых случаев ВИЧ-инфекции. Пораженность населения составила 782,0 на 100 тыс. (0,8% населения живут с ВИЧ и 1,5% населения в возрасте 15–49 лет). В 22 субъектах показатели пораженности превышали общероссийские. ВИЧ-инфекция выявлялась среди населения наиболее активного трудоспособного возраста: в возрасте 30–39 лет в 39,9% случаев, в 40–49 лет – в 31,2%, 20–29 лет – в 11,8% [118, 154].

По данным Роспотребнадзора, в России по итогам 2022 г. наиболее напряженная ситуация с ВИЧ-инфекцией зафиксирована в Кемеровской, Иркутской и Свердловской областях, Кемеровская область – Кузбасс – 2039,46 на 100 тыс. населения, Иркутская область – 1977,92, Свердловская область – 1910,32, Оренбургская область – 1663,18, Самарская область – 1482,15. Среди других регионов России с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией Челябинская,

Новосибирская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Пермский и Красноярский край. Пораженность ВИЧ-инфекцией на 31 декабря 2022 г. составила 794,7 на 100 тыс. населения России (в 2021 г. – 782,0), то есть с ВИЧ жили 0,8% всего населения России и 1,4% населения в возрасте от 15 до 49 лет [102].

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России остается неустойчивой. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2022 г. составил 43,29 на 100 тыс. населения, что меньше средних многолетних показателей до начала пандемии COVID-19 (COronaVIrus Disease 2019 / коронавирусная инфекция 2019 года) на 16% (51,49 в 2010–2019 гг.) [146].

ВИЧ-инфекция в 2022 г. регистрировалась на территориях всех субъектов России, в том числе в 34 из них показатели заболеваемости превысили средний уровень по стране. В последние годы в ряде регионов активизировалась передача ВИЧ-инфекции среди сельских жителей: в 2022 г. было зарегистрировано 35,1 случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения (на 4,0 % больше, чем в 2021 г.). В 33 регионах страны от 30 до 81% всех новых случаев ВИЧ-инфекции были зарегистрированы среди сельских жителей. В последние годы в Российской Федерации ВИЧ-инфекция выявляется среди населения наиболее активного трудоспособного возраста [61].

В 2022 г. ВИЧ-инфекция диагностировалась у россиян в возрасте 30–39 лет в 37,9% случаев. Среди всех живущих с ВИЧ россиян мужчины составляли 62,4% [61]. В 2022 г. ВИЧ-инфекция диагностировалась у россиян в возрасте 40–49 лет в 32,2%; 50–59 лет – в 11,8%; 20–29 лет – в 11,2%. Доля пожилых зараженных возросла, а молодежи в возрасте 15–20 лет снизилась до 0,8% [61].

По данным Роспотребнадзора, среди впервые выявленных в 2022 г. зараженных мужчин было 60,5%. У 72% заболевших, впервые выявленных в 2022 г., отмечаются исключительно гетеросексуальные контакты, о гомосексуальных контактах отмечено в 41%; о внутривенном употреблении наркотиков – в 22,5%.

Среди всех выявленных в 1987–2022 гг. ВИЧ-позитивных больше половины (55,6%) были заражены при употреблении наркотиков, ВИЧ-инфекция вышла за пределы этого крупного резервуара и активно распространяется при гетеросексуальных контактах. А.А. Савина и соавт. (2023), изучая тенденцию смертности от ВИЧ-инфекции в регионах России, установила, что в начале 2000-х годов «инфекционная» смертность в регионах России определялась преимущественно социально значимыми заболеваниями, такими как туберкулез, гепатит и ВИЧ-инфекция [123]. За 20-летний период вклад ВИЧ-инфекции в смертность внутри класса «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» увеличился в разы, и она вышла на первое место. Некоторые эксперты полагают, что быстрый рост смертности от ВИЧ-инфекции во втором десятилетии XXI века отчасти обусловлен особенностями регистрации причин смерти, а также недостаточным охватом лечения (антиретровирусной терапией) в субъектах Российской Федерации [15].

В результате темпа роста смертности от ВИЧ-инфекции эта причина вышла на первое место в классе «Инфекционные паразитарные болезни»: в 2021 году на ВИЧ пришлось 61% случаев смерти в данном классе причин. Наиболее высокие уровни и темпы роста смертности в прошедшие два десятилетия характерны для молодого трудоспособного населения [1].

На территории Российской Федерации наблюдается достаточно сложная картина распространения ВИЧ-инфекции и смертности от данной причины. Группы территорий с наиболее высокими и низкими показателями, особенно в отдельных возрастных группах, неустойчивы, что свидетельствует о разнообразии и региональной специфике факторов, определяющих эпидемиологическую обстановку. Исключение составляет Кемеровская область с наиболее высокими уровнями смертности во всех возрастных группах, кроме пожилых. Высокие показатели, преимущественно в трудоспособных возрастах, регистрировались в Иркутской, Челябинской, Свердловской, Новосибирской и Оренбургской областях [1, 35, 82, 100].

В ряду клинических проявлений ВИЧ-инфекции немаловажную роль играет патология кожи и слизистых оболочек. Саркома Капоши (СК) – многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого происхождения с преимущественным поражением кожного покрова и вовлечением внутренних органов. До развития эпидемии ВИЧ-инфекции СК считалась редкой опухолью. В условиях нарастающей иммуносупрессии ВИЧ-ассоциированная СК имеет тенденцию к более тяжелому течению, генерализации и сопровождается поражением висцеральных органов, приводя к гибели больных. Авторы демонстрируют клинический случай генерализованной СК с поражением кожи, слизистых оболочек и внутренних органов (легких) у больного с ВИЧ-инфекцией. Легочная форма СК в клинической практике встречается редко, но зачастую приводит к летальному исходу [11, 26, 29, 79, 90, 145, 194].

Число лиц, живущих с ВИЧ в г. Москве в 2016 г. – 53 750 человек, в 2017 г. – 61 156 человек, в 2018 г. – 68 607 человек, в 2019 г. – 74 421 человек, в 2020 г. – 80 315 человек. Впервые выявлено новых случаев ВИЧ в 2016 г. 5880 человек, в 2017 г. – 8768 человек, в 2018 г. – 8743 человек, в 2019 г. – 8383 человек. Умерло от ВИЧ-инфекции в 2016 г. – 811 человек, в 2017 г. – 999 человек, в 2018 г. – 881 человек, в 2019 г. – 835 человек, в 2020 г. – 775 человек. Среди выявленных новых случаев ВИЧ в 2016 г. 62% составляли мужчины, 38% – женщины; в 2017 г. – 65% и 35% соответственно, в 2018 г. – 60% и 40% соответственно. В возрастной структуре среди впервые выявленных ВИЧ в 2016 г. составили лица до 29 лет – 24%, 30–39 лет – 46%, 40–49 лет – 19% и 50 лет и старше – 11%; в 2017 г. 21% – 46% – 21% – 12%; в 2018 г. 19% – 44% – 23% – 14%, соответственно; таким образом пик выявляемости приходится на возрастную группу 30–39 лет. В более старших возрастных группах выявляемость продолжает возрастать. В структуре половой передачи ВИЧ-инфекции в городе Москве в 2016 г.: гетеросексуалы – 57%, гомосексуалы – 18%, наркоманы – 25%; в 2017 г. 50% – 21% – 19%; в 2018 г. 56% – 19% – 25% соответственно. Роль наркотического и гомосексуального пути распространения ВИЧ занижается. Среди мужчин их однозначная доля составляет 61% и является главным двигателем эпидемии. Среди женщин в период 2016–

2018 гг. гетеросексуальный путь варьировал от 81% – 86% – 82%, наркотический – 19% – 14% – 18% [9, 131].

По данным А.С. Подымовой (2018), изучавшей ВИЧ-инфекцию в Свердловской области за период 2001–2016 гг. и выявившей, что в области отмечался рост распространенности ВИЧ-инфекции, в 2016 г. уровень поражения достиг 1647 на 100 тыс. населения, а первичной заболеваемости – 151,9 на 100 тыс. населения, превысив среднестатистические показатели в 2,7 и 2,8 раза. Наиболее высокая распространяемость наблюдалась в группе 30–39 лет (58,09 на 100 тыс. населения), среди потребителей инъекционных наркотиков (65,3%), преобладал половой путь передачи (54,5%), при сохранении актуальности гетеросексуального пути (43,7%) [103].

В Калининградской области за 2007–2017 гг. зарегистрировано 10 556 ВИЧ-инфицированных. В 2017 г. вновь выявленных случаев – 557. Состоят на диспансерном учете 4090 человек, из них: 55–58% мужчин, 42–45% женщин. Охват трехэтапной химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции увеличился с 55% в 2007 г. до 89% в 2017 г., перинатальная передача не превышала 2%. Туберкулез, как сопутствующее заболевание, наблюдался у 10% пациентов. Число пациентов с сопутствующими гепатитами (В-С) уменьшилось с 74% до 45,6% за 2007–2017 гг. [105].

С.Э. Умиров и соавт. (2018), изучая ВИЧ-инфекцию в Узбекистане за 2000–2015 гг. установил, что в 1987–1999 гг. было выявлено 76 случаев ВИЧ-инфекции, кумулятивный показатель заболеваемости составлял 0,3 на 100 тыс. населения. Заражения в данный период более чем в 90% приходились на половой путь. С 2000 г. отмечается тенденция роста заболеваемости (0,6 на 100 тыс. населения). Преобладал парентеральный путь заражения (76,6%), доля полового пути – 9,5%. В динамике увеличивалось число новых случаев ВИЧ-инфекции в 1,1–3,7 раза. За 2000–2015 гг. доля парентерального пути заражения снизилась в 27 раз (76,6% – 23,3%), а доля полового пути заражения возросла в 7,4 раза (9,1% – 67,6%) [94].

А.В. Болдырева и соавт. (2018) изучала гендерные и возрастные характеристики ВИЧ-инфицированных жителей Липецкой области в 2016–2017 гг.

и выявила, что доля мужчин среди ВИЧ-инфицированных жителей области составила 67,5%, но в динамике наблюдается снижение заболеваемости среди жителей (2017 г. – на 38,5%) по отношению к 2015 г. (с 68,9 до 42,4 на 100 тыс. населения). Причина снижения заболеваемости среди женщин иная, чем среди мужского, в 2017 г. снизилась на 25,3% к 2015 г. (с 20,2 до 15,1 случаев на 100 тыс. контактов). Основная доля ВИЧ-инфицированных лиц приходилась на возрастную группу 30–39 лет (46,2%), с 2016 г. отмечен рост заболеваемости в старших возрастных группах: в возрастной группе 40–44 года на 25,4%, в группе 45–49 лет на 78,8%, в группе 50–54 года – на 23,5%, в возрастной группе 15–39 лет отмечалось снижение заболеваемости от 11% до 20% [28].

А.В. Алимов и соавт. (2018) изучали тенденции распространения ВИЧ-инфекции в Уральском федеральном округе за 2017 г. и установили, что отмечается незначительное снижение показателя заболеваемости с 130,4 до 129,3 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости в 1,5 раза превышал общероссийский. В возрастной структуре происходили перераспределения в сторону увеличения доли старших возрастных групп, со снижением доли в возрастной группе 20–29 лет. В гендерной структуре преобладали мужчины – 61,4%. Доля полового пути передачи – 39,8%, доля с парентеральным употреблением наркотиков уменьшилась от 31,4% до 27,2%. Женщины чаще заражались половым путем (56,2%), чем мужчины, гомосексуальным путем – чаще мужчины (81,2%). Основное количество впервые выявленных ВИЧ-инфицированных лиц относилось к неработающим лицам и лицам с неустановленным социальным статусом [138].

О.М. Леонова (2019) изучала ВИЧ-инфекцию в Северо-Западном федеральном округе; автор отмечает, что в 2016–2019 гг. заболеваемость в округе составила 43,1 – 45,6 – 47,9 – 48,5 случаев на 100 тыс. населения, в г. Санкт-Петербурге – 37,0 – 33,7 – 31,2 – 29,6 на 100 тыс. населения, в Ленинградской области – 61,2 – 65,0 – 68,3 – 55,4 – 38,3 [68].

Е.С. Довгополук и соавт. (2018), изучая причины смертности ВИЧ-инфицированных жителей Сибирского федерального округа за 2010–2015 гг.,

установили, что в Сибирском федеральном округе за исследуемый период лидирующей причиной смерти среди умерших ВИЧ-инфицированных является заболевание, связанное с проявлением микобактериальной инфекции: в 2010 г. – 39,6%, 2015 г. – 42,1%. За исследуемый период в Сибирском федеральном округе отмечено ежегодное увеличение пациентов с ВИЧ-инфекцией, на поздних стадиях которой выявлялись вторичные заболевания, самое частое – туберкулез (98,8%). В течение 6 лет число ВИЧ-инфицированных в сочетании с туберкулезом увеличилось в 2 раза. За 2010–2015 гг. в Сибирском федеральном округе от микобактериальной инфекции умерло 11 811 человек [39].

С тенденцией в динамике роста среди ВИЧ-инфицированных преобладали заболевания органов дыхания (8,1–8,7%), пневмоцистная пневмония (17,3–21,6%), цирроз печени (6,7–5,8%), в 1,4 раза выросли доли причины смерти, связанные с сепсисом и септиемией (3,0–4,3%), СПИД-индикаторные заболевания (кандидозы, микозы, герпетическая инфекция, токсоплазмоз) (1,0–1,5%), связанные со злокачественными новообразованиями (3,8–5,5%). Суицидальная активность ВИЧ-инфицированных сохраняется в пределах 2,5% [193].

А.В. Русанович и соавт. (2018), изучая эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, установили, что в Республике наблюдается тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекции. Наиболее значимые группы в развитии эпидемиологического процесса по ВИЧ-инфекции являются потребителей инъекционных наркотиков, женщины секс-бизнеса и мужчины, имеющие сексуальные отношения с другими мужчинами. За период 1987–2018 гг. зарегистрировано 24 686 случаев ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 202,3 на 100 тыс. населения. Уровень распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составил 30,8%, женщины секс-бизнеса – 7,0% и мужчины, имеющие сексуальные отношения с другими мужчинами – 9,8%. В 2017 г. выявлено 2 468 ВИЧ-инфицированных (2016 г. – 2391). Показатель заболеваемости составил 25,9 на 100 тыс. населения (2016 г. – 25,2). Доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 19,7%, на долю полового пути передачи пришлось 78,6% случаев. В 2017 г. на долю полового пути передачи ВИЧ

пришлось 86,2% случаев, зарегистрированных среди женщин, и 74,0% случаев, зарегистрированных среди мужчин. Инъекционным путем мужчины инфицируются в 1,8 раза чаще, чем женщины. Удельный вес женщин из общего числа ВИЧ-инфицированных составляет 40%, мужчин – 60%. В 2006–2017 гг. наблюдался сдвиг распространения ВИЧ-инфекции на более старшие возрастные группы, более интенсивное вовлечение в эпидемиологический процесс ВИЧ-инфекции женщин. В 2017 г. среди женщин 30–39 лет зарегистрировано 366 случаев (50,3 на 100 тыс. контингента), среди женщин 20–29 лет – 186 случаев (29,6 случая на 100 тыс. контингента) [153].

В Азербайджане в 1987–2016 гг. выявлено 6 185 ВИЧ-инфицированных лиц, из них 96,7% – граждане Азербайджана, 3,3% – иностранцы. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2016 г. составлял 5,6 на 100 тыс. населения, показатель распространенности ВИЧ-инфекции – 61,6 на 100 тыс. населения; показатель пораженности равен 0,06. 48,7% инфицировались в результате употребления инъекционных наркотиков. Второй по значимости распространенный путь инфицирования – гетеросексуальный (40,3% инфицированных). В структуре заболевших 82,2% – представители возрастной группы 25–49 лет. Количество людей, находящихся на стадии СПИД, составляет 1 841 человек, из них 18 – дети. Общее число умерших от ВИЧ-инфекции составляет 798 человек, из них на стадии СПИД – 485 человек [76].

Г.М. Садыкова (2018) изучала эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Актюбинской области Республики Казахстан и выявила, что за период 2011–2016 гг. зарегистрировано 319 случаев ВИЧ-инфекции, из них 70% – жители Актобе. Пути передачи ВИЧ-инфекции являлись половой (56%), парентеральный (41%), вертикальный (1,5%). По гендерному составу преобладали мужчины (59%). В динамике по годам выявлена тенденция к росту полового пути передачи и доли женщин. Возрастной диапазон варьировал от 1 до 69 лет, в среднем – 32 года. Доля выявленных случаев ВИЧ в возрасте от 15 до 49 лет составляла 92% [124].

Н.М. Гашникова и соавт. (2018) изучали распространяемость ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан за 1991–2017 гг. и выявили, что Республика Таджикистан входит в число стран с низким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, до 2009 г. ежегодно выявлялось 200–300 новых случаев ВИЧ-инфекции, с 2010 г. отмечается активация эпидемиологического процесса. За период исследования выявлено 8 750 случаев ВИЧ-инфекции, в динамике отмечалось уменьшение доли инфицированных при употреблении инъекционных наркотических препаратов с 84,4% до 17,6% и рост доли инфицированных при гетеросексуальных контактах с 15,6% до 64,6% [2].

Е.Л. Сенькина и соавт. (2022) изучали основные закономерности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди населения Рязанской области за 2011–2020 гг. и влияния пандемии COVID-19 на показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Авторы выявили, что инцидентность, пораженность, смертность от ВИЧ-инфекции имели тенденцию к росту (1,5; 3,5; 3,6% соответственно). За 2011–2020 гг. 51,4% случаев связано с гетеросексуальными, 3,1% – с гомосексуальными контактами, 44,6% – с внутривенным употреблением наркотиков. В 2020 г. число выявленных новых случаев ВИЧ-инфекции уменьшилось на 20,8%, число обследованных – на 8,4% [129].

З.А. Хохлова и соавт. (2019) изучали поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных в эпидемиологически неблагоприятном регионе за 2006–2018 гг. и установили, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Новокузнецке стабильно превышает среднероссийский уровень. В структуре поражений центральной нервной системы установлены вторичный менингит/энцефалит на фоне бактериального или кандидозного сепсиса, туберкулеза, токсоплазмоза, криптококкоза, цитомегаловирусного энцефалита, лимфом, ВИЧ-ассоциированных энцефалита, энцефалопатий, субарахноидальных кровоизлияний, прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии. 75% пациентов имели стадию ВИЧ-инфекции 4В (СПИД). В 48 случаях наступил летальный исход [111].

А.В. Крикова и соавт. (2018) изучали аспекты ВИЧ-инфекции в Смоленской области и констатируют, что в области выявлено за 1987–2017 гг. 3 537 ВИЧ-инфицированных граждан, в 2017 г. выявлен 271 случай заболевания ВИЧ-инфекцией, что на 8,1% меньше, чем в 2016 г. В 40,7% случаев заболевание выявлялось у молодых и людей в возрасте 31–40 лет, в 22,8% случаев – в возрастной группе 26–30 лет, и 17,9% случаев среди лиц в возрасте 41–50 лет, 18–25 лет – в 10,3% случаев и 8,3% случаев среди лиц старше 50 лет; в 60,5% случаев причиной заболевания являлся половой путь заражения, в 39,1 случаев – при инъекционном употреблении наркотиков [22].

О.Л. Серебровская (2017) изучала клинико-лабораторные, эпидемиологические и социально-демографические характеристики ВИЧ-инфекции в Южно-Уральском регионе и установила, что тенденция развития инфекционного процесса ВИЧ-инфекции на территории региона является переходом эпидемии из концентрированной в генерализованную стадию (1,7% беременных женщин имели положительный ВИЧ-статус); феминизация с вовлечением женщин репродуктивного возраста (47%), равномерность заболеваемости с концентрацией в урбанизированных промышленных районах региона, смещение эпидемии в старшие возрастные группы (45% в возрасте 30–39 лет в 2014 г.) и сохраняющаяся высокая актуальность парентеральной передачи ВИЧ (52,4%). Автор прогнозирует значительный рост эпидемии ВИЧ-инфекции к 2025 г. – 20 930 чел., что превышает показатель 2014 г. В популяции больных ВИЧ-инфекцией происходит увеличение доли пациентов с выраженным иммунодефицитом (у 28,6% $CD4^+ < 350$ кл/мкл); ведущими вторичными заболеваниями у ВИЧ-инфицированных являются: кандидоз (56,4%), туберкулез (22,9%), поражения, вызванные вирусом простого герпеса (16,3%), пневмоцистоз легких (3,2%) и различные злокачественные новообразования (1,2%). Наиболее распространенной коинфекцией является хронический вирусный гепатит С. Сопутствующая терапевтическая патология выявляется у 2/3 ВИЧ-инфицированных пациентов г. Челябинска, в том числе: заболевания желудочно-кишечного тракта (4,04%), нервной (28,9%), сердечно-сосудистой

системы (26,0 %), поражения глаз (20,5%), органов дыхания (20,0%), эндокринные нарушения (10,2%) [130].

Н.Э. Мусабаева и соавт. (2020) изучали особенности клинического течения ВИЧ-инфекции среди населения Узбекистана в 2019 г. и установили, что цитомегаловирусная инфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов определялась у 37,2%, которая оказывала негативное влияние на клиническое течение заболевания. Выраженный и тяжелый ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит проявлялся высокой частотой рецидивирующих инфекций, необъяснимой анемией, персистирующей диареей и лихорадкой, оральным кандидозом, хроническим поражением печени и желчного пузыря, нарушением питания, поражением центральной нервной системы и высокой частотой поражения заднего отдела глаз [75].

Н.Н. Ладная и соавт. (2020) изучали смертность, связанную с инфекцией, вызываемой ВИЧ, в Российской Федерации в 1987–2018 гг. и установили, что коэффициент смертности россиян от ВИЧ-инфекции вырос с 0,1 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 14,0 в 2018 г. Среди городских жителей-мужчин он был наиболее высоким (в 2018 г. – 22,8 на 100 тыс. населения). Инфекция вызывает преждевременную смертность, больные умирают в среднем в возрасте 38,9 лет. За весь период наблюдения в России умерло 318 870 инфицированных ВИЧ (24,0% от числа зарегистрированных больных) [20, 131].

М.Г. Ласеева и соавт. (2020), проводя анализ динамики заболеваемости и социальных особенностей ВИЧ-инфекции в Республике Мордовия в 2014–2019 гг., отмечали, что Республика Мордовия относится к регионам с невысоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, показателем ниже среднероссийского. Показатели заболеваемости в 2017 г. составили 24,2 на 100 тыс. населения. По возрастному составу количество выявленных случаев ежегодно приходится на лиц в возрасте 31–50 лет (2014 г. 53%, 2015 г. 60%, 2016 г. 50%, 2017 г. 61%, 2018 г. 59%, 2019 г. 67%). В 2017–2018 гг. отмечается увеличение доли заболевших лиц старше 51 года. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции наряду с увеличением числа инфицированных характеризуется изменением структуры путей передачи. До

середины 2000-х годов основная часть выявленных случаев инфекции отмечалась у потребителей инъекционных наркотиков, однако в последующем отмечался рост полового пути передачи (в 2014 г. 81%, в 2015 г. 62%, в 2016 г. 67%, в 2017 г. 69%, в 2018 г. 72%, в 2019 г. 76%). Доля заражения при инъекционном употреблении психоактивных веществ колеблется от 19% в 2014 г. до 14,9 в 2019 г. В 2014–2017 гг. среди заболевших преобладали работающие граждане, не более 47% составляла доля лиц с высшим или средне-специальным образованием [4].

Н.А. Авксеньев и соавт. (2022) изучали социально-экономическое бремя ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2019 г. и установили, что в 2019 г. распространение ВИЧ-инфекции в России привело дополнительно к 19 941 случаю смерти и снизило рождаемость на 5 845 детей. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни сократилась на 0,31 года. Негативный вклад ВИЧ-инфекции в естественный прирост населения составил 25 786 чел., а в среднегодовую численность населения – 12 893 чел. Общий объем экономического бремени ВИЧ-инфекции составил 220,1 млрд руб. (0,2% от внутреннего валового продукта). Большая часть расходов приходилась на косвенные экономические затраты – 172,7 млрд руб. (78,4%). Вторым по объему затрат компонентом являются прямые медицинские затраты – 34,6 млрд руб. или 15,7% [134].

1.2. Интенсивность инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией

Н.Б. Веригина и соавт. (2019) изучали показатели инвалидности взрослого населения Российской Федерации в динамике за 2018 г. и установили, что число болезней, вызванных ВИЧ в Российской Федерации составляло 7 121 человек. Их удельный вес в структуре впервые признанных инвалидами всех классов болезней составлял 1,1%, уровень первичной инвалидности составлял 0,6 на 100 тыс. населения. В возрастной структуре преобладали инвалиды молодого возраста – 80,3% (5 715 чел.), с уровнем равным 1,0. Доля инвалидов среднего возраста

составила 18,2% с уровнем 0,5. Удельный вес инвалидов старше трудоспособного возраста составлял 1,5 (108 чел.) [18, 19].

По тяжести инвалидности инвалиды I группы – 13,8% (980 человек), II группы – 50,3% (3 379 человек), III группы – 36,0% (2 562 человека). По тяжести инвалидности инвалиды I группы – 13,8% (980 человек), II группы 50,3% (3 379 человек), III группы – 36,0% (2562 человека). Повторно признано инвалидами 1 069 человека (0,9%), в структуре впервые признанных инвалидами из них в молодом возрасте – 77,6% (8 381 человек), среднем возрасте – 2199 человек (20,6%), в старшем трудоспособном возрасте – 1,8% (191 человек). Инвалиды I группы – 5,4% (581 человек), II группы – 48,7% (5203 человека) и III группы – 45,9% (4907 человек) с уровнем 0,4 на 10 тыс. населения [50, 58].

В.Л. Солтанова (2023), изучая первичную инвалидность вследствие болезней, вызванных ВИЧ, среди взрослого населения Томской области в динамике за 2018–2022 гг., отмечает увеличение (более чем в 7 раз) числа инвалидов (от 18 человек до 131 человек) и уровень первичной инвалидности от 0,2 до 1,5 на 10 тыс. населения. Удельный вес данного класса болезней в структуре первичной инвалидности увеличивался от 0,6 до 3,6% и занимает 6 ранговое место. В структуре ВПИ преобладали лица трудоспособного возраста (99,5%), мужского пола (80,5%), преимущественно инвалиды II группы в 2018–2021 гг., III группы – в 2022 году. Удельный вес также с увеличением тяжести инвалидности увеличивался. Инвалидность вследствие болезней, вызванных ВИЧ, при первичном освидетельствовании установленная без срока переосвидетельствования отмечена в 81,5% случаев [132].

М.А. Дымочка и соавт. (2022), изучая инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за 2019 год установили, что число лиц ВПИ вследствие болезней, вызванных ВИЧ, составляло 7 929 человек, из них инвалиды молодого возраста 78,3% (6 211 чел.) с уровнем первичной инвалидности 1,1 на 10 тыс. взрослого населения, удельный вес инвалидов среднего возраста составляет 19,7% (1 564 чел.) с уровнем 0,7. Наименьшую долю составляли инвалиды старше трудоспособного возраста – 1,9% (154 чел.). Уровень первичной инвалидности в

России составлял 0,7 на 10 тыс. взрослого населения. Наиболее высокий уровень отмечался в Уральском (1,6) и Сибирском федеральных округах (0,9). Наиболее низкие уровни регистрировались в Северокавказском и Дальневосточном федеральных округах (0,4). По тяжести преобладали инвалиды II группы – 4 079 чел. (51,4%) с интенсивным показателем 0,3. Второе место занимали инвалиды III группы – 33,7% (2 674 чел.) с показателем 0,2. Наименьшую долю составляли инвалиды I группы – 14,8% (1 176 чел.) с уровнем 0,1 на 10 тыс. взрослого населения. Повторно признанных инвалидов от этих причин 9 048 человек. Наибольшую долю составляли инвалиды молодого возраста – 76,4% (6 912 чел.), из них уровень повторной инвалидности составлял 1,3 на 10 тыс. соответствующего населения. Удельный вес инвалидов среднего возраста составлял 22% (1 987 чел.) с уровнем 0,8. Доля инвалидов старше трудоспособного возраста составляла 1,6% (149 чел.). Уровень повторной инвалидности в 2019 г. в России от этих причин составлял 0,8 на 10 тыс. населения. Наиболее высокий уровень также наблюдался в Уральском (1,2) и Сибирском (1,1) федеральном округах, наименьший уровень регистрируется в Дальневосточном федеральном округе (0,4) [99].

В 2020 г. в Российской Федерации впервые признано инвалидами вследствие болезней, вызванных ВИЧ, 7 242 чел. Уровень первичной инвалидности составил 0,6 на 10 тыс. взрослого населения. В возрастной структуре преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет), их число составило 5 461 чел. (75,4%) с уровнем 1,0 на 10 тыс. соответствующего населения. Второе место занимали инвалиды среднего возраста – 1 638 чел. (22,6%) с уровнем равным 0,7. Наименьшую долю составляли инвалиды старше трудоспособного возраста – 2,0% (143 чел.) [59].

Наиболее высокий уровень отмечался в Уральском (1,4), Сибирском (0,9), Приволжском (0,8) федеральных округах, наименьший уровень – в Дальневосточном федеральном округе (0,3). По тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы – 3 283 чел. (45,3%) с уровнем 0,3 на 10 тыс. взрослого населения. Второе место составили инвалиды III группы – 2 785 чел.

(38,5%) с уровнем 0,2, доля инвалидов I группы составила 16,2% (1 174 чел.) с уровнем 0,1 [18, 92].

Число лиц ВПИ по причине ВИЧ в России составило 11 491 чел. с уровнем 1,0. Инвалиды молодого возраста составили 73,9% (8 493 чел.) с уровнем 1,6, доля инвалидов среднего возраста 24% (2 758 чел.) с уровнем равным 1,2. Доля инвалидов старшего трудоспособного возраста – 2,1% (240 чел.) с уровнем 0,1. Наиболее высокий уровень повторной инвалидности отмечался в Сибирском (1,4), Приволжском (1,3), Северо-Западном (1,2) федеральных округах, наименьший – в Дальневосточном (0,4). По тяжести инвалидности преобладают инвалиды III группы – 57,1% (6 563 чел.) с уровнем 0,6, второе место занимают инвалиды II группы – 38,7% (449 чел.) с уровнем 0,4. Доля инвалидов I группы составляет 4,2% (479 чел.) [50, 64].

С.А. Крашина (2010), изучая факторы, влияющие на тяжесть инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в Тюменской области, установила, что число лиц ВПИ вследствие ВИЧ-инфекции составило 0,16% от общего числа признанных инвалидами, преобладали инвалиды I–II группы – 79,8%, III группы – в 14,9%. Инвалидность устанавливалась при IV стадии болезни. В 70,3% случаях тяжесть состояния и инвалидизация обусловлена присоединением туберкулезной инфекции; в 21,3% случаев имело место поражение центральной нервной системы с двигательными и психическими нарушениями различной степени выраженности; в 8,4% случаев – поражение органов кроветворения, бронхолегочной системы, полиорганные поражения на фоне иммунодефицита [63].

А.Г. Рябоконт и соавт. (2017), проводя анализ первичной инвалидности при болезнях, вызванных ВИЧ в Ленинградской области за 2014–2016 гг. констатируют, что эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в области не усугубляется. Общая заболеваемость за 3 года увеличилась от 1 094,4 до 1 147 случаев на 100 тыс населения. В динамике отмечается как существенное увеличение абсолютного числа ВПИ, так и их доли в структуре классов болезней, в динамике болезней впервые ВИЧ-инфицированных инвалидов в структуре переместилась с 13 на 6 ранговое место. Их удельный вес увеличивался с 0,69% до

3,0%. Уровень первичной инвалидности увеличился от 0,4 до 1,6 на 10 тыс. взрослого населения. В структуре преобладают инвалиды «тяжелых» групп – I–II – 73,2%. Из них в динамике основную долю составляли инвалиды II группы – 61,9%. По возрастной структуре преобладали инвалиды молодого возраста с уменьшением их удельного веса до 80%. Отмечается увеличение доли инвалидов среднего возраста до 18,4%, доля лиц пенсионного возраста составляла 1,6% [7].

Н.С. Запарий и соавт. (2018), проводя сравнительный анализ данных первичной и повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве и г. Санкт-Петербурге в 2013–2017 гг., выявили увеличение числа лиц, ВПИ и ППИ, а также их удельного веса в структуре инвалидности, этот показатель по Москве выше, чем по Санкт-Петербургу, и преобладание в структуре лиц молодого возраста с тенденцией их увеличения и ростом уровней первичной и повторной инвалидности; экстенсивные и интенсивные показатели по Москве выше, чем по Санкт-Петербургу. Второе ранговое место в структуре ВПИ и ППИ занимали инвалиды среднего возраста с тенденцией увеличения их удельного веса, данные показатели по г. Санкт-Петербургу выше, чем по г. Москве. В Москве преобладали инвалиды III группы с тенденцией к уменьшению их удельного веса; в Санкт-Петербурге – инвалиды II группы. Экстенсивные и интенсивные показатели при I группе инвалидности за 2013–2017 гг. по Санкт-Петербургу выше, чем по Москве [98].

Е.М. Углева и соавт. (2021), изучая количественную характеристику стойких нарушений функций крови и иммунной системы с использованием балльной оценки у больных ВИЧ-инфекцией для отражения в Международной классификации функционирования, отмечали, что наиболее значимые стойкие нарушения у больных ВИЧ-инфекцией выявлены со стороны иммунной системы: у 34,0% больных преобладали тяжелые (в 453,3) и крайне-тяжелые (в 435,4) проблемы. Стойкие нарушения функции крови наблюдались нечасто: в 85,0% случаев в виде легких проявлений (в 313,1), либо полностью отсутствовали (в 430,0). Выявлена взаимосвязь между степенью выраженности нарушений иммунной системы и группой инвалидности: у инвалидов I–II группах

статистически достоверно чаще отмечают тяжелые и крайне-тяжелые проблемы [59].

Г.К. Измestьева и соавт. (2022) изучали первичную инвалидность вследствие болезни, вызванной ВИЧ, среди взрослого населения Кемеровской области – Кузбасса за период 2017–2021 гг. и выявили, что число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие данной патологии, и их доля в структуре первичной инвалидности взрослого населения за период 2017–2021 гг. увеличились практически в 2 раза. Уровень инвалидности также стабильно возрастал (от 0,7 до 1,5) и в 2017–2020 гг. был выше, чем в Российской Федерации, а в 2020 г. превысил аналогичный показатель в Сибирском федеральном округе. Среди городского населения уровень был выше, чем среди сельского населения, однако характеризовался менее интенсивным ростом. Структура инвалидности вследствие болезни, вызванной ВИЧ, в течение рассматриваемого периода, так же как в России и федеральном округе, характеризовалась превалированием удельного веса инвалидов II группы, а инвалидность тяжелых (I и II) групп устанавливалась при первичном освидетельствовании более чем в половине случаев (58,6–73,4 %). Данный контингент инвалидов был представлен в основном мужчинами (61,0–72,3 %), причем среди мужчин в разные годы преобладали инвалиды II и III групп, а среди женщин – инвалиды II группы. Подавляющее большинство контингента инвалидов вследствие болезни, вызванной ВИЧ, составляли лица молодого возраста, но их доля постепенно уменьшалась (от 77,8 до 73,2 %), и увеличивалась доля лиц среднего возраста (20,3 до 24,9 %). Удельный вес лиц старшего возраста был менее 2,0 % [49].

А.Н. Данилов и соавт. (2022) изучали структуру первичной и повторной инвалидности взрослого населения Саратовской области вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за период 2014–2020 гг. и установили, что первичную инвалидность из-за заболеваний, вызванных ВИЧ-инфекцией, в области установили у 904 пациентов и повторную — у 872 человек. В структуре преобладали лица молодого возраста и II группы. Наименьший удельный вес

составили инвалиды женского пола, доля сельских жителей среди ВПИ за анализируемый период имела тенденцию к снижению более чем в 2 раза [137].

Н.С. Бутасова и соавт. (2022), изучая первичную инвалидность у лиц молодого возраста в Челябинской области за период 2017–2021 гг., отмечали, что наибольшую долю в структуре первичной инвалидности среди данной возрастной группы населения составили инвалиды вследствие болезни, вызванной ВИЧ, и туберкулеза. Наибольший удельный вес инвалидов I–II групп вследствие злокачественных новообразований и инфекционных болезней (туберкулез, ВИЧ-инфекция), удельный вес инвалидов I группы вследствие ВИЧ имел тенденцию к увеличению [16].

Ж.М. Галанова и соавт. (2022), анализируя инвалидность вследствие болезни, вызванной ВИЧ, среди взрослого населения Новосибирской области в динамике за 2018–2020 гг. отмечали, что уровень первичной и повторной инвалидности возрастал, абсолютное число инвалидов вследствие данной патологии за анализируемый период увеличилось на 30,0% (с 300 до 428 чел.), в том числе ВПИ на 55,5%, а ППИ на 31,9%. В возрастной структуре преобладали лица молодого возраста из числа городского населения, по полу – мужчины. Наиболее чаще среди данного контингента инвалидов отмечалось сочетание ВИЧ-инфекции с вирусом гепатита и туберкулезом. В структуре ВПИ преобладали инвалиды II и III группы, в динамике отмечалось увеличение их абсолютного числа и удельного веса. В структуре ППИ более 50% составляли инвалиды III группы, но их удельный вес в динамике имел тенденцию к уменьшению [5].

Е.В. Степанова и соавт (2022) проводили анализ установленной группы инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией в г. Санкт-Петербурге и отмечали, что рост числа больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, не приверженных диспансерному наблюдению и лечению, приводит к прогрессированию заболевания и увеличению числа пациентов, нуждающихся в оформлении инвалидности. За последние годы первичная инвалидность при ВИЧ-инфекции характеризуется значительным ростом, тяжелыми проявлениями и последствиями,

приводящими к нарушению жизнедеятельности, полной утрате трудоспособности отсутствием возможности реабилитации [135].

Ю.Б. Запорованный (2012, 2016), изучая медико-социальную характеристику пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» в Гомельской области Республики Беларусь, установил, что большинство больных находятся (95,9%) в трудоспособном возрасте (18–59 лет). Первичная инвалидность характеризуется высокой тяжестью инвалидности: доля инвалидности I–II группы составляет 75,2%, занято трудовой деятельностью 41,1% пациентов, что свидетельствует о большей не только медицинской, но и социальной значимостью данной проблемы. Также отмечается тенденция увеличения числа пациентов с данным диагнозом [45, 46].

Л.В. Карпова и соавт. (2021) изучали эпидемиологическую ситуацию и динамику первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции в Иркутской области в 2017–2019 гг. и выявили, что показатели заболеваемости в 2019 г. вследствие ВИЧ-инфекции составили 122,4 на 100 тыс. населения (в 2018 г. – 141,7), снижение на 13,6%. Инвалидность в структуре первичной инвалидизации взрослого населения в области от этих причин занимает 7-е место. Интенсивный показатель первичной инвалидности в 2017–2019 гг. снизился с 3,2 до 2,9 на 10 тыс. населения. В структуре отмечается преобладание инвалидов городского населения (85,2–90,6%). В гендерной структуре преобладали мужчины (68,4–64,8%). В возрастной структуре преобладала доля лиц трудоспособного возраста (99,5–98,9%), показатель уровня первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста составил 4,4–4,5% на 10 тыс. соответствующего населения. По тяжести преобладали инвалиды II группы (59,4–64,6%), удельный вес инвалидов I группы 9,6–9,2–8,6%, III группы – 31,0–30,4–26,8%. Удельный вес инвалидов молодого возраста составил 80,6%, среднего возраста 17,3%, старшего трудоспособного 1,2–1,1% [53].

Л.В. Карпова и соавт. (2021) изучали первичную инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2018–2020 гг. и выявили, что наиболее поражаемыми ВИЧ-инфекцией субъектами

в Российской Федерации являлись: Кемеровская область (1 998,6 на 100 тыс. населения), Иркутская область (1 953,5), Свердловская область (1 854,9 на 100 тыс. населения). Проблема заболеваемости и инвалидность от этих причин остаются актуальными более 10 лет. В общем контингенте ВПИ 2/3 инвалидов имеют коинфекцию «ВИЧ–туберкулез». Интенсивный показатель инвалидности имел тенденцию к снижению от 2,2 до 1,2 на 10 тыс. населения за 3-летний период. В структуре преобладали лица мужского пола (70%), проживающие в городских поселениях, в 98% случаев трудоспособного возраста, из них 79,4–86,2% лица молодого возраста, в 70,3–74,6% случаев инвалиды – I–II групп [53].

1.3. Особенности комплексной реабилитации инвалидов с ВИЧ-инфекцией

Основным направлением государственной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации является реабилитация и абилитация и их интеграция в обществе [10, 24, 36, 40, 52, 55, 57, 85, 87, 88, 89, 107, 108, 109, 110, 113, 115, 119, 125, 136, 139].

В программу комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией, входят ее составляющие компоненты: медицинский, социальный и профессиональный [62, 73, 119, 141].

Потребности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в разных видах реабилитации являются индивидуально-дифференцированными, прежде всего в медицинском разделе, в том числе амбулаторное лечение, психоневротическая помощь, рациональное трудоустройство [21, 34, 37, 42, 43, 133, 189].

ВИЧ-инфекция отличается полиорганностью поражения и проявлениями широкого спектра патологических процессов: вторичные (оппортунистические) инфекции, онкологические, гематологические, аутоиммунные и лимфопролиферативные болезни [41, 143, 180].

В приказе Минтруда России от 27.08.2019 №585н утверждены функции тех систем, которые могут быть нарушены при ВИЧ-инфекции: крови и иммунной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной,

мочевыделительной, эндокринной системы и метаболизма, нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, которые необходимо учитывать, степень их выраженности, приводящие к ограничениям жизнедеятельности инвалидов при установлении группы инвалидности и разработки реабилитационных мероприятий в индивидуальных программах реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалидов, направленных на компенсацию нарушенных функций организма инвалидов и повышение их качества жизни [84].

L. Chetty et al. (2022), S. Winterset al. (2023) изучали отношение пожилых людей, живущих с ВИЧ/СПИД, к физической активности и физическим упражнениям, также изучали повышенную распространенность депрессии и тревоги среди взрослых, начинающих антиретровирусную терапию во время пандемии COVID-19 [161, 181].

Р.М. Гимаева и соавт. (2016) изучали особенности социально-психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных лиц в Приморском крае и отмечали, что в большинстве случаев пациенты демонстрировали низкий уровень адаптации, низкий уровень субъективной удовлетворенностью жизнью, обеспокоены своим будущим, испытывают разочарование и усталость от жизни. Инвалиды вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, испытывали проблемы с самоконтролем, склонны обвинять окружающих, ощущают эмоциональный дискомфорт и тревогу [30].

К.К. O'Brien et al. (2020) определили приоритеты исследований в области реабилитации и старения пациентов с ВИЧ в рамках коллаборации Канадско-Международного исследовательского центра по ВИЧ и исследовательской группы по реабилитации (CIHRRC) [190, 191].

J.W. Lazarus et al. (2023) изучали личностно-ориентированный подход для улучшения долгосрочного здоровья и благополучия людей, живущих с ВИЧ в Европе [156].

Е.В. Степанова и соавт. (2017), изучая инвалидность вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в Санкт-Петербурге за 2015–2017 гг., выявили, что нуждаемость в социальной реабилитации была необходима в 90–96,7% случаев, в профессиональной в 2015 г. – 54%, в 2016 г. – в 40%, в 2017 г. – в 62% случаев, в социальной реабилитации – от 38,1% в 2016 г. до 61,3% в 2017 году [135].

М. Enriquez et al. (2019) отмечали ощущаемую социальную поддержку среди взрослых, испытывающих трудности с приверженностью уходу и лечению ВИЧ [186].

О.В. Кольцова (2019) указывает, что для предупреждения развития клинических форм депрессии и тревоги, снижения когнитивных функций пациентов с ВИЧ важно своевременно обеспечивать психологическую помощь [60].

Как указывают В.А. Епифанов и соавт. (2020), медицинская реабилитация инвалидов с ВИЧ должна рассматриваться как составная часть единого лечебно-реабилитационного процесса и проводиться в соответствии с клиническими рекомендациями лечения и медицинской реабилитацией. Целью реабилитации является предупреждение и снижение тяжести инвалидизирующих последствий заболевания – это замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, предупреждение развития и снижения выраженности проявлений заболевания, уменьшение степени выраженности нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности, адаптация к повседневным бытовым физическим нагрузкам, сохранение возможности к самообслуживанию, коррекция эмоционально-психологических расстройств [70].

В. Abdissa et al. (2021) отмечали удовлетворенность услугами по проведению антиретровирусной терапии и связанные с ней факторы среди взрослых пациентов, проходящих антиретровирусную терапию в городе Волисо, Эфиопия [192].

Реабилитация инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, проводится по стандартам лечения и реабилитации тех вторичных заболеваний, которые выявляются у инвалида в зависимости от поражения органов, систем организма согласно Клиническим рекомендациям

«ВИЧ-инфекция у взрослых» 2020 г., утвержденным приказом Минздрава России [54].

Н.С. Никитин (2009) рекомендует использовать средства физической культуры при медико-социальных сопровождениях ВИЧ-инфицированных лиц для улучшения их качества жизни [83].

М. Aomori et al. (2023) провели пилотное рандомизированное исследование, в котором рассматривали влияние программы питания и физической активности на основе приложения для смартфона для мужчин, живущих с ВИЧ и страдающих дислипидемией [167].

J.R. Turner et al. (2023) в количественном, продольном, наблюдательном исследовании разрабатывали использование беспроводного мониторинга физической активности для взрослых, живущих с ВИЧ, в рамках исследования по вмешательству в физические упражнения на уровне сообщества [199].

М.А. Дымочка, изучая потребность в комплексной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения в Российской Федерации за 2018–2020 гг., отмечает, что в индивидуальной реабилитации нуждаемость составляет 90,4–99,9%, в 44,2–48,4% – в профессиональной реабилитации, отмечается рост потребности в социально-психологической, социокультурной реабилитации, социально-бытовой адаптации. Потребность инвалидов в технических средствах реабилитации (ТСР) сохраняется стабильная – 37,2–38,6% [37].

Г.С. Решетова и соавт. (2017), изучая социально-реабилитационную помощь ВИЧ-инфицированным, отмечали, что эмоциональная сфера у них характеризуется импульсивностью, раздражительностью, неустойчивостью, низким контролем своих эмоций, своего поведения, отмечается крайней тревожностью, беспокойством, ипохондричностью и неуверенностью, низкой толерантностью по отношению к фрустрации. В поведенческой сфере выявлено стремление к остроконфликтному, авторитарному и агрессивному поведению, что указывает на достаточно низкую стрессоустойчивость. Для ВИЧ-инфицированных мероприятия по реабилитации делят на 4 группы: медицинскую, психологическую, социальную и правовую. Социальная реабилитация включает в себя различные аспекты, такие

как психологическая поддержка, образование, трудоустройство и доступ к социальным услугам. Одной из основных задач является борьба с социальными стигматизациями и дискриминацией. В реабилитации необходимо решать вопросы по трудоустройству, адаптации к новым условиям труда, продолжительностью развития, защите прав на рабочем месте данного контингента инвалидов [122].

T.M. Grosso et al. (2023) выявляли потребности пожилых людей, живущих с ВИЧ (≥ 50 лет), из нескольких центров по всему миру. Старшие возрастные группы, как правило, живут в одиночестве, имеют меньшее восприятие психологических проблем и ограниченную социальную жизнь. Мнение пациентов отражают неудовлетворенные потребности в зависимости от региона и возраста. Основными проблемами были социализация с ВИЧ и достижение неопределяемой вирусной нагрузки. Низкая удовлетворенность может отражать завышенные ожидания или глубокое неравенство [179].

T. Nigussi et al. (2020) оценивали удовлетворенность пациентов услугами по борьбе с ВИЧ и СПИД в учебной больнице университета мизан-тепи, юго-западная Эфиопия [184].

Ю.В. Лобзин и соавт. (2024) освещает аспекты организации реабилитационной помощи инфекционным больным, в том числе с ВИЧ-инфекцией, лечебной физкультуры и физиотерапии, и психологические аспекты реабилитации. В работе авторов отражены исторические предпосылки и теоретико-методологические основы реабилитации инфекционных больных, вопросы организации реабилитационной помощи и патофизиологические особенности инфекционного процесса [72].

N. Somi et al. (2021) рассматривали удовлетворенность лечением от ВИЧ и ее связь с приверженностью к антиретровирусной терапии и подавлением вируса в Африканском когортном исследовании. Были приведены данные о пациентах, не удовлетворенных медицинской помощью, если они сообщали о неудовлетворенности любым из следующих пунктов: временем ожидания, навыками медицинского работника, отношением медицинского работника, качеством здания клиники или общим качеством полученной помощи [185].

M.S. Ohameme et al. (2021) оценивали уровни удовлетворенности пациентов внедрением программы TB-DOTS в сельских и городских центрах отдельных аккредитованных DOTS учреждений в штате Анамбра, Нигерия [158]. В настоящее время DOTS (лечение под непосредственным контролем коротким курсом) является наиболее эффективной из всех существующих ныне стратегий борьбы с эпидемией туберкулеза.

K.K. Oursler et al. (2022) оценивали телемедицинское вмешательство у пожилых людей с ВИЧ по протоколу многоцентрового рандомизированного исследования [196].

M. Bonato et al. (2020) разрабатывали мобильное приложение для проведения физических упражнений у людей, живущих с ВИЧ [155].

На основании изученных научных работ авторов по проблемам реабилитации инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, можно констатировать, что совершенствование комплексной реабилитации данного контингента инвалидов требует постоянного, индивидуального подхода, с оценкой степени выраженности нарушенных функций и структур органов, ограничения жизнедеятельности [95, 96, 97, 120].

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Структура исследования

Настоящая работа является комплексным клинико-функциональным, медико-социальным, социально-гигиеническим исследованием.

I этап: 2016–2022 гг., 37 737 наблюдений:

- изучение показателей 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: 2016–2022 гг., 303 наблюдения:

- изучение клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией.

III этап: 2016–2022 гг., 33 737 показателей:

- изучение 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: 2020–2022 гг.:

- разработаны предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией.

Объем исследования на основе первичных форм документации в исследовании представлен в Таблице 1.

Таблица 1 – Количество учетных форм первичной документации в исследовании (абс. число)

Категории учетной документации	Годы							Итого
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Акт, протокол МСЭ	1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949	12579
Форма 088/у - 06	1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949	12579
ИПРА	1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949	12579
Итого:	5019	5088	5166	4626	5217	6774	5847	37737

2.2. Характеристика этапов и методов исследования

Согласно задачам исследования, были определены этапы выполнения научно-исследовательской работы.

I этап: клинико-экспертный. Изучены показатели первичной, повторной и общей инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ-инфекции в г. Москве за 2016–2022 гг.

Исследование сплошное. Единицы наблюдения: лица в возрасте 18 лет и старше, впервые и повторно признанные инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции.

Объем исследования: число, впервые признанных инвалидами (ВПИ) – 3 727 человек, повторно признанных инвалидами (ППИ) – 8 852 человек.

Период исследования: 2016–2022 гг.

База исследования: ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

Исходной информацией для формирования базы данных являлись данные формы 7 собес (7 единиц), электронная база данных ЕВИИАС МСЭ. Данные формы содержат информацию о лицах, которым первично и повторно установлена инвалидность за текущий год, а также сведения о рекомендациях в программах реабилитации и абилитации по всем аспектам медико-социальной реабилитации.

Для получения сведений, необходимых в процессе исследования исследованы также следующие формы учетной документации: формы №088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь», акты, протоколы МСЭ – 12 579 единиц, программы реабилитации и абилитации – 12 579 единиц.

Данные формы использовались для расчета показателей первичной и повторной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше.

Проанализирован уровень первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в субъектах Центрального федерального округа (ЦФО) за 2016–2022 гг. и проведено их ранжирование.

На **II этапе** проведено изучение клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции, необходимых и являющихся дифференцированными данными при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) для оценки степени выраженности нарушенных функций организма инвалидов, ограничений жизнедеятельности, оценки реабилитационного потенциала и прогноза при разработке рекомендаций по разделам медико-социальной реабилитации.

Объект исследования: 303 инвалида.

База исследования: ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России.

Для исследования сформирована база данных, включающая социально-демографические (пол, возраст, рост, вес, индекс массы тела, профессия, образование), клинические признаки, в ходе исследования изучены жалобы, анамнестические данные, характер течения болезни, объективные клинические данные, лабораторные данные для выявления наиболее часто встречающихся показателей клинико-функциональной диагностики для объективной оценки степени выраженности нарушений функций организма инвалидов.

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 585н от 27.08.2019 г. «О классификациях и критериях, используемых

при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [84] проведена оценка степени выраженности нарушенных функций организма инвалидов и определены следующие основные виды стойких расстройств функций, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами: нарушение психических функций, языковых и речевых, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем, нарушения, обусловленные физическим внешним уродством и степени их выраженности. Выделяют 4 степени выраженности нарушения функций организма человека: стойкие незначительные – в диапазоне от 10 до 30%, стойкие умеренные – от 4 до 60%, стойкие выраженные от 70 до 80% и стойкие значительно выраженные от 90 до 100%. Вынесено семь категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способность контролировать свое поведение, способность к обучению и трудовой деятельности. Оценивались их нарушения по выраженности: 1 степень – способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, подробности его выполнения, сокращения объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств, 2 степень – способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц и использованием при необходимости вспомогательных технических средств, 3 степень – неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц.

Изучены результаты иммунологического статуса у 303 инвалидов. Для изучения клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, проведена выборка актов, протоколов лиц в возрасте 18 лет и старше, в которых были проведены исследования и отображена

динамика уровней CD4+ и CD8+ лимфоцитов у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в зависимости от стадии болезни, структура уровней CD4+ лимфоцитов в крови инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции, на основе этих данных построены корреляционные связи между жалобами и уровнями CD4+ и CD8+ лимфоцитов инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции, изучена характеристика сопряженности между уровнями CD4+ и CD8+ лимфоцитов и тяжестью инвалидности, характеристика нарушенных функций организма инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом уровней CD4+ и CD8+ лимфоцитов.

III этап исследования: проведен анализ потребности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в различных видах медико-социальной реабилитации и абилитации, ТСП с оценкой эффективности их реализации.

Единица наблюдения: индивидуальная программа реабилитации и абилитации – 12 579 единиц. Для оценки эффективности реализации мероприятий ИПРА инвалидов выполнен сравнительный анализ материалов, представленных контрагентами реабилитационных услуг при переосвидетельствовании инвалидов по заключениям о выполнении разделов ИПРА.

Период исследования: 2016–2022 гг.

На основании опроса инвалидов с использованием разработанной анкеты (Приложение А), выявлены проблемы при реализации реабилитационных мероприятий, рекомендованных в ИПРА. В исследовании приняли участие 326 инвалидов, из них мужчин – 211 (64,7%), женщин – 115 (35,3%); инвалиды II группы – 116 чел. (35,2%), III группы – 210 чел. (63,8%).

На **IV этапе** разработаны предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов, вызванных ВИЧ-инфекцией. По результатам исследования сделаны выводы, практические рекомендации, которые внедрены в практическую деятельность в субъектах Российской Федерации.

2.3. Методы статистической обработки

Методы исследования первого этапа в рамках социально-гигиенического исследования нормативно-документальный, социально-гигиенический, статистический. Исследованы методы статистики (абсолютная, относительная, средние величины, темпы роста, убыли, средние ошибки).

Первичная база данных в формате .xlsx загружалась в среду R (свободно распространяемый язык и среда для статистического анализа данных) [197]. Дальнейшая обработка данных и анализ выполняется с помощью скриптов в среде R.

Для непрерывных нормально распределенных переменных вычислялось среднее значение, стандартное отклонение, при сравнении двух групп использовался t-критерий. Для непрерывных ненормально-распределенных переменных вычислялись медиана, 1-й и 3-й квартили, а при сравнении групп использовался критерий Крускала-Уоллиса [69].

Для категориальных переменных вычислялись абсолютные и относительные частоты, а при проверке таблиц сопряженности размером 2x2 использовался критерий χ -квадрат. В случае множественных сравнений таблиц сопряженности выполнялась корректировка p-value по методу Бенджамина и Хохберга [159].

Если сравниваемые категориальные переменные являлись порядковыми, для каждой пары переменных вычислялся коэффициент корреляции Спирмена.

Для визуализации структуры симптомов по степени близости использовалась дендограмма иерархической кластеризации. Для расчета сходства (расстояния) между симптомами используется косинусная мера с использованием известного показателя TFIDF, в котором роль слов в текстах играют пациенты, а роль текстов – жалобы. Как промежуточный результат мы имеем матрицу, в которой для каждой жалобы и каждого пациента указан вес – вклад этого пациента в эту жалобу. После этого, используя косинусную меру, определялось сходство и расстояние между жалобами. Полученная матрица расстояний между жалобами использовалась для построения иерархической дендограммы.

Для построения кластеров использовали функцию «hclust» с параметром метода объединения «ward.D2». Для определения наиболее устойчивых кластеров дендограммы использовался метод ботстрэп репликации с многократным построением дендограмм, реализованный в функции pvclust.

В процедурах сравнения групп p критическое принималось равным 0,05.

Для создания первичной базы данных, статистического описания и процедур сравнений использовались базовые функции R, а также библиотеки:

- docxtractr <https://CRAN.R-project.org/package=docxtractr>, compare Group [195];
- pspearman <https://CRAN.R-project.org/package=pspearman>.

Графические результаты получены с помощью функций пакета ggplot2 системы R [198] и пакета gplots.

Оценку достоверности средних показателей выполнялась показателем средней ошибки этих величин по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где, m – средняя ошибка показателя;

p – статистический показатель;

q – величина, обратная p ($1 - p$, $10 - p$, $100 - p$);

n – число наблюдений.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА 2016–2022 ГОДЫ

3.1. Тенденция формирования первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 годы

Проведен статистический мониторинг первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за семилетний период в соответствии в Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10). За период 2016–2022 гг. отмечается уменьшение числа лиц, первично признанных инвалидами от этих причин, от 656 человек до 329 человек (темп убыли – 49,8%), в 2015 г. их численность уменьшилась от 656 человек до 638 человек (темп убыли – 2,7%), в 2016 г. увеличилось до 684 человек (темп роста + 0,9%), в 2017 г. уменьшилось до 633 человек (темп убыли – 1,7%), в 2018 г. уменьшилось до 472 человек (темп убыли – 25,4%), в 2021 г. их число составляло 355 человек (темп убыли – 24,8%), в 2022 г. уменьшилось до 329 человек (темп убыли – 7,3%). Общее их число составляло 3 727 человек, в среднем 532 человека в год. Удельный вес данного контингента в структуре ВПИ вследствие всех классов болезней имел колебания в границах 1,4% – 1,0%, в среднем составлял 1,2%. Уровень первичной инвалидности имел тенденцию к снижению от $0,6 \pm 0,02$ до $0,3 \pm 0,02$, в среднем составлял за период $0,5 \pm 0,02$ на 10 тыс. взрослого населения.

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 ($0,4 \pm 0,01$), но ниже чем по Российской Федерации ($0,6 \pm 0,006$) (Таблица 2).

Таблица 2 – 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	$0,6 \pm 0,02$	1225	0,7	$0,4 \pm 0,01$	5426	0,8	$0,5 \pm 0,007$
2017	638	1,2	$0,6 \pm 0,02$	1354	0,7	$0,4 \pm 0,01$	6190	0,9	$0,5 \pm 0,007$
2018	644	1,2	$0,6 \pm 0,02$	1487	0,8	$0,5 \pm 0,01$	7121	1,1	$0,6 \pm 0,006$
2019	633	1,4	$0,6 \pm 0,02$	1576	0,9	$0,5 \pm 0,01$	7929	1,2	$0,7 \pm 0,005$
2020	472	1,3	$0,4 \pm 0,02$	1221	0,8	$0,4 \pm 0,01$	7242	1,3	$0,6 \pm 0,006$
2021	355	1,0	$0,3 \pm 0,02$	999	0,7	$0,3 \pm 0,01$	6858	1,3	$0,6 \pm 0,006$
2022	329	1,0	$0,3 \pm 0,02$	949	0,7	$0,3 \pm 0,01$	6998	1,3	$0,6 \pm 0,006$
Среднее значение	532	1,2	$0,5 \pm 0,02$	1259	0,76	$0,4 \pm 0,01$	6852	1,1	$0,6 \pm 0,006$

В ЦФО отмечается тенденция увеличения числа лиц ВПИ от этих причин от 1 225 человек в 2016 г. до 1 354 человек в 2017 г. (темп роста + 10,5%), в 2018 г. до 1 487 человек (+9,8%), в 2019 г. до 1 576 (+6,0%), с последующим уменьшением до 1 221 человек в 2020 г. (- 22,5%), до 999 человек в 2021 г. (-18,2) и до 949 человек в 2022 г. (-5,0%). Абсолютное их число составляло 8 811 человек, в среднем 1 259 человек в год.

Их удельный вес в динамике в структуре ВПИ варьировал от 0,7 до 0,9%, в среднем составлял 0,76%. Уровень первичной инвалидности имел колебания от $0,5 \pm 0,01$ до $0,3 \pm 0,01$, в среднем составлял $0,4 \pm 0,01$ на 10 тыс. взрослого населения, что ниже показателя по г. Москве ($0,5 \pm 0,02$), $p < 0,01$.

В Российской Федерации число лиц ВПИ составляло 47 964 человек, в среднем за год 6 852 человека. Их удельный вес в структуре ВПИ составлял 1,1%, что выше чем в ЦФО и ниже чем по г. Москве. Уровень первичной инвалидности варьировал в границах $0,5 \pm 0,007$ – $0,7 \pm 0,005$, в среднем составлял $0,6 \pm 0,006$ на 10 тыс. взрослого населения, что выше интенсивных показателей по г. Москве и ЦФО ($p < 0,01$).

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). Абсолютное их число составляло 2 951 человек, в среднем за год 422 человека. Их доля в структуре ВПИ от этих причин в динамике имела тенденцию к уменьшению от 85,4% в 2016 году, до 68,2% в 2022 году, в среднем за период составляла 79,3% (Таблица 3, Рисунок 1). Уровень первичной инвалидности среди лиц молодого возраста также имел тенденцию к снижению от $1,1 \pm 0,13$ до $0,5 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,9 \pm 0,01$ на 10 тыс. соответствующего населения. Второе место в структуре занимали инвалиды среднего возраста (45–54 лет – женщины, 45–59 лет – мужчины). Их численность за 2016–2022 гг. составляла 682 человека, в среднем за год 97 человек. Их удельный вес в структуре ВПИ составлял 18,2%, в динамике имел тенденцию к росту от 12,5% до 27,1%. Уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов был стабилен – $0,4 \pm 0,05$ на 10 тыс.

соответствующего населения и был в 2,3 раза ниже показателей среди инвалидов молодого возраста ($p < 0,05$). Наименьший удельный вес в структуре ВПИ занимали инвалиды старше трудоспособного возраста (55 лет и старше – женщины, 60 лет и старше – мужчины). Их удельный вес в динамике имел тенденцию к росту от 1,1% до 4,9%, в среднем составлял 2,6%, что значительно ниже экстенсивных показателей среди лиц молодого и среднего возрастов ($p < 0,05$). Абсолютное их число составляло 91 человек, в среднем за год 14 человек. Уровень первичной инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста в среднем составлял $0,04 \pm 0,002$ на 10 тыс. соответствующего населения и был ниже интенсивных показателей среди инвалидов молодого и среднего возрастов. ($p < 0,05$).

Изучение первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом тяжести инвалидности в г. Москве показало преобладание инвалидов III группы. Число ВПИ III группы в динамике имело тенденцию к уменьшению от 386 человек до 158 человек, абсолютное их число составляло 2 103 человека, в среднем за год 300 человек (темпы убыли – 59,1%). Их доля в структуре ВПИ от этих причин в среднем составляла 56,3%. Уровень первичной инвалидности III группы имел тенденцию снижения от $0,4 \pm 0,03$ до $0,2 \pm 0,01$, в среднем составлял $0,31 \pm 0,003$ на 10 тыс. взрослого населения.

Таблица 3 – Структура первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве с учетом возрастных групп за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., $M \pm m$)

Годы	Всего ВПИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией			Возрастные группы								
				18–44 лет			45–54 лет – женщины 45–59 лет – мужчины			55 лет и старше – женщины 60 лет и старше – мужчины		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	656	100,0	$0,6 \pm 0,02$	560	85,4	$1,1 \pm 0,13$	89	13,6	$0,4 \pm 0,05$	7	1,1	$0,007 \pm 0,001$
2017	638	100,0	$0,6 \pm 0,02$	541	84,8	$1,1 \pm 0,13$	80	12,5	$0,4 \pm 0,05$	17	2,7	$0,1 \pm 0,07$
2018	644	100,0	$0,6 \pm 0,02$	516	80,1	$1,1 \pm 0,13$	117	18,2	$0,5 \pm 0,05$	11	1,7	$0,01 \pm 0,001$
2019	633	100,0	$0,6 \pm 0,02$	501	79,1	$1,0 \pm 0,13$	114	18,0	$0,5 \pm 0,05$	18	2,8	$0,1 \pm 0,07$
2020	472	100,0	$0,4 \pm 0,02$	352	74,6	$0,7 \pm 0,02$	106	22,5	$0,5 \pm 0,05$	14	2,9	$0,01 \pm 0,001$
2021	355	100,0	$0,3 \pm 0,02$	260	73,2	$0,6 \pm 0,03$	87	24,5	$0,4 \pm 0,05$	8	2,3	$0,02 \pm 0,002$
2022	329	100,0	$0,3 \pm 0,02$	224	68,2	$0,5 \pm 0,03$	89	27,1	$0,4 \pm 0,05$	16	4,9	$0,05 \pm 0,002$
Среднее значение	532	100,0	$0,5 \pm 0,02$	422	79,3	$0,9 \pm 0,01$	97	18,2	$0,4 \pm 0,05$	14	2,6	$0,04 \pm 0,002$

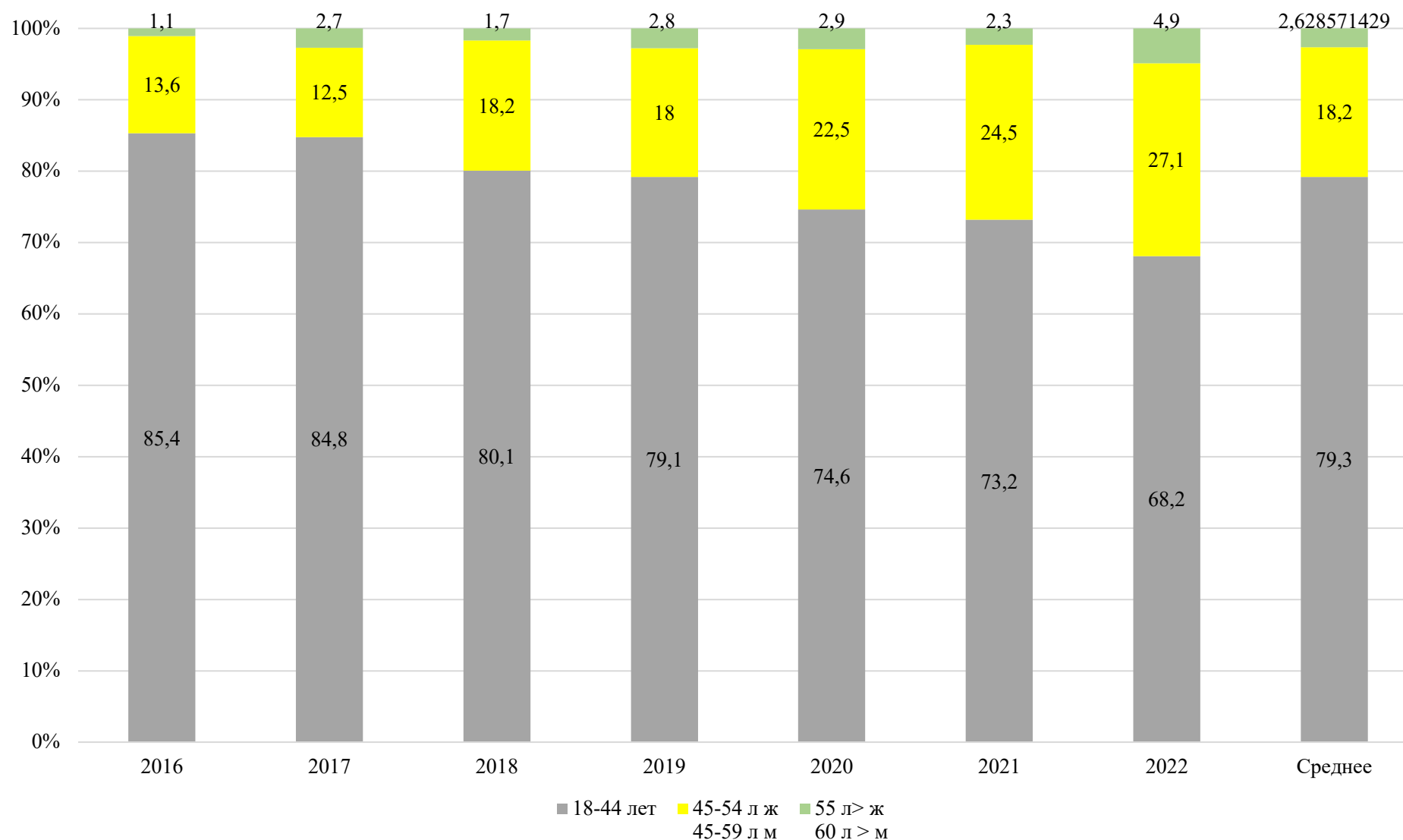


Рисунок 1 – Структура первично признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, взрослого населения по возрастным группам в г. Москве за 2016–2022 гг. (%)

Число инвалидов II группы значительно меньше. В динамике их численность уменьшалась от 285 человек до 126 человек за 2016–2022 гг. (темпы убыли – 55,8%), в среднем составляла 199 человек в год. Их удельный вес в структуре в динамике варьировал от 43,4% до 37,1%, в среднем составлял 38,5%, что значительно ниже экстенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$). Уровень первичной инвалидности II группы в динамике имел тенденцию снижения от $0,3 \pm 0,03$ до $0,1 \pm 0,02$, в среднем составлял $0,17 \pm 0,03$ на 10 тыс. взрослого населения, что в 1,8 раза ниже показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$) (Таблица 4, Рисунок 2).

Наименьшую долю составляли инвалиды I группы. Их численность составляла за исследуемый период 230 человек, в среднем 33 человека в год. В динамике отмечалось увеличение их удельного веса от 3,3% до 13,7%, в среднем составлял 5,2%. Уровень первичной инвалидности I группы варьировал от $0,02 \pm 0,02$ до $0,04 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,03 \pm 0,02$ на 10 тыс. взрослого населения, что значительно ниже интенсивных показателей инвалидности II–III групп.

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, но их численность в динамике регистрировалась с уменьшением от 327 человек до 100 человек за период исследования. Абсолютное их число составляло 1 695 человек, в среднем за год 242 человека. Их удельный вес варьировал от 53,0% до 44,6%, в среднем составлял 57,3%. Уровень первичной инвалидности III группы среди лиц молодого возраста в динамике характеризовался снижением от $0,67 \pm 0,03$ до $0,22 \pm 0,04$, в среднем составлял $0,50 \pm 0,03$ на 10 тыс. соответствующего населения.

Таблица 4 – Характеристика впервые признанных инвалидами среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом тяжести инвалидности по г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., $M \pm m$)

Годы	Всего ВПИ			Группы инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	656	100,0	$0,6 \pm 0,02$	35	5,3	$0,03 \pm 0,02$	285	43,4	$0,3 \pm 0,03$	336	51,2	$0,3 \pm 0,03$
2017	638	100,0	$0,6 \pm 0,02$	21	3,3	$0,02 \pm 0,02$	233	36,5	$0,2 \pm 0,03$	384	60,2	$0,4 \pm 0,03$
2018	644	100,0	$0,6 \pm 0,02$	36	5,6	$0,03 \pm 0,02$	222	34,5	$0,2 \pm 0,03$	386	59,9	$0,4 \pm 0,03$
2019	633	100,0	$0,6 \pm 0,02$	25	3,9	$0,02 \pm 0,02$	238	37,6	$0,2 \pm 0,03$	370	58,5	$0,4 \pm 0,03$
2020	472	100,0	$0,4 \pm 0,02$	28	5,9	$0,03 \pm 0,02$	156	33,1	$0,1 \pm 0,02$	288	61,0	$0,3 \pm 0,03$
2021	355	100,0	$0,3 \pm 0,02$	40	11,3	$0,04 \pm 0,03$	134	37,1	$0,1 \pm 0,02$	181	51,0	$0,2 \pm 0,01$
2022	329	100,0	$0,3 \pm 0,02$	45	13,7	$0,04 \pm 0,03$	126	38,5	$0,1 \pm 0,02$	158	48,0	$0,2 \pm 0,01$
Среднее значение	532	100,0	$0,5 \pm 0,02$	33	5,2	$0,03 \pm 0,02$	199	38,5	$0,17 \pm 0,03$	300	56,3	$0,31 \pm 0,03$

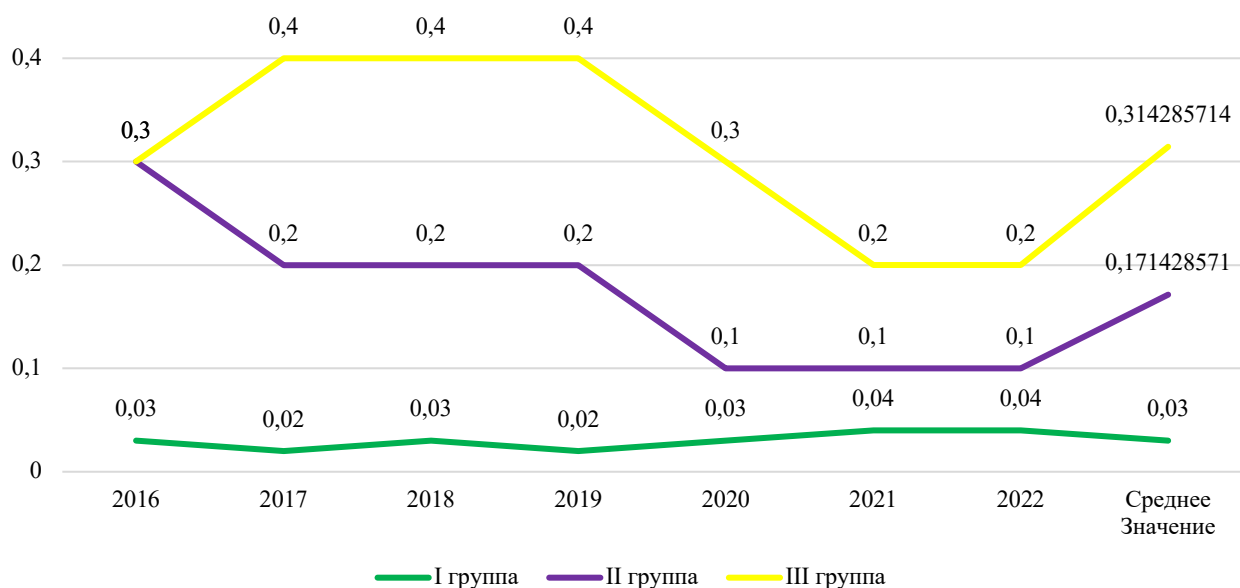


Рисунок 2 – Динамика уровней первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. (на 10 тыс. населения)

Второе ранговое место в структуре ВПИ молодого возраста занимали инвалиды II группы. Абсолютное их число составляло 1 098 человек с интенсивным темпом уменьшения от 242 человек до 90 человек, в среднем 157 человек в год. Их удельный вес варьировал от 43,2% до 32,0%, в среднем составлял 37,2%. Уровень первичной инвалидности II группы среди лиц в возрасте 18–44 лет в динамике характеризовался снижением от $0,48 \pm 0,03$ до $0,20 \pm 0,04$, в среднем составлял $0,33 \pm 0,04$ на 10 тыс. соответствующего населения, что в 1,5 раза ниже интенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$) (Таблица 5). Наименьшую долю среди лиц молодого возраста составляли инвалиды I группы. Абсолютное их число составляло 161 человек, в среднем 23 человека в год. Их доля в структуре ВПИ данного контингента варьировала в границах 2,4%–15,2%, в среднем составляла 5,5%. Уровень первичной инвалидности I группы среди лиц молодого возраста имел колебания от $0,03 \pm 0,002$ до $0,07 \pm 0,04$, в среднем составлял $0,05 \pm 0,04$ на 10 тыс. соответствующего населения, что значительно ниже интенсивных показателей инвалидности II и III групп.

Таблица 5 – Структура контингента ВПИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц в возрасте 18–44 лет с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соотв. населения, $M \pm m$)

Годы	Всего ВПИ в возрасте 18–44 лет			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	560	100,0	$1,1 \pm 0,13$	29	5,2	$0,06 \pm 0,04$	242	43,2	$0,48 \pm 0,03$	289	51,6	$0,58 \pm 0,03$
2017	541	100,0	$1,1 \pm 0,13$	18	3,4	$0,04 \pm 0,04$	196	36,2	$0,40 \pm 0,03$	327	60,4	$0,67 \pm 0,03$
2018	516	100,0	$1,1 \pm 0,13$	26	5,0	$0,04 \pm 0,04$	165	32,0	$0,34 \pm 0,04$	325	63,0	$0,67 \pm 0,03$
2019	501	100,0	$1,0 \pm 0,13$	12	2,4	$0,03 \pm 0,002$	184	36,7	$0,38 \pm 0,04$	305	60,9	$0,64 \pm 0,03$
2020	352	100,0	$0,7 \pm 0,02$	18	5,1	$0,04 \pm 0,04$	122	34,7	$0,26 \pm 0,04$	212	60,2	$0,45 \pm 0,03$
2021	260	100,0	$0,6 \pm 0,03$	24	9,2	$0,05 \pm 0,04$	99	38,1	$0,22 \pm 0,04$	137	52,7	$0,30 \pm 0,04$
2022	224	100,0	$0,5 \pm 0,03$	34	15,2	$0,07 \pm 0,04$	90	40,2	$0,20 \pm 0,04$	100	44,6	$0,22 \pm 0,04$
Среднее значение	422	100,0	$0,9 \pm 0,01$	23	5,5	$0,05 \pm 0,04$	157	37,2	$0,33 \pm 0,04$	242	57,3	$0,50 \pm 0,03$

Среди лиц в возрасте 45–54 лет среди женщин, 45–59 лет среди мужчин также лидирующие позиции занимали инвалиды III группы, их численность составляла 362 человека, в среднем 52 человека в год. Их доля в структуре ВПИ в данной возрастной группе варьировала от 62,3% до 50,6%, в среднем составляла 53,6%. Уровень первичной инвалидности III группы данного контингента в динамике увеличивался от $0,21 \pm 0,06$ до $0,30 \pm 0,06$ за 2016–2022 гг., с последующим снижением до $0,18 \pm 0,05$ в 2022 г. Среднемноголетний интенсивный показатель составлял $0,23 \pm 0,06$ (Таблица 6). 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. Удельный вес их регистрировался в границах 3,7%–16,1%, в среднем составлял 8,3%. Уровень первичной инвалидности варьировал от $0,01 \pm 0,003$ до $0,6 \pm 0,004$, в среднем составлял $0,04 \pm 0,004$ на 10 тыс. соответствующего населения.

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. Их абсолютное число составляло 46 человек, в среднем 7 человек в год. 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 7).

Таблица 6 – Структура первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц среднего возраста с учетом группы инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соотв. населения, $M \pm m$)

Годы	Всего ВПИ среднего возраста (45–54 лет – женщины) (45–59 лет – мужчины)			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	89	100,0	$0,4 \pm 0,05$	4	4,5	$0,02 \pm 0,005$	40	44,9	$0,18 \pm 0,06$	45	50,6	$0,21 \pm 0,06$
2017	80	100,0	$0,4 \pm 0,05$	3	3,7	$0,01 \pm 0,003$	30	37,5	$0,14 \pm 0,06$	47	58,8	$0,22 \pm 0,06$
2018	117	100,0	$0,5 \pm 0,05$	9	6,9	$0,04 \pm 0,004$	53	45,3	$0,24 \pm 0,06$	55	47,8	$0,25 \pm 0,06$
2019	114	100,0	$0,5 \pm 0,05$	12	10,5	$0,05 \pm 0,004$	45	39,5	$0,21 \pm 0,06$	57	50,0	$0,26 \pm 0,06$
2020	106	100,0	$0,5 \pm 0,05$	9	8,5	$0,04 \pm 0,004$	31	29,2	$0,14 \pm 0,06$	66	62,3	$0,30 \pm 0,06$
2021	87	100,0	$0,4 \pm 0,05$	14	16,1	$0,06 \pm 0,004$	31	35,6	$0,14 \pm 0,06$	42	48,3	$0,19 \pm 0,06$
2022	89	100,0	$0,3 \pm 0,05$	7	7,8	$0,03 \pm 0,004$	32	36,0	$0,12 \pm 0,06$	50	56,2	$0,18 \pm 0,05$
Среднее значение	97	100,0	$0,4 \pm 0,05$	8	8,3	$0,04 \pm 0,004$	37	38,1	$0,17 \pm 0,06$	52	53,6	$0,23 \pm 0,06$

Таблица 7 – 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, $M \pm m$)

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

Анализ первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом нозологических форм согласно МКБ-10 показал, что наибольшую долю составляли инвалиды вследствие болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека, проявляющиеся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20). Их удельный вес составлял в структуре ВПИ 46,4% с тенденцией уменьшения их от 52,5% до 23,7%. Абсолютное их число составляло 1732 человека, в среднем за год 247 человек (Таблица 8, Таблица 9), в динамике их численность уменьшалась от 338 человек до 78 человек. Уровень первичной инвалидности в динамике данного контингента инвалидов имел тенденцию снижения от 0,32 до 0,07, в среднем составлял 0,24 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 8). Второе–третье место делили инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции (В 20.0) и вследствие болезней, вызванных ВИЧ с проявлением множественных инфекций (В 20.7). Их доля в структуре ВПИ составляла 8,8% с уровнем первичной инвалидности 0,04 на 10 тыс. взрослого населения. Четвертое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, неуточненных (В 24). Их удельный вес варьировал в границах 7,6%–1,8%, в среднем составлял 6,0%. Абсолютное их число составляло 227 человек за период наблюдения, в среднем 32 человека в год. Уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов имел тенденцию снижения от 0,06 до 0,006, в среднем составлял 0,03 на 10 тыс. взрослого населения. Пятое ранговое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других уточненных состояний (В 23.8). Их численность составляла 163 человека, в среднем за год 23 человека. Удельный вес данного контингента инвалидов варьировал в границах 2,5%–8,5%, в среднем составлял 4,3%. Уровень инвалидности в среднем составлял 0,026 на 10 тыс. соответствующего населения.

Таблица 8 – Структура ВПИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по нозологическим формам за 2016–2022 гг. (абс. число, %)

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Всего		656	100	538	100	644	100	633	100	472	100	355	100	329	100	518	100
B20	Проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	334	50,9	280	52,5	338	52,2	330	52,1	239	50,6	133	37,5	78	23,7	247	46,4
B20.0	Проявление микобактериальной инфекции	67	10,2	54	10	52	8,1	53	8,4	33	7	32	9	41	12,5	47	8,8
B20.1	Проявление других бактериальных инфекций	34	5,2	21	3,9	22	3,4	25	3,9	22	4,7	20	5,6	13	4	22	4,1
B20.2	Проявлением цитомегаловирусного заболевания	15	2,3	11	2	10	1,6	11	1,7	9	1,9	4	1,1	1	0,3	9	1,7
B20.3	Проявлением других вирусных инфекций	15	2,3	12	2,2	5	0,8	3	0,5	8	1,7	14	3,9	11	3,3	10	1,9
B20.4	С проявлениями кандидоза	7	1,1	12	2,2	13	2	14	2,2	10	2,1	7	2	10	3	10	1,9
B20.5	С проявлением других микозов	4	0,6	0	0	1	0,2	0	0	2	0,4	0	0	0	0	1	0,2
B20.6	С проявлениям пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carini</i>	4	0,6	3	0,6	3	0,5	3	0,5	3	0,6	0	0	1	0,3	2	0,4
B20.7	С проявлениями множественных осложнений	36	5,5	21	3,9	35	5,4	38	6	57	12,1	78	22	64	19,5	47	8,8

Продолжение Таблицы 8

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B20.8	С проявлением других инфекционных и паразитарных болезней	6	0,9	12	2,2	20	3,0	26	4,1	10	2,1	15	4,2	28	8,5	17	3,2
B20.9	С проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	15	2,3	17	3,2	19	3,1	11	1,7	7	1,5	7	2	16	4,9	13	2,4
B21	Проявляющаяся в виде злокачественных новообразований	3	0,5	2	0,4	6	0,9	7	1,1	0	0	1	0,3	1	0,3	3	0,6
B21.0	С проявлениями саркомы Капоши	2	0,3	1	0,2	3	0,5	2	0,3	0	0	0	0	2	0,6	1	0,2
B21.1	С проявлениями лимфомы Беркитта	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0
B21.2	С проявлениями других неходжкинских лимфом	0	0	0	0	1	0,2	2	0,3	2	0,4	0	0	5	1,5	1	0,2
B21.7	С проявлениями множественных злокачественных образований	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B21.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,3	3	0,9	1	0,2

Продолжение Таблицы 8

[illegible]

Продолжение Таблицы 8

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B23.1	С проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатией	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B23.2	С проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках	1	0,2	1	0,2	2	0,3	6	0,9	4	0,8	1	0,3	6	1,8	3	0,6
B23.8	С проявлениями других уточненных состояний	32	4,9	27	5	28	4,3	16	2,5	16	3,4	16	4,5	28	8,5	23	4,3
B24	Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная	37	5,6	33	6,1	60	9,3	48	7,6	33	7	10	2,8	6	1,8	32	6

Таблица 9 – Динамика уровня первичной инвалидности по основным нозологическим формам болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы за 2016–2022 гг. (абс. число, на 10 тыс. населения)

Нозологические форма	Годы													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.
Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных инфекций	334	0,32	280	0,27	338	0,32	330	0,31	239	0,23	133	0,13	78	0,07
С проявлением микобактериальной инфекции	67	0,06	54	0,05	52	0,05	53	0,05	33	0,03	32	0,03	41	0,04
С проявлением других бактериальных инфекций	34	0,03	21	0,02	22	0,02	25	0,02	22	0,02	20	0,02	13	0,01
С проявлением цитомегаловирусного заболевания	15	0,01	11	0,01	10	0,01	11	0,01	9	0,009	4	0,004	1	0,0005
С проявлением множественных инфекций	36	0,03	21	0,02	35	0,03	38	0,04	57	0,05	78	0,07	64	0,06
С проявлением неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	15	0,01	17	0,02	19	0,02	11	0,01	7	0,007	7	0,007	16	0,02
С проявлением других уточненных осложнений	32	0,03	27	0,03	28	0,03	16	0,02	16	0,02	16	0,02	28	0,03
Болезнь, вызванная ВИЧ неуточненная	37	0,04	33	0,03	60	0,6	48	0,05	33	0,03	10	0,01	6	0,006

Шестое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других бактериальных инфекций (В 20.1). Абсолютное их число составляло 157 человек за период исследования, в среднем 22 человека в год. Их удельный вес варьировал в границах 3,4%–5,6%, в среднем составлял 4,1% (Рисунок 3). Уровень первичной инвалидности был стабилен и составлял 0,02 на 10 тыс. взрослого населения. Седьмое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других инфекционных и паразитарных болезней (В 20.8). Их удельный вес в структуре ВПИ варьировал от 0,9% до 8,5% с тенденцией роста, в среднем составлял 3,2% (Рисунок 3). Абсолютное их число составляло 117 человек, в среднем 17 человек в год. Восьмое ранговое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением неуточненных инфекционных и паразитарных болезней (В 20.9). Их удельный вес варьировал от 1,7% до 4,9%, в среднем составлял 2,4%. Уровень первичной инвалидности регистрировался в границах 0,007–0,02, в среднем составлял 0,01 на 10 тыс. взрослого населения. Девятое–одиннадцатое место делили инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других вирусных инфекций (В 20.3), с проявлением кандидоза (В 20.4), с проявлением в виде других уточненных болезней (В 22). Их доля составляла 1,9% в структуре ВПИ.

Наименьшую долю составляли инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением энцефалопатии (В 22.0) – 0,6%, с проявлением других злокачественных новообразований (В 21.8) – 0,2%, с проявлением саркомы Капоши (В 21.0) – 0,2%, с проявлением в виде злокачественных образований (В 21) – 0,6%.

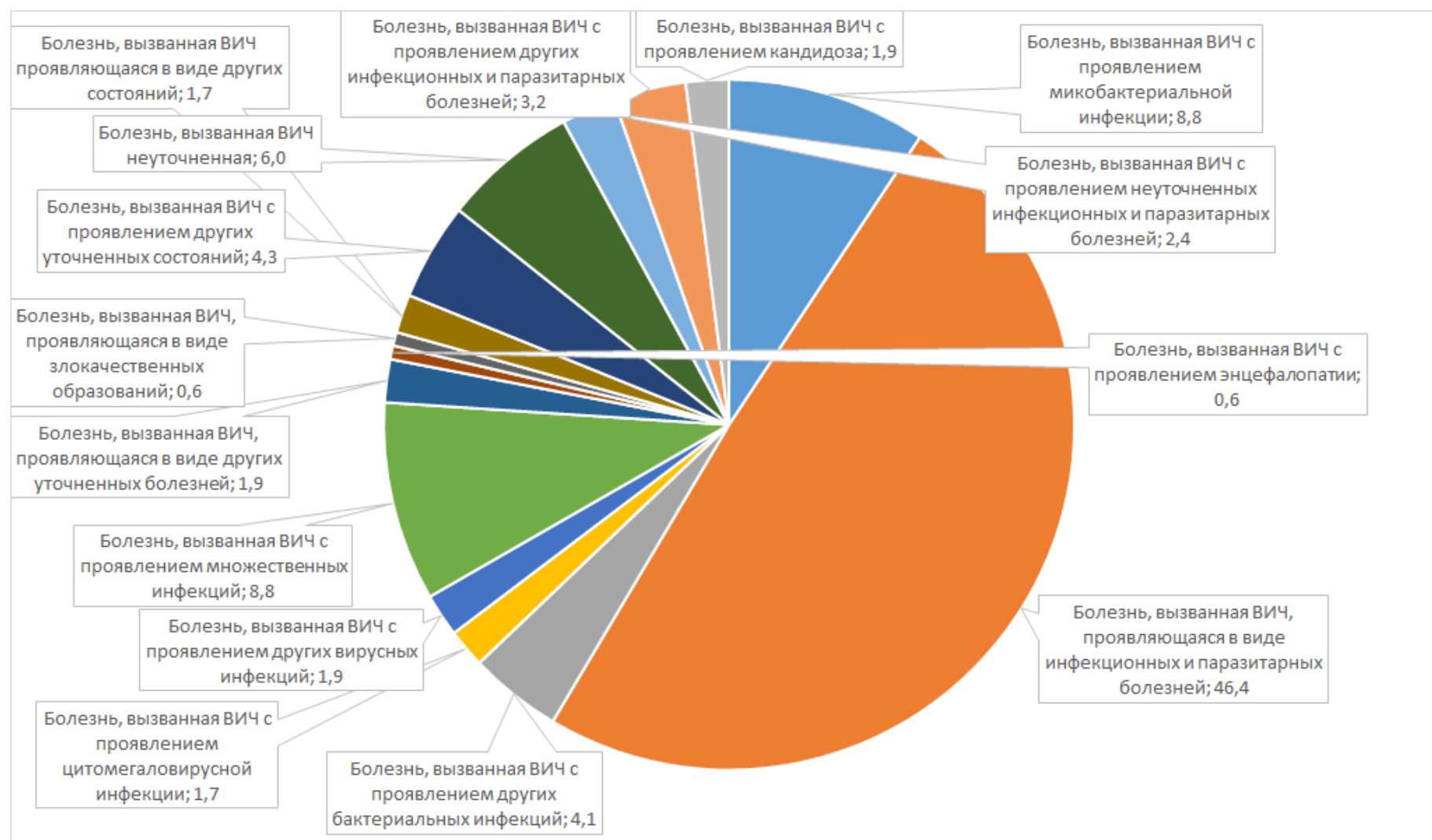


Рисунок 3 – Среднеголетняя нозологическая структура первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы за 2016–2022 гг. (%)

Таким образом, первичная инвалидность взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве характеризовалась:

- уменьшением численности лиц, впервые признанных инвалидами от этих причин со среднемноголетним темпом убыли – 49,8%;
- снижением уровня первичной инвалидности в динамике в целом и по возрастным группам;
- преобладанием инвалидов молодого возраста (18–44 лет) с тенденцией уменьшения их удельного веса и уровня;
- увеличение численности инвалидов среднего и старше трудоспособного возрастов с тенденцией увеличения их удельного веса в структуре ВПИ;
- преобладанием инвалидности III группы с тенденцией уменьшения их удельного веса и уровня инвалидности;
- уменьшение численности инвалидов II группы и доли в структуре ВПИ и увеличением численности инвалидов I группы и их доли в структуре ВПИ;
- преобладание в нозологической структуре инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20) – 46,4%, вследствие ВИЧ, проявляющиеся микобактериальной инфекцией (В 20.0) – 8,8%, с проявлением множественных инфекций (В 20.7) – 8,8%, вследствие ВИЧ неуточненная (В 24) – 6,0%, с проявлением других уточненных состояний (В 23.8) – 4,3%, с проявлением других бактериальных инфекций (В 20.1) – 4,1%, с проявлением других инфекционных и паразитарных болезней (В 20.8) – 3,2%.

3.2. Результаты переосвидетельствования инвалидов в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией в г. Москве в сравнении с Российской Федерацией и Центральным федеральным округом за 2016–2022 годы

Число лиц в возрасте 18 лет и старше, повторно признанных инвалидами (ППИ) вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг. в динамике с 2016 г. по 2018 г. увеличивалась от 1 017 человек до 1 078 человек (темп роста + 5,9%), в 2019 году уменьшилась до 909 человек (темп убыли – 15,7%), с последующим увеличением до 1 620 человек в 2022 году (темп роста + 78,2%), в целом составляло 8 852 человек, в среднем за год 1 265 человек. Их удельный вес в структуре ППИ варьировал в пределах 1,0%–1,3%, в среднем составлял 1,2%. Уровень инвалидности данного контингента инвалидов имел колебания в границах $0,9 \pm 0,001$ – $1,8 \pm 0,09$, в среднем составлял $1,2 \pm 0,09$ на 10 тыс. взрослого населения.

В Центральном федеральном округе отмечалось увеличение числа лиц ППИ от 1 983 человек до 3 550 человек, абсолютное их число составляло 18 514 человек, в среднем 2 645 человек в год. Среднемноголетний темп роста составлял 79,0%. Удельный вес в структуре ППИ от этих причин в динамике увеличился от 0,5% до 0,7%, в среднем показатель составлял 0,65%. Уровень повторной инвалидности имел колебания в границах $0,6 \pm 0,01$ – $1,2 \pm 0,05$, в среднем составлял $0,8 \pm 0,02$ на 10 тыс. взрослого населения, что ниже показателя по г. Москве ($p < 0,05$).

В Российской Федерации также отмечалось увеличение числа лиц ППИ от 7 795 человек в 2016 году до 16 289 человек в 2022 году, абсолютное их число составляло 81 513 человек, в среднем за год 11 645 человек. Их доля в структуре ППИ варьировала 0,6 до 0,9%, в среднем составляла 0,79%, что ниже экстенсивного показателя по г. Москве, но выше чем по ЦФО ($p < 0,05$). 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 (Таблица 10, Рисунок 4).

Таблица 10 – Сравнительная характеристика повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве, ЦФО и Российской Федерации за период 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс., $M \pm m$)

Годы	Административные территории								
	г. Москва			ЦФО			Российская Федерация		
	абс. ч.	уд. вес	уровень	абс. ч.	уд. вес	уровень	абс. ч.	уд. вес	уровень
2016	1017	1,0	1,0 $\pm$ 0,09	1983	0,5	0,6 $\pm$ 0,01	7795	0,6	0,7 $\pm$ 0,005
2017	1058	1,1	1,0 $\pm$,09	2164	0,6	0,7 $\pm$ 0,01	9091	0,7	0,6 $\pm$ 0,004
2018	1078	1,2	1,0 $\pm$,09	2444	0,7	0,8 $\pm$ 0,02	10691	0,9	0,9 $\pm$ 0,003
2019	909	1,2	0,9 $\pm$ 0,001	1977	0,7	0,6 $\pm$ 0,01	9048	0,9	0,8 $\pm$ 0,004
2020	1267	1,2	1,2 $\pm$ 0,09	2542	0,7	0,8 $\pm$ 0,02	11491	0,8	1,0 $\pm$ 0,03
2021	1903	1,3	1,8 $\pm$ 0,09	3854	0,7	1,2 $\pm$ 0,05	17198	0,9	1,5 $\pm$ 0,03
2022	1620	1,2	1,6 $\pm$ 0,09	3550	0,7	1,1 $\pm$ 0,05	16289	0,8	1,4 $\pm$ 0,03
Среднее значение	1265	1,2	1,2 $\pm$ 0,09	2645	0,65	0,8 $\pm$ 0,02	11645	0,79	1,0 $\pm$ 0,03

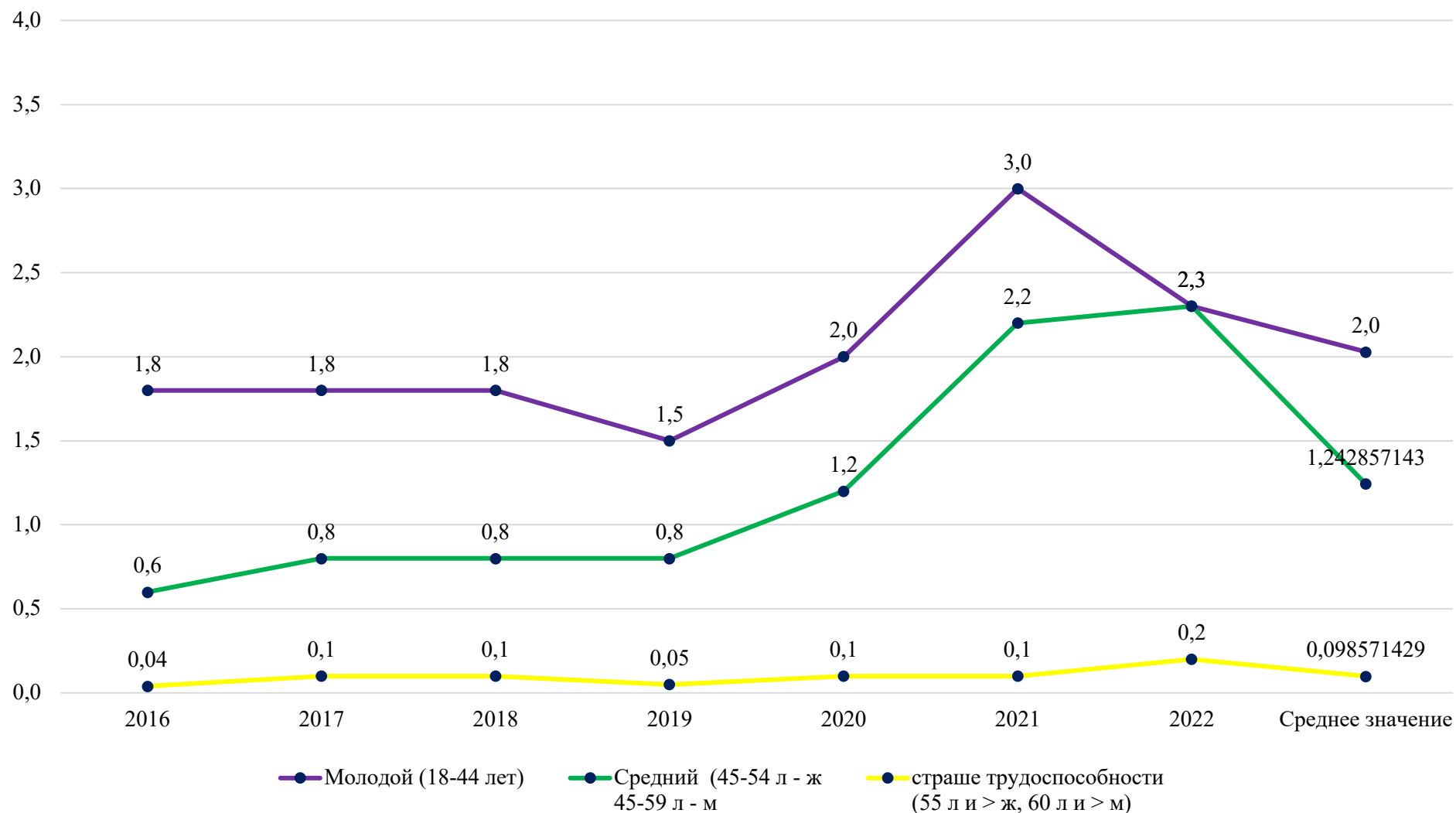


Рисунок 4 – Динамика уровня повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения с учетом возрастных групп в г. Москве за 2016–2022 гг.
(на 10 тыс. соответствующего населения)

Структура повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по возрастным группам характеризовалось преобладанием инвалидов молодого возраста. В динамике их численность увеличивалась от 867 человек в 2016 году до 1 362 человек в 2021 году (темп роста +57,1%), с уменьшением до 1 049 человек в 2022 году (темп убыли -22,9%). Абсолютное их число составляло 6 707 человек, в среднем 958 человек в год. Удельный вес инвалидов молодого возраста в структуре ППИ в динамике имел тенденцию уменьшения от 85,3% до 64,8%, в среднем составлял 75,7%. Уровень инвалидности данного контингента инвалидов имел тенденцию к росту от $1,8 \pm 0,03$ до $3,0 \pm 0,12$, в среднем составлял $2,0 \pm 0,13$ на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 11). Второе ранговое место занимали инвалиды среднего возраста (45–54 – женщины, 45–59 – мужчины). Их численность также в динамике увеличивалась от 137 человек в 2016 году до 509 человек в 2022 году. Абсолютное их число составляло 1 934 человек, в среднем 276 человек в год. Их доля в структуре ППИ от этих причин в динамике характеризовалась увеличением от 13,5% до 31,4%, в среднем составляла 21,8%. Уровень повторной инвалидности среди лиц среднего возраста также имел тенденцию к росту от $0,6 \pm 0,04$ до $2,3 \pm 0,19$, в среднем составлял $1,2 \pm 0,19$ на 10 тыс. соответствующего населения, что ниже интенсивного показателя инвалидности среди молодого возраста ($p < 0,05$).

Наименьший удельный вес составляли инвалиды старше трудоспособного возраста, но в динамике их доля увеличивалась с 1,8% до 3,8%, в среднем составляла 2,5%. 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. Уровень повторной инвалидности также имел тенденцию к росту от $0,04 \pm 0,003$ до $0,2 \pm 0,04$, в среднем составлял $0,1 \pm 0,06$ на 10 тыс. соответствующего населения, что значительно ниже интенсивных показателей инвалидности среди лиц молодого и среднего возрастов ($p < 0,05$) (Таблица 11, Рисунок 5).

Таблица 11 – Характеристика повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом возрастных групп в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Всего ППИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией			Возрастные группы								
				18–44 лет			45–54 лет – женщины 45–59 лет – мужчины			55 лет и старше – женщины 60 лет и старше – мужчины		
	абс. ч.	уд. вес	уровень	абс. ч.	уд. вес	уровень	абс. ч.	уд. вес	уровень	абс. ч.	уд. вес	уровень
2016	1017	100,0	$1,0 \pm 0,09$	867	85,3	$1,8 \pm 0,03$	137	13,5	$0,6 \pm 0,04$	13	1,8	$0,04 \pm 0,003$
2017	1058	100,0	$1,0 \pm 0,09$	869	82,1	$1,8 \pm 0,03$	171	16,2	$0,8 \pm 0,03$	18	1,7	$0,1 \pm 0,06$
2018	1078	100,0	$1,0 \pm 0,09$	872	80,9	$1,8 \pm 0,03$	181	16,8	$0,8 \pm 0,03$	25	2,3	$0,1 \pm 0,06$
2019	909	100,0	$0,9 \pm 0,001$	717	78,9	$1,5 \pm 0,13$	176	19,4	$0,8 \pm 0,03$	16	1,8	$0,05 \pm 0,003$
2020	1267	100,0	$1,2 \pm 0,09$	971	76,6	$2,0 \pm 0,13$	268	21,2	$1,2 \pm 0,20$	28	2,2	$0,1 \pm 0,06$
2021	1903	100,0	$1,8 \pm 0,09$	1362	71,6	$3,0 \pm 0,12$	492	25,9	$2,2 \pm 0,19$	49	2,6	$0,1 \pm 0,06$
2022	1620	100,0	$1,6 \pm 0,09$	1049	64,8	$2,3 \pm 0,13$	509	31,4	$2,3 \pm 0,19$	62	3,8	$0,2 \pm 0,04$
Среднее значение	1265	100,0	$1,2 \pm 0,09$	958	75,7	$2,0 \pm 0,13$	276	21,8	$1,2 \pm 0,19$	31	2,5	$0,1 \pm 0,06$

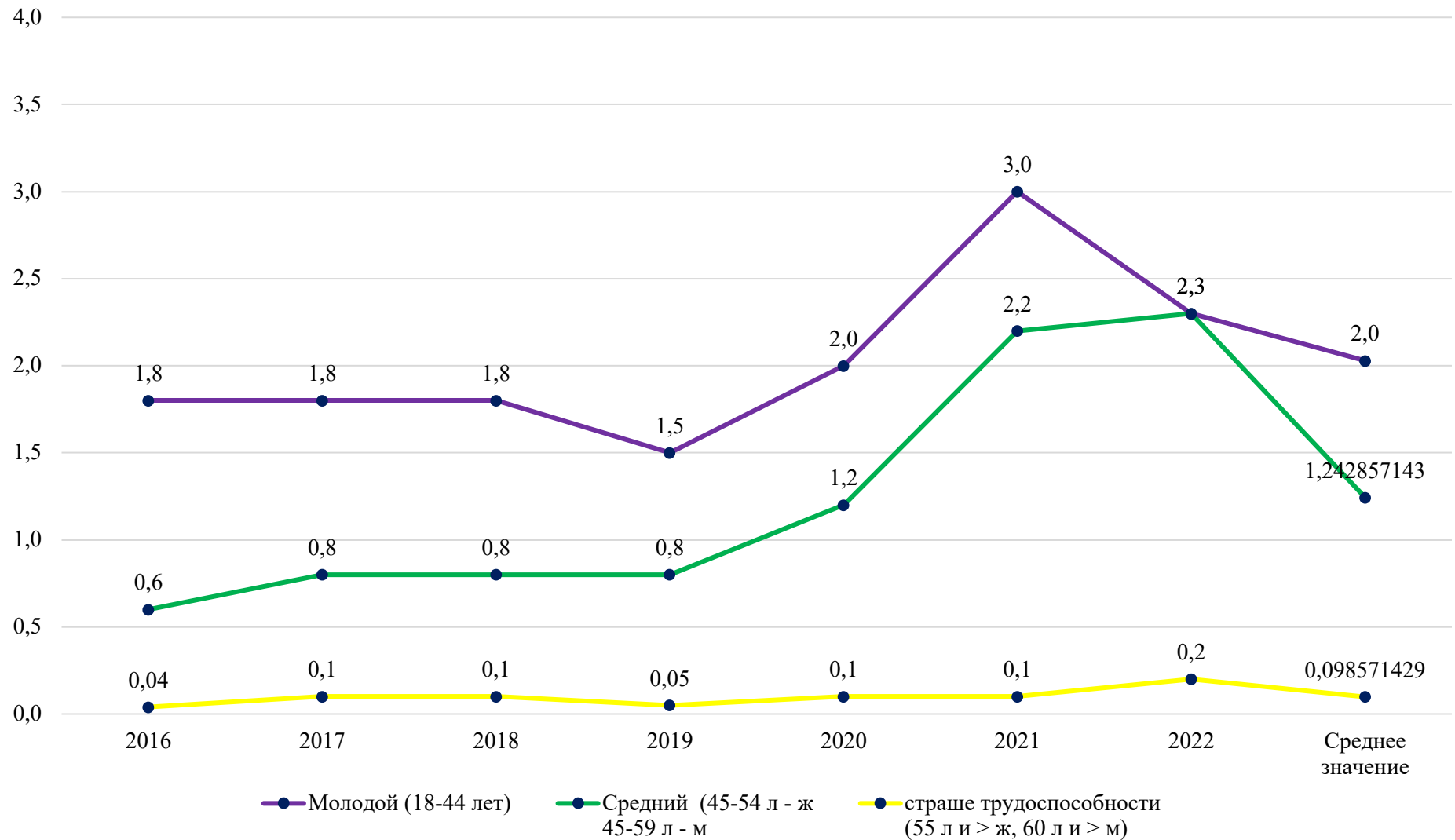


Рисунок 5 – Динамика уровней повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом возрастных групп в г. Москве за 2016–2022 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

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), их доля составляла за период 56,2%. Число их варьировало от 520 человек до 778 человек, в целом составляло 4 979 человек, в среднем за год 764 человека (Таблица 12). Уровень повторной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировался в границах 0,49–1,1 на 10 тыс. населения, в среднем составлял 0,68 на 10 тыс. населения. Число ППИ вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции (В 20.0) в динамике за 2016–2018 гг. имело тенденцию к увеличению от 82 человек до 94 человек, с уменьшением до 67 человек в 2019 г. и увеличением до 125 человек в 2021 г. Общее их число составляло 631 человек, в среднем 90 человек в год, их доля в среднем составляла 7,1%. Уровень повторной инвалидности от этих причин имел колебания в границах 0,06–0,12, в среднем составлял 0,07 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 13).

Третье место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, неуточненных (В 24). Их численность имела тенденцию к увеличению от 57 человек до 91 человек, в целом составляла 522 человека, в среднем за год 75 человек, их удельный вес в структуре ППИ варьировал от 4,8% до 7,9%, в среднем за период составлял 5,9%. Уровень повторной инвалидности данного контингента регистрировался в границах 0,06–0,09, в среднем составлял 0,07 на 10 тыс. населения.

Четвертое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением множественных инфекций (В 20.7). Их численность за исследуемый период увеличилась от 29 человек до 143 человек (темп роста +393,1%), общее их число составляло 485 человек, в среднем за год 69 человек. Их доля составляла от 2,9% до 8,8%, в среднем 5,5%. Уровень повторной инвалидности варьировал от 0,03 до 0,13, в среднем составлял 0,06 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 13).

Численность инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других бактериальных инфекций (В 20.1) в динамике имела тенденцию уменьшения от 57 человек до 42 человек в 2016/2018 гг. (темпы убыли – 26,3%), с последующим увеличением до 98 человек в 2022 г. (темпы роста + 33,3%). Общее их число составляло 453 человека, в среднем 65 человек в год. Их удельный вес в структуре ППИ варьировал от 3,9% до 6,0%, в среднем составлял 5,1%. Уровень повторной инвалидности регистрировался в границах 0,04–0,09, в среднем составлял 0,06 на 10 тыс. взрослого населения.

Шестое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других уточненных состояний (В 23.8). В динамике их численность увеличивалась от 31 человека до 75 человек в 2022 г. (темпы роста + 141,9%), общее их число составляло 313 человек, в среднем 45 человек в год. Их доля в структуре ППИ составляла от 2,2% до 4,6%, в среднем равная 3,6%. Уровень повторной инвалидности данного контингента инвалидов регистрировался в границах 0,02–0,07, в среднем составлял 0,04 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 13).

Седьмое место занимали инвалиды, повторно признанные вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других инфекционных и паразитарных болезней (В 20.8), в динамике их численность увеличивалась от 13 человек до 70 человек. Их удельный вес в структуре ППИ варьировал от 1,3 до 4,3%, в среднем составлял 3,1% (Рисунок 6).

Восьмое–девятое место делили инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением кандидоза (В 20.4) и болезни, вызванные ВИЧ, проявляющиеся в виде других состояний (В 23). В динамике их численность увеличивалась, в целом составляла 181 и 179 человек, в среднем 26 человек в год соответственно. Их удельный вес в среднем составлял 2,1% в структуре ППИ.

Таблица 12 – Нозологическая структура ППИ среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. (абс. число, %)

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Всего		1017	100	1058	100	1078	100	909	100	1267	100	1903	100	1620	100	1265	100
B20	Проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	596	58,5	608	57,5	576	53,4	520	57,2	763	60,2	1134	59,6	778	48	711	56,2
B20.0	С проявлением микобактериальной инфекции	82	8,1	84	7,9	94	8,7	67	7,4	72	5,7	127	6,7	105	6,5	90	7,1
B20.1	С проявлением других бактериальных инфекций	57	5,6	56	5,3	42	3,9	44	4,8	62	4,9	94	4,9	98	6	65	5,1
B20.2	С проявлением цитомегаловирусного заболевания	6	0,6	12	1,1	11	1	10	1,1	15	1,2	14	0,7	26	1,6	13	1
B20.3	С проявлением других вирусных инфекций	18	1,8	22	2,1	17	1,6	13	1,4	13	1	29	1,5	49	3	23	1,8
B20.4	С проявлениями кандидоза	18	1,8	15	1,4	25	2,3	16	1,8	27	2,1	39	2	41	2,5	26	2,1
B20.5	С проявлением других микозов	2	0,2	0	0	4	0,4	2	0,2	2	0,2	6	0,3	2	0,1	2	0,2
B20.6	С проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carini</i>	3	0,3	1	0,01	3	0,3	4	0,4	3	0,3	3	0,2	3	0,2	3	0,3
B20.7	С проявлениями множественных осложнений	29	2,9	50	4,7	55	5,1	45	5	56	4,4	107	5,6	143	8,8	69	5,5

Продолжение Таблицы 12

[illegible]

Продолжение Таблицы 12

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B21.8	С проявлениями других злокачественных новообразований	2	0,2	1	0,01	0	0	2	0,2	1	0,08	0	0	0	0	1	0,08
B21.9	С проявлениями неуточненных злокачественных образований	0	0	1	0,01	1	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22	Проявляющаяся в виде других уточненных болезней	38	9,7	23	2,2	19	1,8	18	2	20	1,6	31	1,6	20	1,2	24	1,9
B22.0	С проявлениями энцефалопатии	3	0,3	2	0,2	3	0,3	2	0,2	5	0,4	6	0,3	12	0,7	5	0,4
B22.1	С проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22.2	С проявлениями изнуряющего синдрома	0	0	0	0	1	0,09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22.7	С проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках	9	0,9	11	1	7	0,6	6	0,7	6	0,5	4	0,2	6	0,4	7	0,6
B23	Проявляющаяся в виде других состояний	22	2,2	19	1,8	24	2,2	14	1,5	27	2,1	36	1,9	37	2,3	26	2,1
B23.0	Острый ВИЧ-инфекционный синдром	2	0,2	0	0	0	0	1	0,1	0	0	1	0,05	1	0,06	0	0

Продолжение Таблицы 12

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B23.1	С проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатией	1	0,1	0	0	0	0	0	0	3	0,3	2	0,1	3	0,2	1	0,08
B23.2	С проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках	1	0,1	0	0	0	0	3	0,3	10	0,8	11	0,6	13	0,8	5	0,4
B23.8	С проявлениями других уточненных состояний	31	3	43	4,1	46	4,3	21	2,3	28	2,2	69	3,6	75	4,6	45	3,6
B24	Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная	57	5,6	58	5,5	84	7,8	72	7,9	78	6,2	91	4,8	82	5,1	75	5,9

Таблица 13 – Характеристика уровней повторной инвалидности по основным нозологическим формам болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы за период 2016–2022 гг. (абс. число, на 10 тыс. населения)

Нозологические форма	Годы													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.
Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных инфекций	596	0,58	608	0,59	576	0,55	520	0,49	763	0,73	1134	1,1	778	0,73
С проявлением микобактериальной инфекции	82	0,08	84	0,08	94	0,09	67	0,06	72	0,07	127	0,12	105	0,1
С проявлением других бактериальных инфекций	57	0,06	56	0,05	42	0,04	44	0,04	62	0,06	94	0,09	98	0,09
С проявлением цитомегаловирусного заболевания	6	0,006	12	0,01	11	0,01	10	0,01	15	0,01	14	0,01	26	0,02
С проявлением множественных инфекций	29	0,03	5	0,05	55	0,05	45	0,04	56	0,05	107	0,05	143	0,13
С проявлением неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	20	0,02	18	0,02	16	0,02	12	0,01	25	0,02	34	0,02	44	0,04
С проявлением других уточненных осложнений	31	0,03	43	0,04	46	0,04	21	0,02	28	0,03	69	0,03	75	0,07
Болезнь, вызванная ВИЧ неуточненная	57	0,06	58	0,06	84	0,08	72	0,07	78	0,07	91	0,07	82	0,08

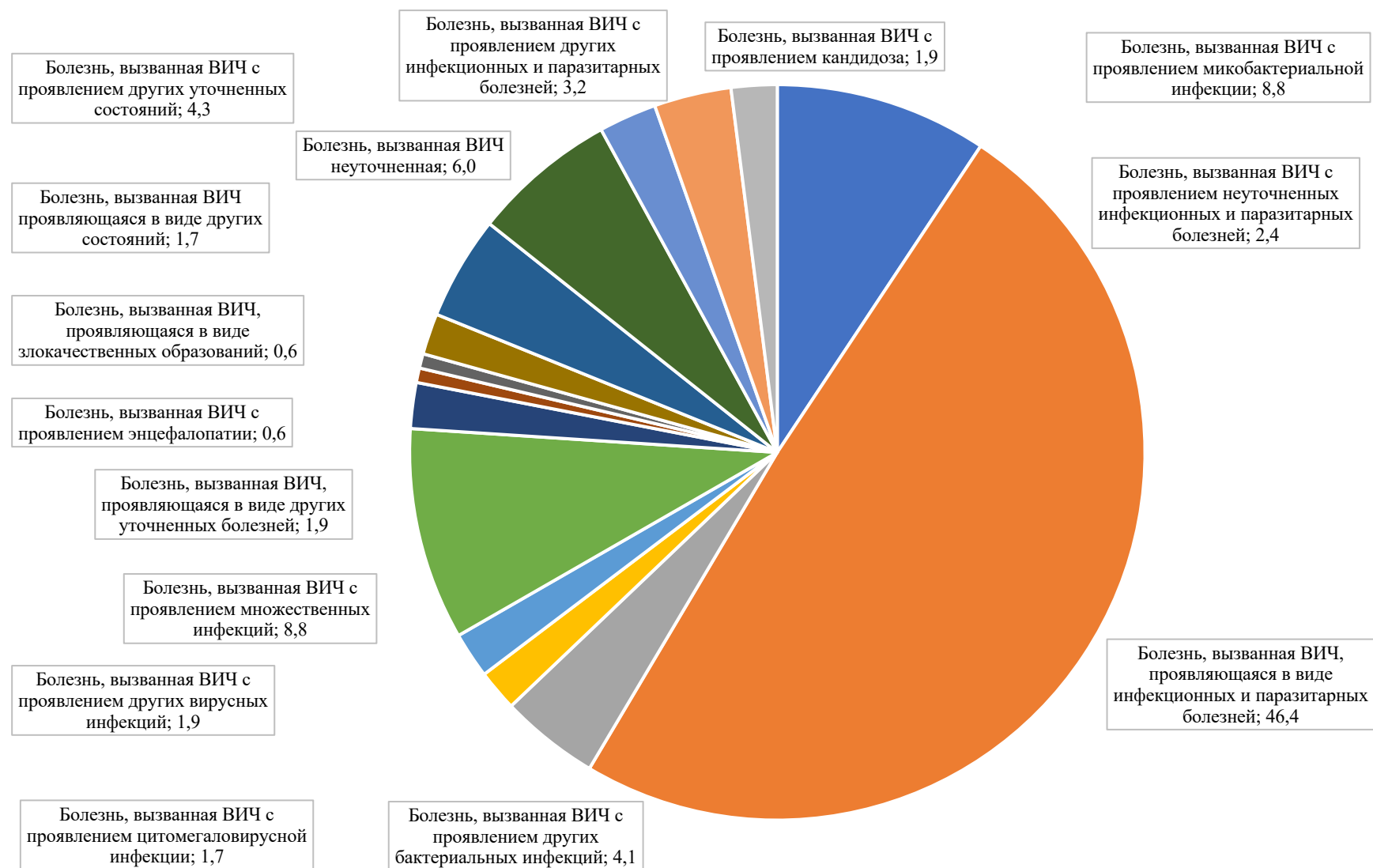


Рисунок 6 – Структура повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по нозологической форме в г. Москве за 2016–2022 гг. (%)

Десятое—одиннадцатое место делили инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением неуточненных инфекционных и паразитарных болезней (В 20.9) и вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде других уточненных болезней (В 22). В динамике их численность увеличивалась от 12 человек до 44 человек, и уменьшалась от 38 человек до 20 человек, в целом составляла 109 человек, в среднем 24 человека в год, их удельный вес в среднем составлял 1,9%.

Число ППИ вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением других вирусных инфекций (В 20.3) составляло 161 человек, в среднем 23 человека в год. Их доля составила 1,8% (Рисунок 6).

Число ППИ вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением цитомегаловирусного заболевания (В 20.2) в динамике увеличивалось за изучаемый период от 6 человек до 26 человек, в целом составляло 94 человека, в среднем 13 человек в год. Уровень повторной инвалидности варьировал от 0,006 до 0,02, в среднем составлял 0,01 на 10 тыс. населения, их доля составляла 1,0%.

Удельный вес инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением множественных болезней, неклассифицированных в других рубриках (В 22.7) составлял 0,6%, вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением энцефалопатии (В 22.0) – 0,4%, вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде злокачественных образований (В 21) – 0,5%, вследствие ВИЧ с проявлением других микозов (В 20.5) – 0,2%. Наименьшую долю – 0,08% – составляли инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением персистентной генерализованной лимфаденопатией (В 23.1), с проявлением других злокачественных новообразований (В 21.8), с проявлением других неходжкинских лимфом (В 21.2), с проявлением саркомы Капоши (В 21.0).

Анализ структуры ППИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом групп инвалидности показал, что в контингенте данных инвалидов преобладали инвалиды III группы. В динамике их численность увеличивалась от 661 человека в 2016 году до 1 456 человек в 2021 г., абсолютное их число составляло 6 354 человека, в среднем 908 человек в год. Их удельный вес

в структуре ППИ от этих причин имел тенденцию увеличения от 34,8% до 78,1%. Среднемноголетний показатель составлял 71,7%. Уровень повторной инвалидности III группы также имел тенденцию к росту от $0,6 \pm 0,02$ до $1,4 \pm 0,09$, в среднем составлял $0,9 \pm 0,01$ на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 14).

Второе ранговое место занимали инвалиды II группы. Число ППИ II группы в динамике увеличивалось от 334 человек до 407 человек. Абсолютное их число составляло 2 283 человека, в среднем 326 человек в год. Их доля в структуре ППИ имела тенденцию уменьшения от 32,8% до 19,6%, в среднем составляла 25,8%. Уровень повторной инвалидности II группы имел колебания в границах $0,3 \pm 0,03$ – $0,4 \pm 0,03$, в среднем составлял $0,3 \pm 0,03$ на 10 тыс. взрослого населения, что в 3 раза ниже интенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$). Наименьшую долю составляли инвалиды I группы. Их удельный вес варьировал от 3,7% до 2,1%, в среднем составлял 2,5%. Абсолютное их число составляло за семилетний период 215 человек, в среднем 31 человек в год. Уровень повторной инвалидности I группы имел колебания в границах $0,02 \pm 0,001$ – $0,04 \pm 0,001$, в среднем составлял $0,03 \pm 0,001$ на 10 тыс. взрослого населения и был значительно ниже интенсивных показателей инвалидности II–III групп ($p < 0,05$) (Таблица 14, Рисунок 7).

Изучение повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по возрастным группам с учетом тяжести инвалидности показало, что среди лиц молодого возраста (18–44 лет) преобладали инвалиды III группы. Их удельный вес в структуре ППИ данной возрастной группы имел тенденцию к увеличению от 64,9% до 77,2%, за семилетний период, в среднем составлял 70%. Абсолютное их число варьировало от 563 человек до 1 051 человека, в целом составляло 4 698 человек, в среднем за год 671 человек. Уровень повторной инвалидности III группы среди лиц молодого возраста имел колебания в границах $1,0 \pm 0,13$ – $2,30 \pm 0,13$, среднемноголетний показатель составлял $1,79 \pm 0,15$ на 10 тыс. соответствующего населения. Второе место занимали инвалиды II группы. Абсолютное их число составляло 1 837 человек, в среднем 262 человека в год. Их доля в структуре ППИ составляла за период 27,3%. Уровень повторной инвалидности II группы данного контингента регистрировался в границах

$0,55 \pm 0,03$ – $0,70 \pm 0,03$, в среднем составлял за 2016-2022 гг. $0,55 \pm 0,03$ на 10 тыс. соответствующего населения, что в 3,3 раза ниже интенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$) (Таблица 15).

Наименьшую долю среди лиц молодого возраста составляли инвалиды I группы. Абсолютное их число составляло 172 человека в год. Их удельный вес в среднем составлял 2,7% в структуре ППИ с уровнем равным $0,05 \pm 0,002$ на 10 тыс. соответствующего населения. Число инвалидов среди лиц среднего возраста значительно меньше, отмечалась аналогичная структура по тяжести инвалидности. Доля инвалидов III группы незначительно выше, чем среди лиц молодого возраста – 71,4%, в динамике отмечалась тенденция увеличения от 62,6% до 77,5%.

Уровень повторной инвалидности III группы данного контингента инвалидов также имел тенденцию к росту от $0,42 \pm 0,05$ до $1,69 \pm 0,19$, в среднем составлял $0,81 \pm 0,03$ на 10 тыс. соответствующего населения, что в 2,2 раза ниже интенсивного показателя инвалидности III группы среди лиц молодого возраста ($p < 0,05$) (Таблица 16).

Удельный вес инвалидов II группы имел тенденцию к уменьшению от 39,2% до 21%, в среднем составлял 26,4%. Уровень повторной инвалидности II группы среди лиц среднего возраста (45–54 лет – женщины, 45–59 лет – мужчины) в динамике имел тенденцию роста от $0,19 \pm 0,06$ до $0,49 \pm 0,05$, среднемноголетний показатель составлял $0,32 \pm 0,06$ на 10 тыс. соответствующего населения.

Число ППИ данной возрастной группы I группы инвалидности незначительное, за семилетний период 40 человек. Их доля в структуре характеризовалась уменьшением от 4,1% до 1,4%, в среднем составляла 2,2% с уровнем равным $0,03 \pm 0,004$ на 10 тыс. соответствующего населения.

Число инвалидов среди лиц старше трудоспособного возраста наименьшее за семилетний период – 211 человек, из них удельный вес инвалидов III группы в среднем составлял 66,7%, но в динамике отмечалось его увеличение от 53,8% до 71%, так же как и их общая численность – 143 человека, в среднем 21 человек в год с уровнем равным 0,06 на 10 тыс. соответствующего населения. Удельный вес инвалидов II группы в среднем составлял 26,7% с уровнем равным 0,02

(Таблица 17). Удельный вес инвалидов I группы за семилетний период составлял 6,6%, с уровнем равным 0,005 на 10 тыс. соответствующего населения.

Таким образом, повторная инвалидность взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг. характеризовалась:

- увеличением числа лиц, повторно признанных инвалидами, с темпом роста + 59,3% с тенденцией увеличения и удельным весом в общей структуре ППИ;
- ростом уровня повторной инвалидности от $1,0 \pm 0,09$ до $1,8 \pm 0,09$ на 10 тыс. взрослого населения, интенсивные показатели выше, чем в ЦФО и Российской Федерации;
- преобладание инвалидов молодого возраста (18–44 лет) (75,7%) с тенденцией уменьшения их удельного веса и ростом уровня повторной инвалидности;
- увеличение общей численности инвалидов среднего и старшего трудоспособного возраста, увеличение их доли в структуре ППИ в динамике и ростом уровня повторной инвалидности;
- преобладанием в нозологической структуре инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющихся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20) – 56,2%, вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции (В 20.0) – 7,1%, вследствие болезней, вызванных ВИЧ, неуточненные (В 24) – 5,9%;
- преобладание инвалидов III группы с увеличением их численности, удельного веса (71,7%) и уровня инвалидности;
- уменьшение доли инвалидов II–I группы.

Таблица 14 – Структура повторно признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения г. Москвы с учетом тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. $M \pm m$)

Годы	Всего ППИ вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	1017	100,0	$1,0 \pm 0,09$	22	2,2	$0,02 \pm 0,001$	334	32,8	$0,3 \pm 0,03$	661	65,0	$0,6 \pm 0,02$
2017	1058	100,0	$1,0 \pm 0,09$	39	3,7	$0,04 \pm 0,001$	333	31,5	$0,3 \pm 0,03$	686	64,8	$0,7 \pm 0,02$
2018	1078	100,0	$1,0 \pm 0,09$	25	2,3	$0,02 \pm 0,001$	335	31,1	$0,3 \pm 0,03$	718	66,6	$0,7 \pm 0,02$
2019	909	100,0	$0,9 \pm 0,09$	22	2,4	$0,03 \pm 0,001$	277	30,5	$0,3 \pm 0,03$	610	67,1	$0,6 \pm 0,02$
2020	1267	100,0	$1,2 \pm 0,09$	30	2,4	$0,02 \pm 0,001$	280	22,1	$0,3 \pm 0,03$	957	75,5	$0,9 \pm 0,01$
2021	1903	100,0	$1,8 \pm 0,09$	40	2,1	$0,04 \pm 0,001$	407	21,4	$0,4 \pm 0,02$	1456	76,5	$1,4 \pm 0,09$
2022	1620	100,0	$1,6 \pm 0,09$	37	2,3	$0,03 \pm 0,001$	317	19,6	$0,3 \pm 0,03$	1266	78,1	$1,2 \pm 0,09$
Среднее значение	1265	100,0	$1,2 \pm 0,09$	31	2,5	$0,03 \pm 0,001$	326	25,8	$0,3 \pm 0,03$	908	71,7	$0,9 \pm 0,01$

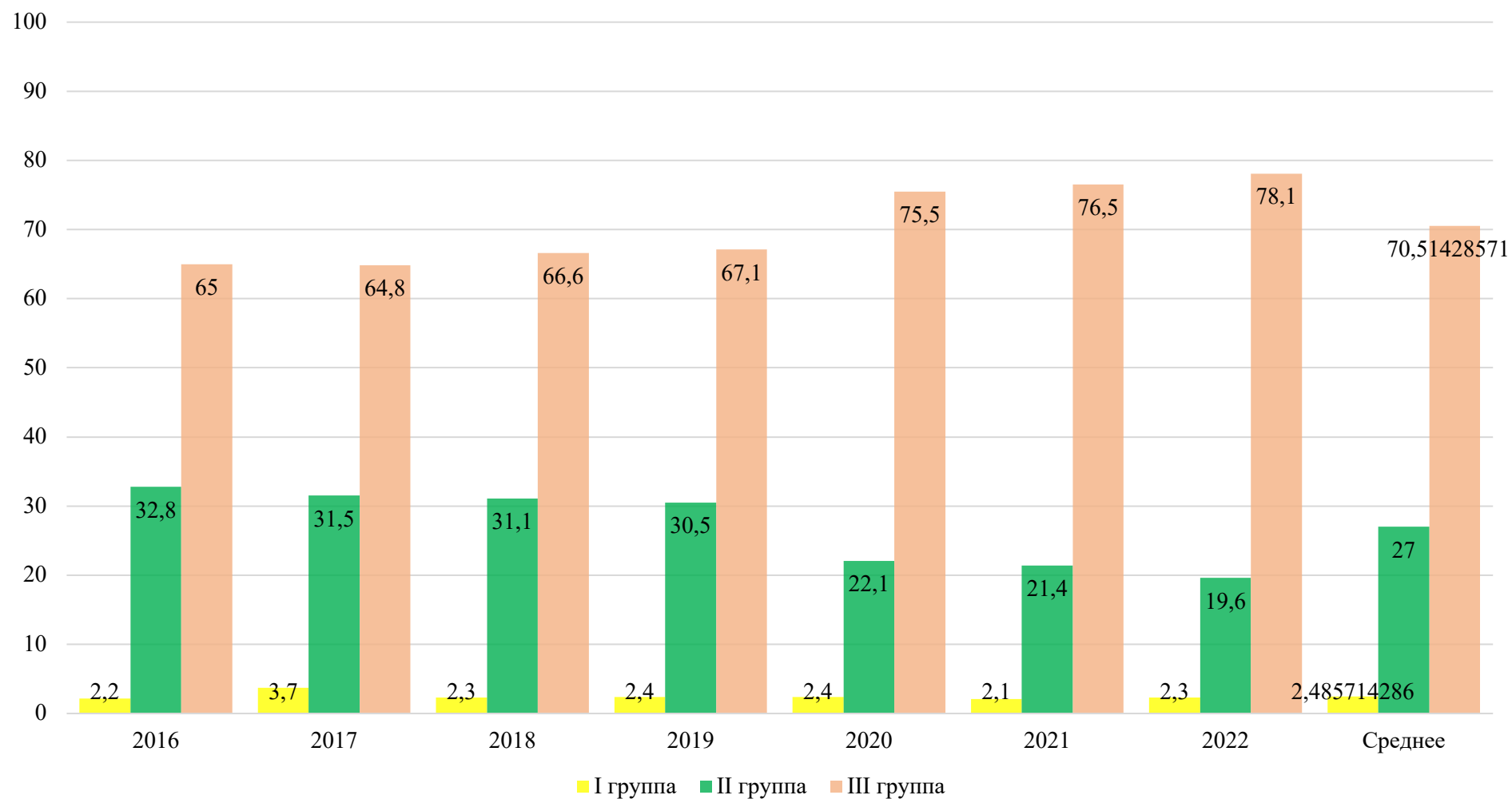


Рисунок 7 – Структура повторно признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (%)

Таблица 15 – Характеристика повторно признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц молодого возраста с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Число ППИ в возрасте 18–44 лет			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	867	100	$1,8 \pm 0,03$	16	1,9	$0,03 \pm 0,002$	288	33,2	$0,58 \pm 0,03$	563	64,9	$1,13 \pm 0,13$
2017	869	100	$1,8 \pm 0,03$	31	3,6	$0,06 \pm 0,002$	271	31,2	$0,55 \pm 0,03$	567	65,2	$1,16 \pm 0,13$
2018	872	100	$1,8 \pm 0,03$	23	2,6	$0,05 \pm 0,002$	266	30,5	$0,55 \pm 0,03$	583	66,9	$1,20 \pm 0,13$
2019	717	100	$1,5 \pm 0,13$	16	2,2	$0,03 \pm 0,002$	205	28,6	$0,43 \pm 0,03$	496	69,2	$1,0 \pm 0,13$
2020	971	100	$2,0 \pm 0,13$	24	2,5	$0,05 \pm 0,002$	204	21	$0,43 \pm 0,03$	743	76,5	$1,57 \pm 0,13$
2021	1362	100	$3,0 \pm 0,12$	25	1,8	$0,05 \pm 0,002$	286	21	$0,62 \pm 0,03$	1051	77,2	$2,30 \pm 0,13$
2022	1049	100	$2,3 \pm 0,13$	37	3,5	$0,08 \pm 0,002$	317	30,2	$0,70 \pm 0,03$	695	66,3	$1,20 \pm 0,13$
Среднее значение	959	100	$2,0 \pm 0,13$	26	2,7	$0,05 \pm 0,002$	262	27,3	$0,55 \pm 0,03$	671	70	$1,79 \pm 0,15$

Таблица 16 – Динамика повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц среднего возраста с учетом тяжести инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Число ППИ среднего возраста (45–54 лет – женщины) (45–59 лет – мужчины)			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	137	100	$0,6 \pm 0,04$	4	2,9	$0,02 \pm 0,005$	42	30,7	$0,19 \pm 0,06$	91	66,4	$0,42 \pm 0,05$
2017	171	100	$0,8 \pm 0,03$	7	4,1	$0,03 \pm 0,005$	57	33,3	$0,26 \pm 0,06$	107	62,6	$0,49 \pm 0,05$
2018	181	100	$0,8 \pm 0,03$	1	0,5	$0,005 \pm 0,004$	62	34,3	$0,29 \pm 0,06$	118	65,2	$0,54 \pm 0,04$
2019	176	100	$0,8 \pm 0,03$	5	2,8	$0,02 \pm 0,005$	69	39,2	$0,32 \pm 0,06$	102	58	$0,47 \pm 0,05$
2020	268	100	$1,2 \pm 0,20$	4	1,5	$0,06 \pm 0,01$	68	25,4	$0,31 \pm 0,06$	196	73,1	$0,89 \pm 0,02$
2021	492	100	$2,2 \pm 0,19$	12	2,4	$0,05 \pm 0,01$	108	22	$0,49 \pm 0,05$	372	75,6	$1,69 \pm 0,19$
2022	508	100	$2,3 \pm 0,19$	7	1,4	$0,03 \pm 0,004$	107	21	$0,39 \pm 0,05$	395	77,6	$1,19 \pm 0,16$
Среднее значение	276	100	$1,2 \pm 0,19$	6	2,2	$0,03 \pm 0,004$	73	26,4	$0,32 \pm 0,06$	197	71,4	$0,81 \pm 0,03$

Таблица 17 – Структура контингента ППИ среди лиц старше трудоспособного возраста вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве с учетом групп инвалидности за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения)

Годы	Число ППИ старше трудоспособного возраста			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	13	100	0,04 ± 0,003	2	15,4	0,006	4	30,8	0,01	7	53,8	0,02
2017	18	100	0,1 ± 0,06	1	5,5	0,003	5	27,8	0,02	12	66,7	0,04
2018	25	100	0,1 ± 0,06	1	4	0,003	7	28	0,02	17	68	0,05
2019	16	100	0,05 ± 0,003	1	6,2	0,003	3	18,8	0,01	12	75	0,03
2020	28	100	0,1 ± 0,06	2	7,1	0,006	8	28,6	0,02	18	64,3	0,05
2021	49	100	0,1 ± 0,06	3	6,2	0,008	13	26,5	0,04	33	67,3	0,09
2022	62	100	0,2 ± 0,04	3	4,8	0,009	15	24,2	0,05	44	71	0,13
Среднее значение	31	100	0,1 ± 0,06	2	6,6	0,005	8	26,7	0,02	21	66,7	0,06

3.3. Особенности накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 годы

По результатам оценки первично признанных инвалидами и при переосвидетельствовании в бюро-филиалах МСЭ по г. Москве в Таблице 18 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%). Среднегодовое темп роста составлял 16,5%.

Уровень накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в динамике имел тенденцию к росту от $1,59 \pm 0,09$ до $2,11 \pm 0,09$, в среднем составлял $1,69 \pm 0,09$ на 10 тыс. взрослого населения.

В структуре накопленного контингента инвалидов от этих причин удельный вес лиц ВПИ в 2016 г. составлял 39,2%, уменьшился до 37,6% в 2017 г., до 37,4% в 2018 г., в 2019 г. отмечается рост до 41,1%, с последующим уменьшением до 27,1% в 2020 г., до 15,7% в 2021 г. и ростом до 16,9% в 2022 г., в среднем за период составлял 29,6%. Абсолютное их число составляло 3 727 человек, в среднем 532 человека в год. Уровень их имел тенденцию уменьшения от $0,6 \pm 0,02$ до $0,3 \pm 0,02$, в среднем составлял $0,49 \pm 0,02$ на 10 тыс. взрослого населения.

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

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. Удельный вес их в динамике характеризовался тенденцией уменьшения от 86,4% в

2021 г. до 65,3% в 2022 г., в среднем составлял 76,8%. Уровень накопленной инвалидности варьировал в границах $2,8 \pm 0,12$ – $3,5 \pm 0,12$, в среднем составлял $2,9 \pm 0,12$ на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 19, Рисунок 8).

Инвалиды среднего возраста (45–54 лет – женщины, 45–59 лет – мужчины) в структуре накопленного контингента инвалидов занимали второе место. В динамике их численность увеличивалась от 226 человек в 2016 г. до 598 человек в 2022 г., в целом составило 2 616 человек, в среднем за год 374 человека. Их доля в структуре регистрировалась в динамике с увеличением от 13,5% до 30,7%, в среднем составляла 20,8%. Уровень инвалидности данного контингента также в динамике характеризовался увеличением от $1,04 \pm 0,20$ до $2,6 \pm 0,18$, в среднем составлял $1,6 \pm 0,19$ на 10 тыс. соответствующего населения, что ниже интенсивного показателя инвалидов молодого возраста ($p < 0,05$).

Инвалиды старше трудоспособного возраста составляли наименьшую долю 2,4%, в динамике отмечалось ее увеличение от 0,1% до 4,0%. Абсолютное их число составляло 302 человека, с тенденцией увеличения их численности в динамике от 20 человек до 78 человек, в среднем составляло 43 человека в год. Уровень накопленной инвалидности среди старше трудоспособного возраста в динамике также имел тенденцию увеличения от $0,06 \pm 0,02$ до $0,23 \pm 0,05$, в среднем составлял $0,13 \pm 0,05$ на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 19, Рисунок 8).

В накопленном контингенте инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом тяжести инвалидности преобладали инвалиды III группы. Их удельный вес в динамике имел тенденцию к увеличению от 59,6% до 74,0%, в среднем составлял 67,2%. Также, отмечалось увеличение их численности от 997 человек до 1 637 человек, абсолютное их число составляло 8 457 человек, в среднем 1208 человек в год. Уровень накопленной инвалидности III группы за период исследования характеризовался увеличением от $0,96 \pm 0,06$ до $1,56 \pm 0,09$, в среднем составлял $1,15 \pm 0,09$ на 10 тыс. взрослого населения.

Второе место занимали инвалиды II группы. Их удельный вес в структуре имел тенденцию к уменьшению от 37,0% до 22,7%, в среднем составлял 29,2%, что значительно ниже экстенсивного показателя инвалидов III группы ($p < 0,05$).

Таблица 18 – Структура накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения с учетом первичной и повторной признанных инвалидами в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Накопленный контингент инвалидов (ВПИ+ППИ)			ВПИ			ППИ		
	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень	абс. ч.	%	уровень
2016	1673	100,0	$1,59 \pm 0,09$	656	39,2	$0,6 \pm 0,02$	1017	60,8	$1,0 \pm 0,09$
2017	1696	100,0	$1,61 \pm 0,09$	638	37,6	$0,6 \pm 0,02$	1058	62,4	$1,0 \pm 0,09$
2018	1722	100,0	$1,62 \pm 0,09$	644	37,4	$0,6 \pm 0,02$	1078	62,6	$1,0 \pm 0,09$
2019	1542	100,0	$1,64 \pm 0,09$	633	41,1	$0,6 \pm 0,02$	909	58,9	$0,9 \pm 0,001$
2020	1739	100,0	$1,62 \pm 0,09$	472	27,1	$0,4 \pm 0,02$	1267	72,9	$1,2 \pm 0,09$
2021	2258	100,0	$2,11 \pm 0,09$	355	15,7	$0,3 \pm 0,02$	1903	84,3	$1,8 \pm 0,09$
2022	1949	100,0	$1,83 \pm 0,09$	329	16,9	$0,3 \pm 0,02$	1620	83,1	$1,5 \pm 0,09$
Среднее значение	1797	100,0	$1,69 \pm 0,09$	532	29,6	$0,49 \pm 0,02$	1265	70,4	$1,2 \pm 0,09$

Таблица 19 – Возрастная структура накопленной инвалидности среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Общий контингент (ВПИ + ППИ)			Возрастные группы								
				18–44 лет			45–54 лет – женщины 45–59 лет – мужчины			55 лет и старше – женщины 60 лет и старше – мужчины		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	1673	100,0	1,59 $\pm$ 0,09	1427	86,4	2,9 $\pm$ 0,12	226	13,5	1,4 $\pm$ 0,20	20	0,1	0,06 $\pm$ 0,02
2017	1696	100,0	1,61 $\pm$ 0,09	1410	83,2	2,9 $\pm$ 0,12	251	14,8	1,2 $\pm$ 0,20	35	2	0,11 $\pm$ 0,05
2018	1722	100,0	1,62 $\pm$ 0,09	1388	80,6	2,9 $\pm$ 0,12	298	17,3	1,4 $\pm$ 0,20	36	2,1	0,11 $\pm$ 0,05
2019	1542	100,0	1,44 $\pm$ 0,09	1218	79	2,5 $\pm$ 0,12	290	18,8	1,3 $\pm$ 0,20	34	2,2	0,10 $\pm$ 0,05
2020	1739	100,0	1,62 $\pm$ 0,09	1323	76,1	2,8 $\pm$ 0,12	374	21,5	1,7 $\pm$ 0,19	42	2,4	0,12 $\pm$ 0,05
2021	2258	100,0	2,11 $\pm$ 0,09	1622	71,8	3,5 $\pm$ 0,12	579	25,6	2,6 $\pm$ 0,18	57	2,6	0,16 $\pm$ 0,05
2022	1949	100,0	1,83 $\pm$ 0,09	1273	65,3	2,8 $\pm$ 0,12	598	30,7	2,2 $\pm$ 0,17	78	4	0,23 $\pm$ 0,05
Среднее значение	1797	100,0	1,69 $\pm$ 0,09	1380	76,8	2,9 $\pm$ 0,12	374	20,8	1,6 $\pm$ 0,19	43	2,2	0,13 $\pm$ 0,05

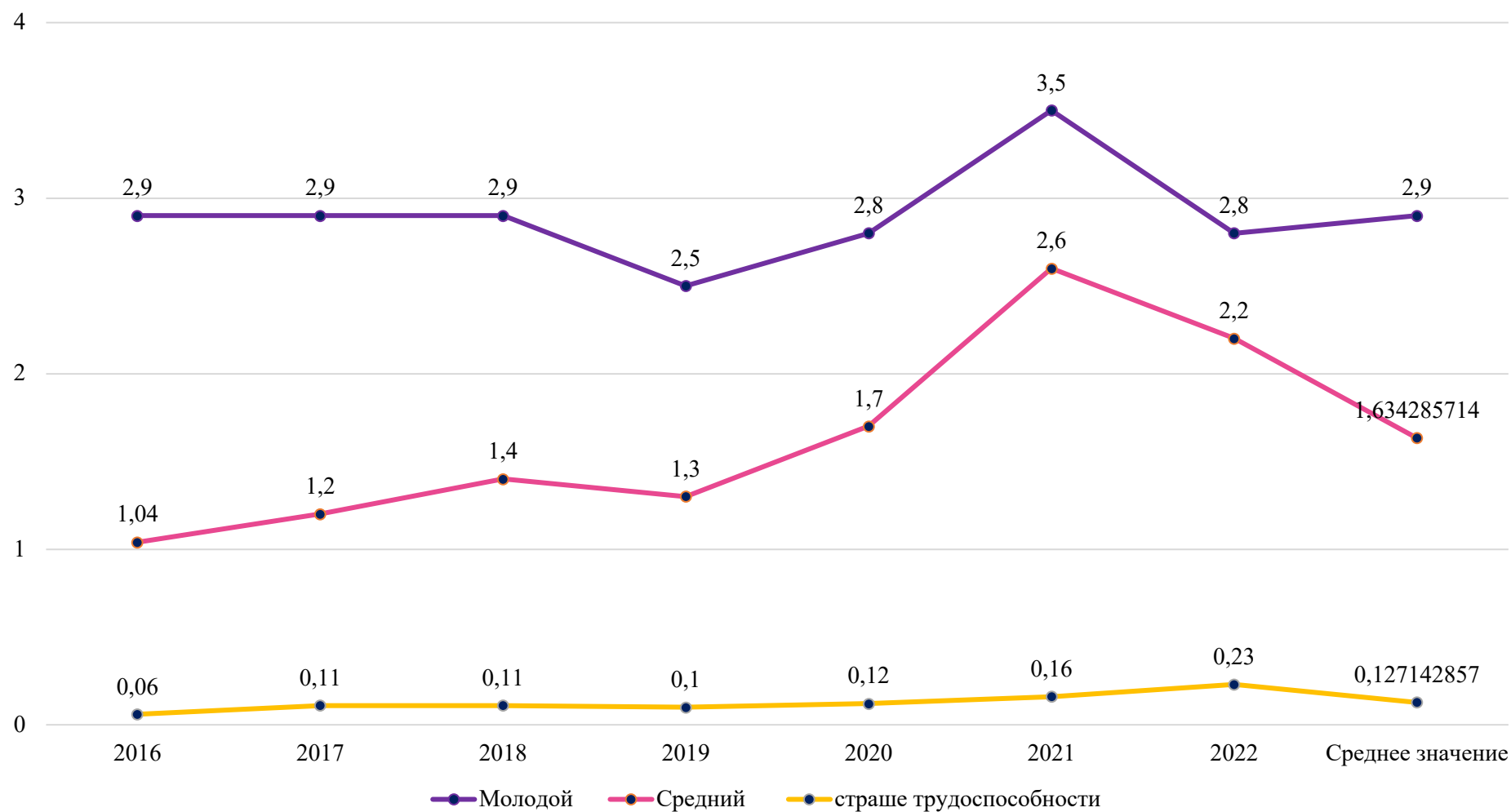


Рисунок 8 – Динамика уровня накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения с учетом возрастных групп в г. Москве за 2016–2022 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Абсолютное их число составляло 3 677 человек, в среднем за год 525 человек. Уровень накопленной инвалидности II группы в динамике регистрировался с уменьшением от $0,60 \pm 0,02$ до $0,42 \pm 0,02$, в среднем составлял $0,50 \pm 0,02$ на 10 тыс. взрослого населения, что в 2,3 раза ниже интенсивного показателя инвалидов III группы ($p < 0,05$). Общее число инвалидов I группы составляло 445 человек, в среднем 64 человека в год. Их удельный вес в структуре накопленного контингента инвалидов составлял 3,6% с уровнем равным $0,06 \pm 0,03$ на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 20, Рисунок 9).

Анализ структуры накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с учетом нозологических форм показал, что наибольший удельный вес составляли инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20) – 54,1% с тенденцией его уменьшения от 58,3% до 43,9%. Абсолютное их число составляло 6807 человек, в среднем 972 человека в год. Уровень накопленной инвалидности данного контингента инвалидов имел тенденцию к росту от 0,88 до 1,2, в среднем составлял 0,93 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 21).

Второе место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции (В 20.0) – 7,7%. Абсолютное их число составляло 963 человека, в среднем за год 138 человек. Уровень накопленной инвалидности варьировал в границах 0,11–0,15, в среднем составлял 0,13 на 10 тыс. взрослого населения. Третье место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением множественных инфекций (В 20.7). В динамике отмечалось увеличение их числа от 65 человек до 207 человек, абсолютная их численность составляла 814 человек за период, в среднем 116 человек в год. Их доля в структуре накопленного контингента инвалидов имела тенденцию к увеличению от 3,0% до 10,6%, в среднем составляла 6,5% (Рисунок 10).

Уровень накопленной инвалидности имел тенденцию к росту от 0,06 до 0,18, в среднем составлял 0,10 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 22).

Таблица 20 – Характеристика накопленного контингента инвалидов среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом группы инвалидности за период 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. населения, $M \pm m$)

Годы	Накопленный контингент инвалидов			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	1673	100,0	$1,59 \pm 0,09$	57	3,4	$0,06 \pm 0,03$	619	37,0	$0,60 \pm 0,02$	997	59,6	$0,96 \pm 0,006$
2017	1696	100,0	$1,61 \pm 0,09$	60	3,5	$0,06 \pm 0,03$	566	33,4	$0,55 \pm 0,02$	1070	63,1	$1,03 \pm 0,09$
2018	1722	100,0	$1,62 \pm 0,09$	61	3,6	$0,06 \pm 0,03$	557	32,3	$0,53 \pm 0,02$	1104	64,1	$1,06 \pm 0,09$
2019	1542	100,0	$1,44 \pm 0,09$	47	3,0	$0,04 \pm 0,02$	515	33,4	$0,49 \pm 0,02$	980	63,6	$0,93 \pm 0,006$
2020	1739	100,0	$1,62 \pm 0,09$	58	3,3	$0,06 \pm 0,03$	436	25,1	$0,42 \pm 0,02$	1245	71,6	$1,19 \pm 0,09$
2021	2258	100,0	$2,11 \pm 0,09$	80	3,5	$0,06 \pm 0,04$	541	24,0	$0,52 \pm 0,02$	1637	72,5	$1,56 \pm 0,09$
2022	1949	100,0	$1,83 \pm 0,09$	82	3,3	$0,08 \pm 0,04$	443	22,7	$0,42 \pm 0,02$	1424	74,0	$1,34 \pm 0,09$
Среднее значение	1797	100,0	$1,69 \pm 0,09$	64	3,6	$0,06 \pm 0,03$	525	29,2	$0,50 \pm 0,02$	1208	67,2	$1,15 \pm 0,09$

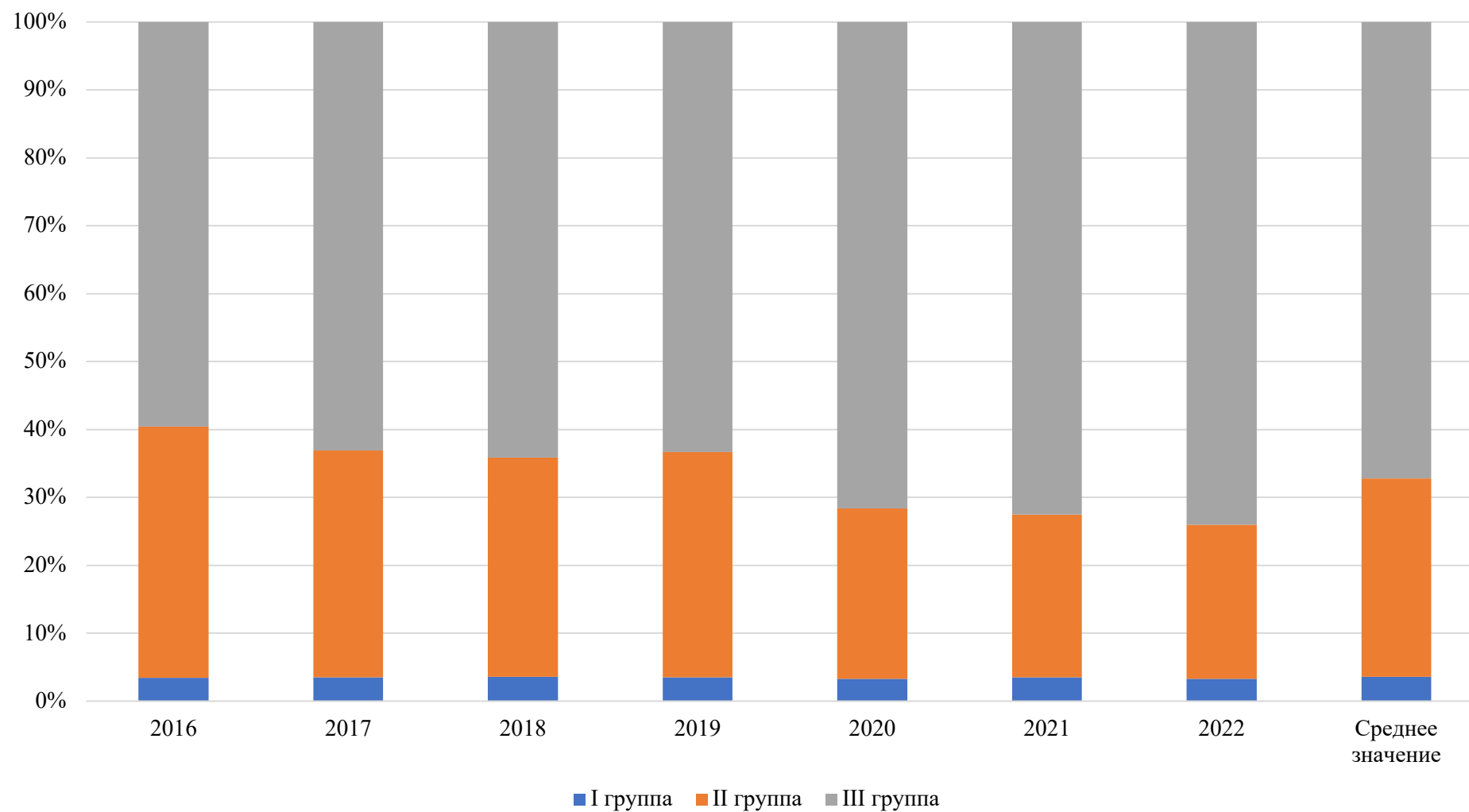


Рисунок 9 – Структура накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения по тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. в г. Москве (%)

Таблица 21 – Нозологическая структура накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. (абс. число, %)

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Всего		1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949	1797	100	1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949
B20	Проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	930	55,6	988	58,3	914	53,1	850	55,1	1002	57,6	1267	61,6	856	43,9	972	54,1
B20.0	С проявлением микобактериальной инфекции	149	8,9	138	8,1	146	8,5	120	7,8	105	6	159	7	146	7,5	138	7,7
B20.1	С проявлением других бактериальных инфекций	91	5,4	77	4,5	64	3,7	69	4,5	84	4,8	114	5	111	5,7	87	4,8
B20.2	С проявлением цитомегаловирусного заболевания	21	1,3	23	1,4	21	1,2	21	1,4	20	1,2	18	0,8	27	1,4	22	1,2
B20.3	С проявлением других вирусных инфекций	33	2	34	2	22	1,3	16	1	21	1,2	43	1,9	60	3,1	33	1,8
B20.4	С проявлениями кандидоза	25	1,5	27	1,6	38	2,2	30	1,9	32	1,8	46	2	51	2,6	36	2
B20.5	С проявлением других микозов	6	0,4	0	0	5	0,3	2	0,1	4	0,2	6	0,3	2	0,1	3	0,2
B20.6	С проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carini</i>	7	0,4	4	0,2	6	0,3	7	0,5	6	0,3	3	0,1	4	0,2	5	0,3
B20.7	С проявлениями множественных осложнений	65	3,9	71	4,2	90	5,2	83	5,4	113	6,5	185	8,2	207	10,6	116	6,5

Продолжение Таблицы 21

[illegible]

Продолжение Таблицы 21

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B21.8	С проявлениями других злокачественных новообразований	2	0,1	1	0,06	0	0	3	0,2	2	0,1	1	0,04	3	0,2	2	0,1
B21.9	С проявлениями неуточненных злокачественных образований	1	0,06	1	0,06	1	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22	Проявляющаяся в виде других уточненных болезней	54	3,2	35	2,1	33	1,9	31	2	27	1,6	36	1,6	25	1,3	34	1,9
B22.0	С проявлениями энцефалопатии	5	0,3	6	0,4	4	0,2	6	0,4	11	0,6	7	0,3	14	0,7	8	0,4
B22.1	С проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22.2	С проявлениями изнуряющего синдрома	0	0	0	0	1	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B22.7	С проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках	13	0,3	14	0,4	9	0,5	11	0,7	7	0,4	6	0,3	11	0,7	10	0,6
B23	Проявляющаяся в виде других состояний	37	2,2	31	1,8	33	1,9	27	1,8	31	1,8	44	1,9	39	2	35	1,9

Продолжение Таблицы 21

Код МКБ	Название	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
B23.0	Острый ВИЧ-инфекционный синдром	3	0,2	0	0	0	0	1	0,06	0	0	1	0,04	1	0,05	1	0,006
B23.1	С проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатией	2	0,1	0	0	0	0	0	0	3	0,2	2	0,09	3	0,2	1	0,006
B23.2	С проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках	2	0,1	1	0,06	2	0,1	9	0,6	14	0,8	12	0,5	19	1	8	0,4
B23.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний	63	3,8	70	4,1	74	4,3	37	2,4	44	2,5	85	3,8	103	5,3	68	3,4
B24	Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная	94	5,6	91	5,4	144	8,4	120	7,8	126	7,2	101	4,5	88	4,5	109	6,1

Таблица 22 – Динамика уровней накопленной инвалидности среди взрослого населения вследствие основных нозологических форм болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. (абс. число, на 10 тыс.)

Нозологические форма	Годы													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.	абс.ч.	уров.
Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	930	0,9	988	1	914	0,88	850	0,81	1002	0,95	1267	1,2	856	0,8
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции	149	0,14	138	0,13	146	0,14	120	0,11	105	0,1	159	0,15	146	0,14
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением других бактериальных инфекций	91	0,09	77	0,07	64	0,06	69	0,07	84	0,08	114	0,11	111	0,1
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением цитомегаловирусного заболевания	21	0,02	23	0,02	21	0,02	21	0,02	20	0,02	18	0,02	27	0,03
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением множественных инфекций	65	0,06	71	0,07	90	0,09	83	0,08	113	0,11	185	0,18	207	0,19
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением неуточненных инфекционных и паразитарных инфекций	35	0,03	35	0,03	35	0,03	23	0,02	32	0,03	41	0,04	60	0,06
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением других уточненных инфекций	63	0,06	70	0,07	74	0,07	37	0,04	44	0,04	85	0,08	103	0,09
Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная	94	0,09	91	0,09	144	0,14	120	0,11	126	0,12	101	0,1	88	0,08

Четвертое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, неуточненных (В 24). Абсолютное их число составляло за период 764 человека, в среднем 109 человек в год. Их доля в среднем составляла 6,1%. Уровень накопленной инвалидности регистрировался в границах 0,09–0,14, в среднем составлял 0,10 на 10 тыс. взрослого населения.

Пятое место занимали инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций (В 20.1). Абсолютное их число составляло 610 человек, в среднем 87 человек в год. Их доля в структуре составляла 4,8%.

Инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлениями кандидоза (В 20.4) составляли структуре 2,0%. Абсолютное их число составляло 248 человек, в среднем 36 человек в год. Инвалиды вследствие ВИЧ с проявлениями цитомегаловирусной инфекции составили 1,2%. Наименьшую долю составляли инвалиды вследствие болезней, вызванных ВИЧ, с проявлением злокачественных новообразований (В 21) – 0,5%, с проявлением неходжкинских лимфом – 0,2%, с проявлением других злокачественных новообразований – 0,1%.

Анализ накопленной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в различных возрастных группах с учетом групп инвалидности показал, что среди инвалидов молодого возраста преобладали инвалиды III группы с тенденцией увеличения их удельного веса от 59,7% до 74,5%, который в среднем составлял 67,6%. Уровень накопленной инвалидности III группы данного контингента также имел тенденцию к росту от $1,7 \pm 0,13$ до $2,6 \pm 0,13$, в среднем составляя $2,0 \pm 0,13$ на 10 тыс. соответствующего населения. Абсолютное их число составляло 6 533 человека, в среднем 933 человека в год. Инвалидов II группы значительно меньше, абсолютное их число составляло 2 812 человек, в среднем 402 человека в год, в динамике отмечалось их уменьшение от 530 человек до 284 человек. Их доля в структуре уменьшалась в динамике от 37,1% до 22,3%, в среднем составляла 29,1% с тенденцией снижения уровня накопленной инвалидности II группы от $1,1 \pm 0,13$ до $0,6 \pm 0,03$, в среднем равным $0,84 \pm 0,02$ на 10 тыс. соответствующего населения. Наименьшую долю в данной возрастной

группе составляли инвалиды I группы. Их удельный вес имел колебания в границах 2,3%–3,5%, уровень инвалидности в среднем составлял $0,10 \pm 0,04$ на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 23).

Среди инвалидов среднего возраста также лидирующие позиции занимали инвалиды III группы. Абсолютное их число в динамике увеличивалось от 136 человек до 440 человек, в целом составляло 1 738 человек, в среднем 249 человек в год. Их удельный вес за изучаемый период увеличивался от 60,2% до 73,6%, среднемноголетний экстенсивный показатель составлял 66,6% с тенденцией увеличения уровня накопленной инвалидности от $0,62 \pm 0,04$ до $1,6 \pm 0,17$, в среднем равнялся $1,1 \pm 0,20$ на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 24).

Инвалидов II группы в данной возрастной группе составляло 780 человек, 111 человек в год с тенденцией их увеличения от 82 человек до 144 человек. Их доля в структуре накопленного контингента инвалидов характеризовалась уменьшением от 39,3% до 24,0%, в среднем составляла 29,7%. Уровень накопленной инвалидности II группы варьировал в границах $0,38 \pm 0,03$ – $0,63 \pm 0,04$, в среднем равнялся $0,49 \pm 0,05$ на 10 тыс. соответствующего населения, что в 2 раза ниже интенсивного показателя инвалидности III группы ($p < 0,05$).

Число инвалидов I группы среди лиц среднего возраста незначительное – 98 человек, в среднем 14 человек в год. Их доля составляла в структуре накопленного контингента 3,7%, с уровнем, равным $0,06 \pm 0,004$ на 10 тыс. соответствующего населения.

Среди инвалидов старше трудоспособного возраста отмечалась идентичная тенденция – увеличение удельного веса инвалидов II группы от 45% до 66,7%, который в среднем составлял 62,8%, увеличение их численности от 9 человек до 52 человек, в целом составляло 189 человек, в среднем 27 человек в год. Уровень инвалидности III группы также характеризовался тенденцией роста от 0,03 до 0,16, в среднем составлял 0,08 на 10 тыс. соответствующего населения. Доля инвалидов II группы имела тенденцию к уменьшению от 35,0% до 25,6%, в среднем составляла 30,2% с тенденцией увеличения уровня от 0,02 до 0,06, среднемноголетний показатель составлял 0,04. Наименьшую долю составляли инвалиды I группы, их

удельный вес в среднем составлял 7,0% с уровнем равным 0,009 на 10 тыс. соответствующего населения (Таблица 25).

Таким образом, накопленная инвалидность взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в г. Москве за 2016–2022 гг. характеризовалась:

- увеличением численности накопленного контингента со среднемноголетним темпом роста + 16,5%;
- ростом уровня накопленной инвалидности за счет уровня повторной инвалидности, в том числе среди лиц среднего и старше трудоспособного возрастов;
- преобладанием инвалидов молодого возраста (76,8%) с тенденцией уменьшения их удельного веса;
- преобладанием инвалидов III группы (67,2%) с тенденцией увеличения их доля и уменьшением доли инвалидов II группы, в том числе среди различных возрастных групп;
- в нозологической структуре преобладание инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ, проявляющиеся в виде инфекционных и паразитарных болезней (В 20) – 54,1%, инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции (В 20.0) – 7,7%, вследствие ВИЧ с проявлением множественных инфекций (В 20.7) – 6,5%, наименьшую долю составляли инвалиды вследствие болезней с проявлением злокачественных новообразований (В 21) – 0,5%, с проявлением неходжскинских лимфом – 0,2%, с проявлением других злокачественных новообразований – 0,1%.

Таблица 23 – Структура накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц молодого возраста в г. Москве с учетом тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Накопленный контингент инвалидов в возрасте 18–44 лет			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	1427	100,0	$2,9 \pm 0,12$	45	3,2	$0,09 \pm 0,04$	530	37,1	$1,1 \pm 0,13$	852	59,7	$1,7 \pm 0,13$
2017	1410	100,0	$2,9 \pm 0,12$	49	3,5	$0,10 \pm 0,04$	467	33,1	$1,0 \pm 0,14$	894	63,4	$1,8 \pm 0,13$
2018	1388	100,0	$2,9 \pm 0,12$	49	3,5	$0,10 \pm 0,04$	431	31,1	$0,9 \pm 0,01$	908	65,4	$1,9 \pm 0,13$
2019	1218	100,0	$2,5 \pm 0,12$	28	2,3	$0,06 \pm 0,04$	389	31,9	$0,8 \pm 0,02$	801	65,8	$1,7 \pm 0,13$
2020	1323	100,0	$2,8 \pm 0,12$	42	3,2	$0,09 \pm 0,04$	326	24,6	$0,7 \pm 0,03$	955	72,2	$2,0 \pm 0,13$
2021	1622	100,0	$3,5 \pm 0,12$	49	3,1	$0,11 \pm 0,04$	385	23,7	$0,8 \pm 0,02$	1188	73,2	$2,6 \pm 0,13$
2022	1273	100,0	$2,8 \pm 0,12$	54	3,2	$0,12 \pm 0,04$	284	22,3	$0,6 \pm 0,03$	935	74,5	$2,1 \pm 0,13$
Среднее значение	1380	100,0	$2,9 \pm 0,12$	45	3,3	$0,10 \pm 0,04$	402	29,1	$0,84 \pm 0,02$	933	67,7	$2,0 \pm 0,13$

Таблица 24 – Структура накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц среднего возраста в г. Москве с учетом тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Накопленный контингент инвалидов среднего возраста (45–54 лет – женщины) (45–59 лет – мужчины)			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	226	100,0	$1,04 \pm 0,20$	8	3,5	$0,04 \pm 0,005$	82	36,3	$0,38 \pm 0,03$	136	60,2	$0,62 \pm 0,04$
2017	251	100,0	$1,2 \pm 0,20$	10	3,9	$0,05 \pm 0,005$	87	34,7	$0,40 \pm 0,05$	154	61,4	$0,71 \pm 0,04$
2018	298	100,0	$1,4 \pm 0,20$	10	3,3	$0,05 \pm 0,005$	115	38,6	$0,53 \pm 0,05$	173	58,1	$0,80 \pm 0,03$
2019	290	100,0	$1,3 \pm 0,20$	17	5,9	$0,08 \pm 0,004$	114	39,3	$0,52 \pm 0,05$	159	54,8	$0,73 \pm 0,04$
2020	374	100,0	$1,7 \pm 0,19$	13	3,4	$0,06 \pm 0,004$	99	26,5	$0,45 \pm 0,05$	262	70,1	$1,19 \pm 0,20$
2021	579	100,0	$2,6 \pm 0,18$	26	4,5	$0,12 \pm 0,06$	139	24,0	$0,63 \pm 0,04$	414	71,5	$1,88 \pm 0,20$
2022	598	100,0	$2,2 \pm 0,17$	14	2,3	$0,05 \pm 0,003$	144	24,1	$0,52 \pm 0,04$	440	73,6	$1,60 \pm 0,17$
Среднее значение	374	100,0	$1,6 \pm 0,19$	14	3,7	$0,06 \pm 0,004$	111	29,7	$0,49 \pm 0,05$	249	66,6	$1,1 \pm 0,20$

Таблица 25 – Структура накопленного контингента инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц старше трудоспособного возраста в г. Москве с учетом тяжести инвалидности за 2016–2022 гг. (абс. число, %, на 10 тыс. соответствующего населения, $M \pm m$)

Годы	Накопленный контингент инвалидов старше трудоспособного возраста			Группа инвалидности								
				I			II			III		
	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.	абс. ч.	%	на 10 тыс.
2016	20	100,0	$0,06 \pm 0,02$	4	20,0	0,01	7	35,0	0,02	9	45	0,03
2017	35	100,0	$0,11 \pm 0,05$	1	2,8	0,003	12	34,3	0,04	22	62,9	0,07
2018	36	100,0	$0,11 \pm 0,05$	2	5,5	0,006	11	30,6	0,03	23	63,9	0,07
2019	34	100,0	$0,10 \pm 0,05$	2	5,9	0,006	12	35,3	0,03	20	58,8	0,06
2020	42	100,0	$0,12 \pm 0,05$	3	7,1	0,008	11	26,2	0,03	28	66,7	0,08
2021	57	100,0	$0,16 \pm 0,05$	5	8,8	0,01	17	29,8	0,05	35	61,4	0,10
2022	78	100,0	$0,23 \pm 0,05$	6	7,7	0,02	20	25,6	0,06	52	66,7	0,16
Среднее значение	43	100,0	$0,13 \pm 0,05$	3	7,0	0,009	13	30,2	0,04	27	62,8	0,08

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для изучения клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных характеристик 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%) (Таблица 26).

Таблица 26 – Гендерная структура инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ (абс. число, %)

Всего		Пол			
		мужской		женский	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
303	100,0	179	59,1	124	40,9

Доверительные интервалы не перекрываются [53%, 65%] и [35%, 47%] $p < 0,001$. Для утверждения, что не имеется связи с аналогичной диспропорцией в распределении по полу всего населения, гендерный состав взрослого населения г. Москвы за 2020 г. – женщины 5 851 тыс. (54,73%), мужчины 4 839 тыс. (45,27%) – свидетельствует об обратной диспропорции: женщин больше, чем мужчин.

Средний рост инвалидов 172 см., вес 65 кг, возраст 42 года с индексом массы тела (ИМТ) – 21,9 кг/м² (Таблица 27).

Таблица 27 – Характеристика антропометрических данных инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией

Показатели	Количество	Мин.	1 квартиль	Медиана	Среднее	3 квартиль	Макс.
Рост (см)	301	112	166	172	172,2	178	195
Вес (кг)	301	18,2	56	65	66,8	75	150
Возраст (лет)	303	5	38	42	41,8	46	74
ИМТ (кг/м²)	301	14,4	19,7	21,9	22,4	24,3	42

Коэффициент Стьюдента (p-t) 0,024, критерий Манна-Уитни (p-mu) – 0,005 свидетельствуют, что индекс массы тела у мужчин выше (Таблица 28).

Таблица 28 – Сравнительная характеристика индекса массы тела инвалидов – мужчин и женщин

Женский			Мужской			Коэф. Стьюдента	Критерий Манна-Уитни
Количество	Среднее	Медиана (1,3 кв.)	Количество	Среднее	Медиана (1,3 кв.)	p-t	p-mu
123	21,8	21,1 (19,0; 23,5)	178	22,9	22,2 (20,1; 24,8)	0,024	0,005

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% (Таблица 29).

Таблица 29 – Возрастная структура инвалидов, вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией (абс. ч., %)

Всего		Возрастные группы					
		Молодой (18–44 лет)		Средний (45–54 лет – ж., 45–59 лет – м.)		Старше трудоспособного (55 лет и старше – ж., 60 лет и старше – м.)	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
303	100,0	210	69,0	81	27,0	12	4,0

Как следует из Таблицы 30, доля инвалидов трудоспособного возраста значительно выше доли трудоспособного населения г. Москвы.

Таблица 30 – Сравнительная характеристика по возрастным категориям инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, среди взрослого населения г. Москвы

	Возрастные группы					
	Нетрудоспособный (18–59 лет)		Трудоспособный (18–59 лет – ж.; 18–65 лет – м.)		Пожилой (55 лет и старше – ж.; 60 лет и старше – м.)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Инвалиды	20	6,6	271	89,0	12	4,0
Всего выгружено за период 2016–2022 гг.	1922	15,0	7191	58,0	3367	27,0

Наибольшая плотность больных СПИДом наблюдается в диапазоне от 35 до 50 лет (Рисунок 10).

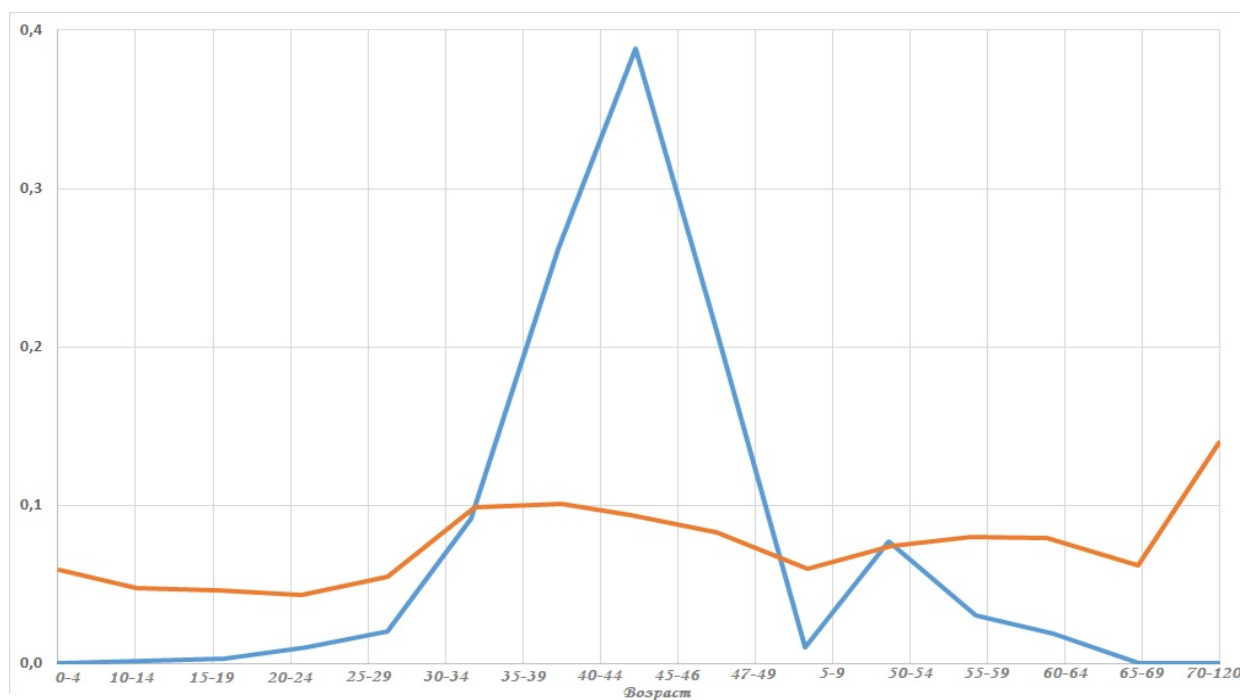


Рисунок 10 – Плотность распределения вероятности возраста

Имеет высшее образование 53 человека (19,9%), среднее – 116 человек (43,6%), среднее общее – 52 человека (19,5%) и основное общее – 42 человека (15,8%) (Таблица 31).

Таблица 31 – Возрастная структура инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с учетом уровня образования

Образование	Кол-во	Возраст					
		Мин.	1 квартиль	Медиана	Среднее	3 квартиль	Макс.
Всего	303	5	38	42	41,8	46	74
Не имеет	3	5	6	7	6,67	7,5	8
Основное общее	42	18	36	41	39,6	45	55
Среднее общее	52	30	38,75	42	41,48	44	60
Среднее	116	24	37,75	41	41,93	46	64
Высшее	53	32	39	43	45,68	52	74
Нет данных	37	20	38	42	41,3	45	56

Из Таблицы 31 и Рисунка 11 следует, что возраст имеющих высшее образование заметно выше остальных. Результаты сравнения по критерию Стьюдента возраста между пациентами с высшим и другими уровнями образования: p основное общее vs высшее = 0,001, p среднее общее vs высшее = 0,027, p среднее vs высшее = 0,017.

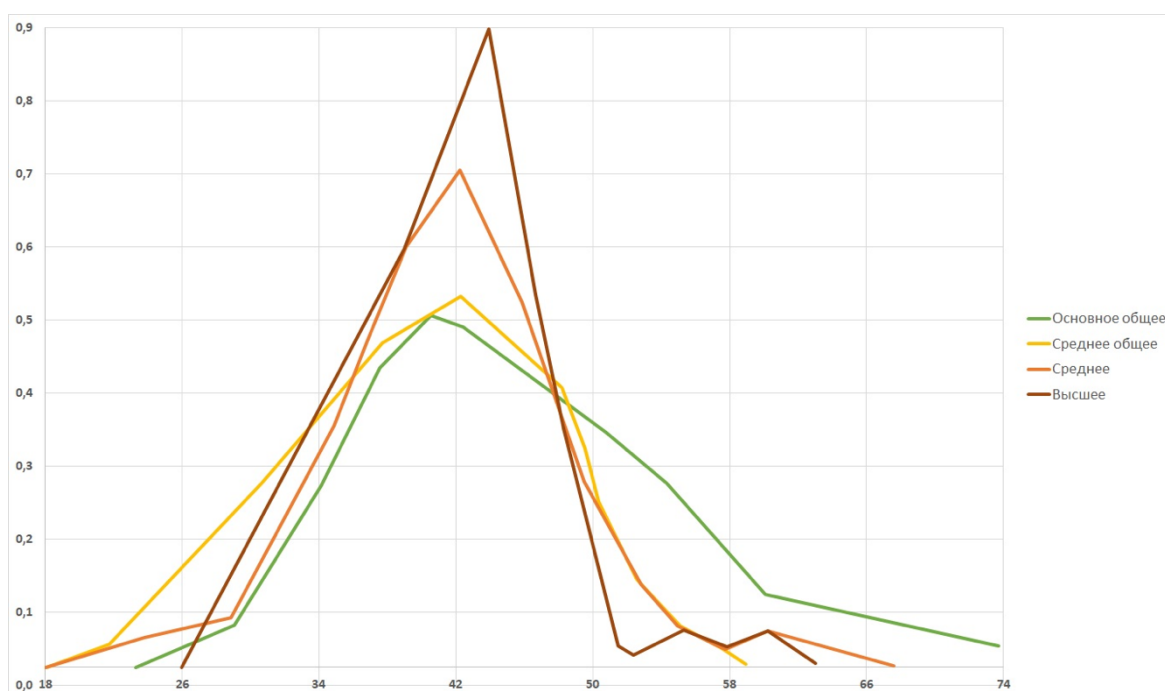


Рисунок 11 – Плотность распределения инвалидов с учетом возраста и уровня образования

Коэффициент порядковой корреляции (по Спирмену) между уровнем образования и возрастом = 0,2, следовательно, возраст имеющих высшее образование статистически значимо выше имеющих другие уровни образования.

Данные Рисунка 12 и Таблицы 31 свидетельствуют, что возраст инвалидов, имеющих высшее образование выше ($M=43,0$), со средним образованием ($M=42$), со средним общим ($M=42,0$), с основным общим ($M=41,0$).

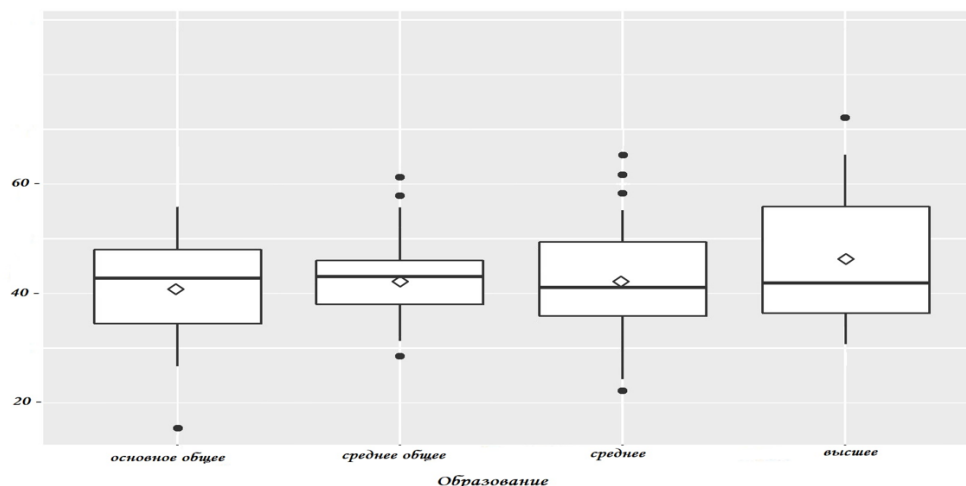


Рисунок 12 – Показатели по возрасту и уровню образования инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции

Заняты трудовой деятельностью 124 инвалида (41%), из них 67 человек (22,1%) заняты неквалифицированным трудом; 13,2 % (40 чел.) в текстильных отраслях, 8,9% – в торговле, 7,6% – водители, в сфере образования – 4,6%, 3,3% – в здравоохранении, 3% – в строительстве.

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% (Таблица 32).

Таблица 32 – Структура контингента инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции по тяжести инвалидности (абс. число, %)

Всего		Группы инвалидности									
		Не установлено		III		II		I		Инвалидность с детства	
абс.ч	уд. вес	абс.ч	уд. вес	абс.ч	уд. вес	абс.ч	уд. вес	абс.ч	уд. вес	абс.ч	уд. вес
303	100,0	9	3,0	187	61,7	88	29,0	16	5,3	3	1,0

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 (7,6%) (Таблица 33).

Таблица 33 – Частотная структура жалоб инвалидов, вследствие болезней, обусловленных ВИЧ (%)

Жалобы	Количество (абс. число)	Удельный вес (%)	Коммулятивный (%)
Общая слабость	188	62,1	16,8
Утомляемость	93	30,7	25,1
Головокружение	78	25,7	32,1
Головная боль	75	24,8	38,8
Боль в конечностях	38	12,5	42,1
Боль в суставах	37	12,2	45,4
Одышка	35	11,6	48,6
Боль в поясничной области	31	10,2	51,3
Потеря веса	29	9,6	53,9
Температура	28	9,2	56,4
Кашель	27	8,9	58,8
Снижение памяти	26	8,6	61,2
Другое	24	7,9	63,3
Тремор, судороги	24	7,9	65,4
Онемение	23	7,6	67,5
Простудные заболевания	23	7,9	71,6
Расстройство стула	22	7,3	73,6
Потливость	22	7,3	75,5
Боль в подреберье	21	6,9	77,4
Слабость в нижних конечностях	21	6,9	73,3
Нарушение сна	21	6,9	81,2
Тошнота, рвота	20	6,6	82,9
Шаткость походки	20	6,6	84,7
Боль в животе	18	5,9	86,3
Кожные высыпания	15	5,0	87,7
Снижение зрения	14	4,6	88,9
Боль в эпигастрии	13	4,3	90,1
Снижения настроения	11	3,6	91,1
Снижение аппетита	11	3,6	92,1

Продолжение Таблицы 33

Жалобы	Количество (абс. число)	Удельный вес (%)	Коммулятивный (%)
Нарушение мочеиспускания	10	3,3	92,9
Изжога, горечь	9	3,0	93,8
Снижение АД	7	2,3	94,4
Затруднение в передвижении	7	2,3	95,0
Звон, шум в ушах	6	2,0	95,5
Обмороки	6	2,0	96,1
Жажда, сухость	6	2,0	96,6
Учащенное сердцебиение	5	1,7	97,1
Снижение внимания	4	1,3	97,4
Нарушение сферы деятельности	4	1,3	97,8
Заторможенность	4	1,3	98,1
Кожный зуд	4	1,3	98,5
Снижение слуха	4	1,3	98,8
Снижение зрения	4	1,3	99,2
Носовые кровотечения	4	1,3	99,6
Боль в поясничной области позвоночника	3	1,0	99,8
Метеочувствительность	2	0,7	100,0

Из дендрограммы (Рисунок 13) видно, что на самом верхнем уровне имеется два устойчивых кластера: первый связан с внутренними заболеваниями, а второй с опорно-двигательной системой. Внутри первого кластера верхнего уровня выделяются устойчивые кластеры: головная боль, головокружение, общая слабость, утомляемость, нарушение пищеварения ($p\text{-value}=94$), кашель, одышка, потливость, температура ($p\text{-value}=81$), обмороки, эмоциональные, когнитивные нарушения ($p\text{-value}=82$), тахикардия, сердечно-сосудистые нарушения ($p\text{-value}=83$). Внутри второго кластера верхнего уровня выделяют кластеры: шаткость в походке, слабость в конечностях, звон в ушах, онемение ($p\text{-value}=98$), боль в конечностях, отеки, затруднение движения, тремор, судороги ($p\text{-value}=77$), боль в поясничной области, заторможенность ($p\text{-value}=76$).

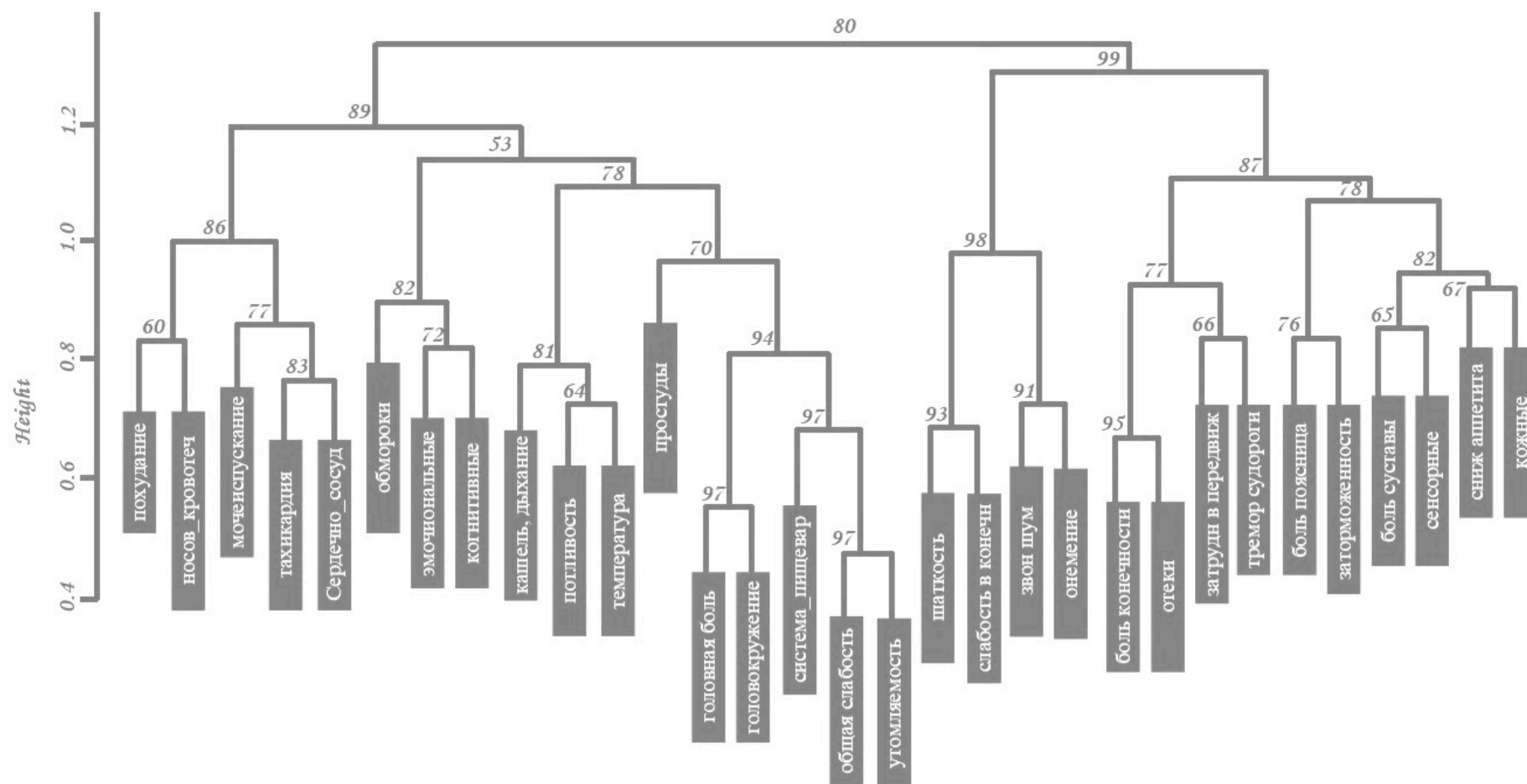


Рисунок 13 – Дендрограмма клинических данных инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией (%)

Изучение жалоб в зависимости от стадии болезни показало, что жалобы на простудные заболевания отмечали 17 человек из 154 (11%) при $\leq 4Б$ стадии болезни, против 6 человек из 149 (4%) при 4В стадии ($p=0,037$). Слабость в нижних конечностях отмечали 6 человек из 154 (3,9%) при стадии $\leq 4Б$, и 15 человек из 149 (10,1%) при 4В стадии ($p=0,05$). На утомляемость жаловались 29 человек из 64 (42,3%) при стадии $\leq 4Б$ и 64 человека из 239 (26,8%) при стадии $\geq 4Б$ ($p=0,007$). При увеличении стадии болезни отмечалось уменьшение числа жалоб на простудные заболевания, утомляемость и увеличение жалоб на слабость в конечностях ($r=0,15$), заторможенность ($r=0,12$), звон в ушах ($r=0,12$), звон в ушах ($r=0,11$), головокружение и снижение памяти ($r=0,1$).

Выявлены статистически значимые коэффициенты корреляции по Спирмену между наличием жалоб и группой инвалидности: так на снижение веса жаловались 9 человек из 196 (4,6%) при III группе инвалидности и 20 человек из 107 (18,7%) при II–I группах инвалидности ($p=0$, $\text{cor}=0,24$). На слабость в конечностях жаловались 9 человек (4,6%) при III группе инвалидности и 12 человек (11,2%) при I–II группах инвалидности ($p=0,053$, $\text{cor}=0,15$). Таким образом, при утяжелении группы инвалидности доля жалоб на снижение веса и слабость в конечностях увеличивается.

Между болями в конечностях и нарушениями функций сердечно-сосудистой системы отмечается прямая слабая корреляция ($r = 0,15$), а также между болями в поясничной области и сердечно-сосудистой системой ($r=0,16$). Между потерей веса и нарушениями пищеварительной системы – прямая средней силы корреляция ($r=0,27$) и суммарными нарушениями – прямая средней силы корреляция ($r=0,25$). Также прямая слабая корреляции отмечалась между заторможенностью и сенсорными слуховыми нарушениями ($r=0,16$), между затруднениями в передвижение и статодинамических функций ($r=0,20$), между кашлем и нарушением функций дыхательной системы ($r=0,17$), между тремором, судорогами и нейромышечными нарушениями ($r=0,15$), между когнитивными жалобами и нарушением языковых и речевых функций ($r=0,18$), между трофическими нарушениями и нарушениями сердечно-сосудистой системы ($r=0,17$).

В Таблице 34 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%).

Таблица 34 – 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

В Таблице 35 представлены только статистически значимые коэффициенты корреляции, то есть при расчете коэффициента корреляции кроме вычисления самого коэффициента корреляции R , вычисляется еще p -значение (или p -value или P_{trend}) как результат проверки нулевой гипотезы: «Коэффициент корреляции не отличается от 0». Например для трех пациентов один показатель имеет значение 1, 3, а другой 2, 1, 4 соответственно. Коэффициент порядковой (ранговой) корреляции Спирмена $R = 0,5$, а $p = 1$. Это означает, что коэффициент корреляции статистически незначим, так как p для него $> 0,05$.

Таблица 35 – Статистические значимые коэффициенты корреляции по Спирмену между жалобами и нарушением функций

Клинические признаки	Название функций												
	Психические	Языковые, речевые	Сенсорные	Сенсорные слуховые	Сенсорные зрительные	Нейромышечные, скелетные и связанные с движением	Сердечно-сосудистая система	Дыхательная система	Система крови, иммунной системы	Мочевыделительная система	Кожа и связанной с ней систем	Обусловленные другими внешними	Суммарные нарушения
Боль в конечностях							0,16						
Боль в поясничной области							0,16						
Потеря веса									0,27	0,16			0,25
Головокружение										0,22			
Заторможенность				0,16									
Затруднение в передвижении	0,18					0,2							
Шаткость походки												0,22	
Кашель								0,17				0,18	
Нарушение мочеиспускания										0,25			
Общая слабость						-0,15							
Потливость							-0,15						
Простудные заболевания									-0,18				
Слабость в конечностях									0,16				0,17
Обмороки									-0,15				
Тремор, судороги						0,15	0,18						
Утомляемость						-0,15							
Носовые кровотечения					0,16								
Сенсорные нарушения				0,26	0,3	0,18							
Сердечно-сосудистые нарушения								0,26				0,15	
Когнитивные нарушения		0,18				0,15				0,16			
Трофические нарушения							0,17			0,15	0,31		

Как следует из Таблицы 36, доля мужчин при утяжелении стадии болезни от 3–4Б до 4В уменьшается: 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 увеличивается от 34,4% до 47,7%.

Таблица 36 – Характеристика инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом стадии болезни и пола (абс. число, %)

Стадии болезни	Всего		Число мужчин		Число женщин		P	S
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
$\leq 4Б$	154	100,0	101	65,6	53	34,4	0,03	-0,14
4В	149	100,0	78	52,3	71	47,7		

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. Нарушение сенсорных функций в 13,9% отмечались незначительные, в 0,7% умеренные, 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% (67 человек) – незначительные, в 3% (9 человек) – умеренные и 1,3% случаев – выраженные. Нарушение дыхательной системы в 15,5% (47) – незначительные, в 2% умеренные и в 0,7% выраженные. Нарушение функций пищеварительной системы регистрировались в 38,9% (115) незначительные, в 4,6% умеренные, в 1,3% выраженные. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма в 4,3% отмечались незначительные, в 0,7% умеренные. Нарушение функций системы крови и иммунной системы в 3,0% незначительные, в 62,7% (190) умеренные, в 28,4% случаев (86) выраженные и в 5,3% (16) значительно выраженные. Суммарные нарушения в 3% отмечались незначительные, в 62,7% (190) умеренные, в 23,4% (71) выраженные и в 10,9% (33) значительно выраженные (Таблица 37). Статистически значимой корреляции между нарушениями функций и полом не выявлено.

Таблица 37 – Характеристика нарушений функций организма инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ по степени их выраженности (абс. число, %)

Нарушение функций организма	Степень выраженности									
	Отсутствуют нарушения		Незначительные		Умеренные		Выраженные		Значительно выраженные	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Психические	289	95,4	11	3,6	2	0,7	1	0,3	-	-
Языковые, речевые	302	99,7	-	-	-	-	1	0,3	-	-
Сенсорные	259	85,5	42	13,9	2	0,7	-	-	-	-
Сенсорные слуховые	295	97,4	7	2,3	1	0,3	-	-	-	-
Сенсорные зрительные	269	88,8	33	10,9	1	0,3	-	-	-	-
Нейромышечные (статодинамические)	152	50,2	110	36,3	33	10,9	7	2,3	1	0,3
Сердечно-сосудистой системы	223	73,6	97	22,1	9	3	4	1,3	-	-
Дыхательной системы	248	81,8	47	15,5	6	2	2	0,7	-	-
Пищеварительной системы	170	56,1	115	38,9	14	4,6	4	1,3	-	-
Эндокринной системы и метаболизма	287	94,7	13	4,3	2	0,7	1	0,3	-	-
Системы крови и иммунной системы	2	0,7	9	3	190	62,7	86	28,4	16	5,3
Мочевыделительной системы	290	95,7	6	2	3	1	4	1,3	-	-
Кожи и связанных с ней систем	292	96,4	9	3	1	0,3	1	0,3	-	-
Обусловленные физическим внешним уродством	301	99,3	-	-	2	0,7	-	-	-	-
Суммарные нарушения	-	-	9	3	190	62,7	71	23,4	33	10,9

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. Нарушение сенсорных функций в 13,9% отмечались незначительные, в 0,7% умеренные, сенсорные зрительные в 10,9% (33) – 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. Нарушения сердечно-сосудистой системы в 22,1% (67) – незначительные, в 3% (9 человек) умеренные и 1,3% случаев выраженные. Нарушение дыхательной системы в 15,5% (47) незначительные, в 2% умеренные и в 0,7% выраженные. Нарушение функций пищеварительной системы регистрировались в 38,9% (115) незначительные, в 4,6% умеренные, в 1,3% выраженные. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма в 4,3% отмечались незначительные, в 0,7% умеренные. Нарушение функций системы крови и иммунной системы в 3,0% незначительные, в 62,7% (190) умеренные, в 28,4% случаев (86) – выраженные и в 5,3% (16) – значительно выраженные. Суммарные нарушения в 3% отмечались незначительные, в 62,7% (190) умеренные, в 23,4% (71) выраженные и в 10,9% (33) значительно выраженные. Статистически значимой корреляции между нарушениями функций и полом не выявлено.

Незначительные нарушения психических функций отмечались в 78,7% среди инвалидов молодого возраста, в 27,3% среди лиц среднего возраста ($p=0,934$). Нарушения сенсорных функций незначительные регистрировались в 59,5% среди лиц молодого возраста, в 35,7% случаев среди лиц среднего возраста и в 4,76% среди старше трудоспособного возраста ($p=0,052$). Нарушения сенсорных слуховых функций незначительные в 57,1%, 28,6% и 14,3% соответственно по возрастным группам ($p=0,112$), незначительные сенсорные зрительные в 63,6%, 33,3% и 30% соответственно ($p=0,366$) (Таблица 38).

Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций незначительные отмечались в 60,9% среди

инвалидов молодого возраста, в 33,6% среди инвалидов среднего возраста и 5,45% среди инвалидов старше трудоспособного возраста ($p=0,218$), умеренные – в 72,7%, 18,2% и 9,09% соответственно по возрастным группам, выраженные в 71,4% среди лиц молодого возраста, в 28,6% среди лиц среднего возраста.

Нарушения функций сердечно-сосудистой системы незначительные отмечались в 59,7% у лиц молодого возраста, в 31,3% среди лиц среднего возраста и в 8,96% среди лиц старше трудоспособного возраста ($p=0,004$, $r=0,14$), умеренные в 66,7%, 22,2% и 11,1% соответственно по возрастным группам, выраженные категориям в 50% и 25% соответственно по возрастным группам.

Нарушения функций дыхательной системы в 66% у лиц молодого возраста и в 34% среди лиц среднего возраста, умеренные в 66,7% и 16,7% соответственно по возрастным показателям ($p=0,913$).

Нарушение функций пищеварительной системы отмечались незначительные в 71,4% среди инвалидов молодого возраста, в 26,1% среди инвалидов среднего и в 2,6% среди инвалидов старше трудоспособного возраста ($p=0,784$).

Нарушения функций эндокринной системы и метаболизма незначительные отмечались в 53,8% среди лиц молодого возраста, в 30,8% случаев среди лиц среднего возраста и в 15,4% среди лиц старше трудоспособного возраста ($r=0,14$, $p=0,007$), умеренные и выраженные в 100% среди лиц среднего возраста.

Нарушения функций системы крови и иммунной системы неуточненные 55,6%, 33,3% и 11,1% среди инвалидов соответственно 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 соответственно в 68,8%, 25% и 6,25% ($p=0,951$). Суммарные нарушения, значительно выраженные в 66,7%, 30,3% и 3,03%, выраженные в 70,4%, 22,5% 7,04%, умеренные – в 70%, 27,4%, 2,63% соответственно по возрастным группам.

Таблица 38 – Характеристика нарушенных функций организма инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом возрастных групп (абс. число, %)

Нарушение функций организма	Степень нарушения	Возрастная группа						P trend
		18–44 лет		45–54 лет – ж.		55 лет и старше – ж.		
				45–59 лет – м.		60 лет и старше – м.		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Психические	Норма	200	69,2	77	26,6	12	4,15	0,938
	Незначительные	8	72,7	3	27,3	-	-	
	Умеренные	2	100	-	-	-	-	
	Выраженные	-	-	1	100	-	-	
Языковые и речевые	Норма	210	69,5	80	26,5	12	3,97	0,237
	Выраженные	-	-	1	100	-	-	
Сенсорные	Норма	185	71,4	64	24,7	10	3,86	0,052
	Незначительные	25	59,5	15	35,7	2	4,76	
	Умеренные	-	-	2	100	-	-	
Сенсорные слуховые	Норма	206	69,8	78	26,4	11	3,73	0,112
	Незначительные	4	57,1	2	28,6	1	14,3	
	Умеренные	-	-	1	100	-	-	
Сенсорные зрительные	Норма	189	70,3	69	25,7	11	4,09	0,366
	Незначительные	21	63,6	11	33,3	1	3,03	
	Умеренные	-	-	1	100	-	-	
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением	Норма	113	74,3	36	23,7	3	1,97	0,218
	Незначительные	67	60,9	37	33,6	6	5,45	
	Умеренные	24	72,7	6	18,2	3	9,09	
	Выраженные	5	71,4	2	28,6	-	-	
	Значительно выраженные	1	100	-	-	-	-	
Сердечно-сосудистая система	Норма	162	72,6	57	25,6	4	1,79	0,004
	Незначительные	40	59,7	21	31,3	6	8,96	
	Умеренные	6	66,7	2	22,2	1	11,1	
	Выраженные	2	50	1	25	1	25	

Продолжение Таблицы 38

Нарушение функций организма	Степень нарушения	Возрастная группа						P trend
		18–44 лет		45–54 лет – ж.		55 лет и старше – ж.		
				45–59 лет – м.		60 лет и старше – м.		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Дыхательная система	Норма	173	69,8	64	25,8	11	4,44	0,913
	Незначительные	31	66	16	34	-	-	
	Умеренные	4	66,7	1	16,7	1	16,7	
	Выраженные	2	100	-	-	-	-	
Пищеварительная система	Норма	115	67,6	48	28,2	7	4,12	0,784
	Незначительные	82	71,3	30	26,1	3	2,61	
	Умеренные	10	71,4	3	21,4	1	7,14	
Эндокринная система и метаболизм	Норма	203	70,7	74	25,8	10	3,49	0,007
	Незначительные	7	53,8	4	30,8	2	15,4	
	Умеренные	-	-	2	100	-	-	
	Выраженные	-	-	1	100	-	-	
Система крови и иммунной системы	Норма	1	50	1	50	-	-	0,951
	Незначительные	5	55,6	3	33,3	1	11,1	
	Умеренные	133	70	52	27,4	5	2,63	
	Выраженные	60	69,8	21	24,4	5	5,81	
	Значительно выраженные	11	68,8	4	25	1	6,25	
Мочевыделительная система	Норма	200	69	78	26,9	12-	4,14	0,407
	Незначительные	5	83,3	1	16,7	-	-	
	Умеренные	1	33,3	2	66,7	-	-	
	Выраженные	4	100	-	-	-	-	
Кожа и связанные с ней системы	Норма	200	68,5	80	27,4	12	4,11	0,132
	Незначительные	8	88,9	1	11,1	-	-	
	Умеренные	1	100	-	-	-	-	
	Выраженные	1	100	-	-	-	-	

Продолжение Таблицы 38

Нарушение функций организма	Степень нарушения	Возрастная группа						P trend
		18–44 лет		45–54 лет – ж.		55 лет и старше – ж.		
				45–59 лет – м.		60 лет и старше – м.		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	Норма	208	69,1	81	26,9	12	3,99	0,375
	Умеренные	2	100	-	-	-	-	
Суммарные нарушения	Незначительные	5	55,6	3	33,3	1	11,1	0,926
	Умеренные	133	70	52	27,4	5	2,63	
	Выраженные	50	70,4	16	22,5	5	7,04	
	Значительно выраженные	22	66,7	10	30,3	1	3,03	

С увеличением возраста возрастают нарушения сенсорных функций, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и метаболизма, системы крови и иммунной системы.

Незначительные нарушения психических функций инвалидов отмечается при 4А стадии (27,3%), 4Б стадии (36,4%) и 4В стадии в 36,4% случаях. Нарушение сенсорных функций организма инвалидов отмечалось при 4А и 4Б стадиях болезни в 28,6 и 38,1% случаев соответственно, сенсорных слуховых – незначительные при 4А стадии в 28,6%, при 4Б стадии – в 42,9% и в 28,6% при 4В стадии болезни, сенсорные зрительные у 7 инвалидов (21,2%) при 4А стадии и у 13 человек (39,4%) при 4Б стадии. Нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций незначительные при 3 стадии болезни (3,64%), у 26 человек (23,6%) при 4А стадии и в 26,4% (29 человек) при 4Б стадии болезни, умеренные – при 4А стадии и 4Б стадиях (9,09 и 36,4%), выраженные при 4Б стадии в 14,3% случаев, наибольший удельный вес – 85,7% при 4В стадии болезни.

Отмечались незначительные нарушения функций сердечно-сосудистой системы при 3 стадии в 1,49% случаев, при 4А стадии – у 13 человек (19,4%), при 4Б стадии у 23 человек (34,3%), умеренные нарушения при 3 и 4В стадиях в 11,1% случаев, при 4А – в 33,3% и в 44,4% при 4Б стадиях болезни, выраженные – в 75% при 4Б стадии и в 25% при 4В стадии.

Незначительные нарушения функций дыхательной системы организма отмечалось при 3, 4А, 4Б стадиях, умеренные в 33,3% при 4В стадии и в 66,7% при 4В стадии ($r=0,09$).

Нарушение функций пищеварительной системы незначительные отмечались при 4А и 4Б стадиях в 27,8 и 33,9% соответственно, умеренные в 21,4% при 4А и 4Б стадиях, и в 57,1% при 4В стадии, выраженные в 50% случаях при 4Б и 4В стадиях.

Незначительные нарушения эндокринной системы и метаболизма отмечались при 4А, 4Б стадиях в 27,1% случаях и в 57,1% случаев при 4В стадии, умеренные и выраженные нарушения при 4Б и 4В стадиях (Таблица 39).

Таблица 39 – Характеристика выраженности нарушенных функций организма инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в зависимости от стадии заболевания (абс. число, %)

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Стадии болезни							
		3		4А		4Б		4В	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Психические	Норма	7	2,42	54	18,7	85	29,4	143	49,5
	Незначительные	-	-	3	27,3	4	36,4	4	36,4
	Умеренные	-	-	-	-	-	-	2	100
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-
Языковые, речевые	Норма	7	2,32	57	18,9	89	29,5	149	49,3
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-
Сенсорные	Норма	7	2,7	45	17,4	73	28,2	134	51,7
	Незначительные	-	-	12	28,6	16	38,1	-	-
	Умеренные	-	-	-	-	1	50	1	50
Сенсорные слуховые	Норма	7	2,37	55	18,6	86	29,2	147	49,8
	Незначительные	-	-	2	28,6	3	42,9	2	28,6
	Умеренные	-	-	-	-	1	100	-	-
Сенсорные зрительные	Норма	7	2,6	-	-	77	28,6	135	50,2
	Незначительные	-	-	7	21,2	13	39,4	-	-
	Умеренные	-	-	-	-	-	-	1	100
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) функции	Норма	3	1,97	28	18,4	48	31,6	73	48
	Незначительные	4	3,64	26	23,6	29	26,4	-	-
	Умеренные	-	-	3	9,09	12	36,4	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	1	14,3	6	85,7
	Значительно выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100
Сердечно-сосудистая система	Норма	5	2,24	41	18,4	-	-	117	52,5
	Незначительные	1	1,49	13	19,4	23	34,3	-	-
	Умеренные	1	11,1	3	33,3	4	44,4	1	11,1
	Выраженные	-	-	-	-	3	75	1	25

Продолжение Таблицы 39

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Стадии болезни							
		3		4А		4Б		4В	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Дыхательная система	Норма	6	2,42	53	21,4	-	-	119	48
	Незначительные	1	2,13	4	8,51	18	38,3	-	-
	Умеренные	-	-	-	-	2	33,3	4	66,7
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	2	100
Пищеварительная система	Норма	7	4,12	22	12,9	41	27,1	95	55,9
	Незначительные	-	-	32	27,8	39	33,9	-	-
	Умеренные	-	-	3	21,4	3	21,4	8	57,1
	Выраженные	-	-	-	-	2	50	2	50
Эндокринная система и метаболизм	Норма	7	2,44	54	18,8	86	30	-	-
	Незначительные	-	-	3	23,1	3	23,1	8	57,1
	Умеренные	-	-	-	-	1	50	1	50
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100
Система крови и иммунная система	Норма	-	-	-	-	1	50	1	50
	Незначительные	5	55,6	4	44,4	-	-	-	-
	Умеренные	2	1,05	52	27,4	53	27,9	-	-
	Выраженные	-	-	1	1,16	35	40,7	-	-
	Значительно выраженные	-	-	-	-	1	6,25	-	-
Мочевыделительная система	Норма	6	2,07	54	18,6	89	30,7	141	48,6
	Незначительные	1	16,7	2	33,3	1	16,7	2	33,3
	Умеренные	-	-	1	33,3	-	-	2	66,7
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	4	100
Кожи и связанные с ней системы	Норма	7	2,4	55	18,8	86	29,5	144	49,3
	Незначительные	-	-	2	22,2	3	33,3	4	44,4
	Умеренные	-	-	-	-	1	100	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100

Продолжение Таблицы 39

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Стадии болезни							
		3		4А		4Б		4В	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Обусловленные физическим внешним уродством	Норма	7	2,33	57	18,9	89	29,6	148	49,2
	Умеренные	-	-	-	-	-	50	1	50
Суммарные нарушения	Незначительные	5	55,6	4	44,4	-	-	-	-
	Умеренные	2	1,05	52	27,4	53	27,9	-	-
	Выраженные	-	-	1	1,41	29	40,8	-	-
	Значительно выраженные	-	-	-	-	8	24,2	-	-

Нарушения функций системы крови и иммунной системы незначительные отмечались при 3 и 4А стадиях, умеренные – в 27,4% при 4А и 4Б стадиях, выраженные – в 40,7% случаев при 4Б стадии и значительно выраженные в 6,25% при 4Б стадии ($r=0,35$).

Суммарные нарушения незначительные отмечались при 3 и 4А стадиях (55,6% и 44,4%), умеренные – при 4А и 4Б стадиях (27,4–27,9%), выраженные в 40,9% и значительно выраженные в 24,2% при 4Б стадии ($r = 0,35$).

В группе $\leq 4А$ стадии число инвалидов с незначительным нарушением функций дыхательной системы составляло 4 (78%), а в группе со стадией 4Б и больше – 18 человек из 239 (38,3%), $p=0,0026$. В группе с 3 стадией число инвалидов с нарушением функций системы крови и иммунной системы умеренно и выше составляло 2 из 7 (28,6%), а в группе со стадией 4А и выше составляло 290 из 296 (98%), $p<0,001$. В группе с 3 стадией число инвалидов с суммарными нарушениями умеренными и выше составляло 2 человека из 7 (28,6%), а в группе 4А и выше – 290 человек из 296 (98%), $p<0,001$ (Таблица 39).

Уровень CD4+ лимфоцитов у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции > 350 кл/мкл в 2,11% регистрировался при 3 стадии болезни, в 30,5% (29 человек) при 4Б стадии и в 46,3% (44 человек) 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 ($p=0,033$) (Таблица 40).

Алгоритм вычисления коэффициента порядковой корреляции (R) для Таблицы 40: первый показатель – для каждого пациента в соответствии с уровнем лимфоцитов выставляется ранг (порядковый номер): 1 если показатель больше 350 кл/мкл, 2 – 200–350 кл/мкл, 3 – 100–200 кл/мкл, 4 – меньше 100 кл/мкл. Для второго показателя 1 если стадия 3, 2 – 4А, 3 – 4Б, 4 – 4В. Затем вычисляется

ранговый коэффициент корреляции Спирмена, который определяет соответствие между уровнем лимфоцитов и стадией как один коэффициент корреляции. В скобках – р значение коэффициента корреляции.

Таблица 40 – 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	

Уровень CD8+ лимфоцитов < 40% отмечался в 2,3% при 3 стадии болезни, в 14% – при 4А, 30,2% при 4Б и наибольший удельный вес данного уровня регистрировался при 4В стадии, в динамике имел тенденцию к увеличению с утяжелением болезни. Уровень CD8+ лимфоцитов в границах 40–50% отмечался в 5,56% при 3 стадии болезни, в 20,4% при 4А, в 25,9% при 4Б и в 48,1% при стадии 4В; имел аналогичную тенденцию как и уровень CD8+ лимфоцитов < 40%. Уровень CD8+ лимфоцитов 50–60% отмечался в 20,8% при 4А стадии, у 13 человек (24,5%) при 4Б стадии и в 54,7% (29 человек) при 4В стадии. Уровень CD8+ лимфоцитов в границах 60–70% в 18,4% отмечался при 4А стадии, в 42,9% при 4Б и в 38,8% при 4В стадии. Уровень CD8+ лимфоцитов > 70% регистрировался в 3,45% при 3 стадии, в 17,2% при 4А, в 27,6% при 4Б и в 51,7% при 4В стадии (p=0,793) (Таблица 41).

У инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции уровень CD4+ лимфоцитов < 100 кл/мкл отмечается у 49 человек (17,4%), уровень в границах 100–200 кл/мкл у 60 человек (21,3%), уровень 200–350 кл/мкл – в 27,7% (78 человек). Наибольший удельный вес составлял уровень > 350 кл/мкл – 33,7% (Таблица 42).

Таблица 41 – Динамика уровней CD8+ лимфоцитов у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в зависимости от стадии болезни (абс. число, %)

Уровень CD8+ лимфоцитов	Стадии болезни								R (p)
	3		4А		4Б		4В		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
< 40 %	1	2,33	6	14,0	13	30,2	23	53,5	-0,03 (0,63)
40–50%	3	5,56	11	20,4	14	25,9	26	48,1	
50–60%	-	-	11	20,8	13	24,5	29	54,7	
60–70%	-	-	9	18,4	21	42,9	19	38,8	
> 70 %	1	3,45	5	17,2	8	27,6	15	51,7	

Таблица 42 – Структура уровней CD4+ лимфоцитов в крови инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции (абс. число, %)

Уровень CD4+ лимфоцитов	абс. ч.	% от общего числа
> 350 кл/мкл	95	33,7
200–350 кл/мкл	78	27,7
100–200 кл/мкл	60	21,3
< 100 кл/мкл	49	17,4
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 43).

Таблица 43 – Структура уровней CD8+ лимфоцитов в крови инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции (абс. число, %)

Уровень CD8+ лимфоцитов	абс. ч.	% 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

Боль в подреберье отмечалась у 2 пациентов из 90 (2,2%) при уровне CD8+ лимфоцитов < 50% против 13 человек из 121 (10,7%) при уровне CD8+ лимфоцитов > 50%. (p=0,035). Тремор, судороги отмечались у 7 человек из 139 (5,0%) при

уровне CD8+ лимфоцитов < 60% против 11 человек из 72 (15,3%) при уровне CD8+ лимфоцитов > 60% ($p=0,024$).

Снижение веса отмечалось у 15 человек из 214 (7%) при уровне CD4+ лимфоцитов больше 100 кл/мкл против 11 человек из 44 (25%) при уровне меньше 100 кл/мкл ($p=0,001$).

Температура отмечалась у 15 человек из 214 (7%) при уровне CD4+ лимфоцитов больше 100 кл/мкл против 9 человек из 44 (20,5%) при уровне CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл ($p=0,012$) (Таблица 44).

Таблица 44 – Корреляционные связи между жалобами и уровнями CD4+ и CD8+ лимфоцитов инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции

Жалоба	Лабораторные показатели	Уровень показателя	Всего (абс. ч.)	С данным симптомом	Удельный вес (%)	p
Боль в подреберье	CD8+	< 50%	90	2	2,2	0,035
		> 50%	121	13	10,7	
Тремор, судороги	CD8+	< 60%	139	7	5	0,024
		> 60%	72	11	15,3	
Снижение веса	CD4+	> 100 кл/мкл	214	15	7	<0,001
		< 100 кл/мкл	44	11	25	
Гипертермия	CD4+	> 100 кл/мкл	214	15	7	0,012
		< 100 кл/мкл	44	11	20,5	

Как следует из Таблицы 45, удельный вес уровня CD4+ лимфоцитов при III группе инвалидности имел тенденцию к снижению с показателем > 350 кл/мкл 83,2% до 28,6% с показателем < 100 кл/мкл; при II группе инвалидности удельный вес уровня CD4+ лимфоцитов имел тенденцию к увеличению от 10,5% при значении > 350 кл/мкл до 44,9% с показателем < 100 кл/мкл; аналогичную тенденцию отмечали и в I группе инвалидности: изменение удельного веса уровня CD4+ лимфоцитов от 1,28% с уровнем 200–350 кл/мкл до 26,5% с уровнем <100 кл/мкл ($p<0,001$).

Уровень CD8+ лимфоцитов < 40% зарегистрирован в 67,4% случаев, 40–50% в 74,1%, 50–60% в 69,8%, 60–70% в 55,1%, > 70% в 44,8% при III группе инвалидности. Увеличение удельного веса уровня CD8+ лимфоцитов по схожей тенденции отмечено и в других группах инвалидности ($p=0,016$) (Таблица 45).

Таблица 45 – Частотная характеристика сопряженности между уровнями CD4+ и CD8+ лимфоцитов и тяжестью инвалидности (абс. число, %)

Лимфоциты	Уровень	Группа инвалидности										Ptrend
		Не установлено		III		II		I		Инвалид с детства		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
CD4+	> 350 кл/мкл	3	3,16	79	83,2	10	10,5	-	-	3	3,2	<0,031
	200–300 кл/мкл	5	6,41	57	73,1	15	19,2	1	1,28	-	-	
	100–200 кл/мкл	-	-	31	51,7	29	48,3	-	-	-	-	
	< 100 кл/мкл	-	-	14	28,6	22	44,9	13	26,5	-	-	
CD8+	<40%	-	-	29	67,4	11	25,6	1	2,33	2	4,7	0,016
	40–50%	4	7,41	40	74,1	8	14,8	1	1,85	1	1,9	
	50–60%	-	-	37	69,8	12	22,6	4	7,55			
	60–70%	-	-	97	55,1	20	40,8	2	4,08			
	> 70%	-	-	13	44,8	11	37,9	5	17,2			

Для визуализации связей между жалобами и уровнями CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов использован биplot с анализом соответствий. Для указанного биplotа имеется положительная связь, если угол, исходящий из угла центра координат и соединяющий жалобу и уровень CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов, острый (Рисунок 14).

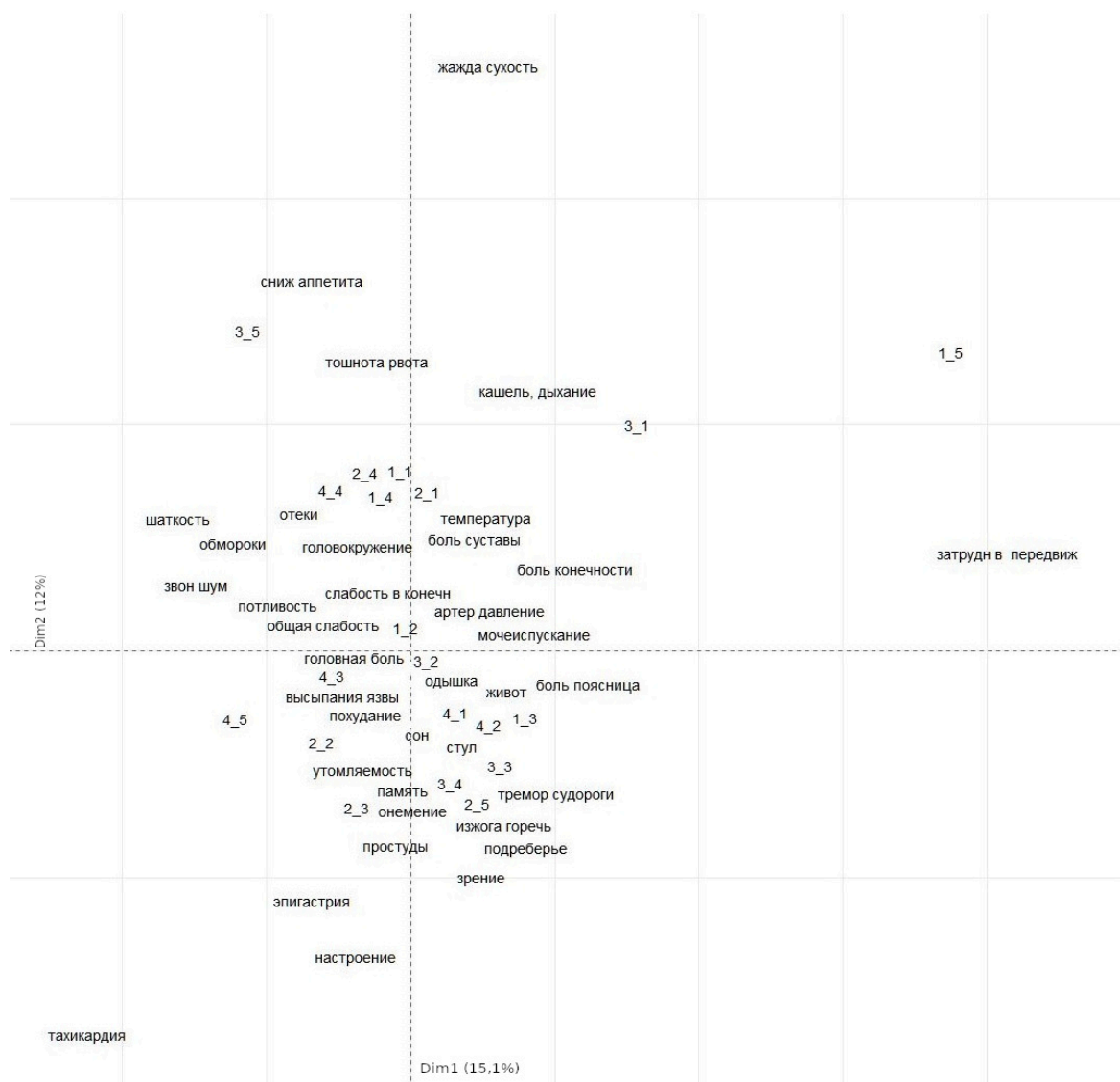


Рисунок 14 – Соответствие между уровнями CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов и основными жалобами на основании биplot анализа

Из Рисунка 15 следует, что наибольшая связь имеется между похудением и низким уровнем CD4⁺, между тремором и судорогами и высоким уровнем CD8⁺, нарушением системы пищеварения и низким уровнем CD4⁺ и высоким уровнем CD8⁺, между температурой и высоким уровнем CD4⁺ лимфоцитов, между потливостью и высоким уровнем CD8⁺ лимфоцитов.

Удельный вес незначительных нарушений психических функций в динамике уменьшается со снижением уровня CD4+ лимфоцитов, умеренные и выраженные нарушения отмечались при уровне CD4+ 100–200 кл/мкл. Незначительные нарушения сенсорных функций отмечены при уровнях >350 кл/мкл и 200–350 кл/мкл (33,3% и 28,6%), умеренные в 50% при указанных уровнях CD4+, сенсорные зрительные – в 21,2% и 18,2% незначительные при уровне 100–200 кл/мкл и менее 100 кл/мкл соответственно.

Незначительные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций отмечались у 42 человек (40,4%) при уровне CD4+ > 350 кл/мкл, умеренные нарушения отмечались при уровнях менее 350 кл/мкл, выраженные при уровне менее 100–200 кл/мкл, значительно выраженные при уровне CD4+ < 100 кл/мкл. Нарушения функций сердечно-сосудистой системы незначительные в 43,8% при уровне >350 кл/мкл и в 12,5% при уровне ниже 200 кл/мкл, умеренные нарушения при уровне >350 кл/мкл в 55,6% и при уровне 200–350 – в 33,3% случаев. Выраженные нарушения в 66,7% при уровне CD4+ менее 100 кл/мкл.

Нарушения функций дыхательной системы незначительные отмечались при уровне CD4+ от 100 кл/мкл и выше, в 16,3% при уровне <100 кл/мкл, умеренные в 66,7% при уровне >350 кл/мкл. Нарушение функций системы крови и иммунной системы незначительные при уровне > 350 кл/мкл – 37,5%, и в 62,5% при уровне 200–350 кл/мкл, умеренные – у 82 человек (44,8%) при уровне > 350 кл/мкл и в 31,1% (57 человек) при уровне 200–350 кл/мкл, выраженные в 19,7% при уровне 200–350 кл/мкл и в 31,2% (29 человек) при уровне 100–200 кл/мкл, значительно выраженные при уровне 200–350 кл/мкл.

Суммарные нарушения незначительные в 37,5% при уровне CD4+ $\geq$ 350 кл/мкл и в 62,5% при уровне 200–350 кл/мкл, умеренные в 44,8% (82 человека) при уровне >350 кл/мкл и в 31,1% при уровне 200–350 кл/мкл, выраженные – их удельный вес увеличивался с уменьшением уровня от 12,7% (> 350 кл/мкл) до 39,7% (100–200 кл/мкл), значительно выраженные в 7,14% при уровнях выше 200–350 кл/мкл и в 17,9% при уровне CD4+ в границах 100–200 кл/мкл (Таблица 46).

Таблица 46 – Характеристика нарушенных функций организма инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом уровней CD4+ лимфоцитов. (абс. число, %)

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD4+ лимфоцитов							
		> 350 кл/мкл		200–350 кл/мкл		100–200 кл/мкл		< 100 кл/мкл	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Психические	Нет нарушений	-	-	75	27,9	57	21,2	47	17,5
	Незначительные	5	50	2	20	1	10	2	20
	Умеренные	-	-	1	50	1	50	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-
Языковые, речевые	Нет нарушений	95	33,8	78	27,8	59	21	49	17,4
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-
Сенсорные	Нет нарушений	-	-	65	27,3	-	-	43	18,1
	Незначительные	14	33,3	12	28,6	-	-	6	14,3
	Умеренные	1	50	1	50	-	-	-	-
Сенсорные слуховые	Нет нарушений	91	33,2	76	27,7	58	21,2	49	17,9
	Незначительные	3	42,9	2	28,6	2	28,6	-	-
	Умеренные	1	100	-	-	-	-	-	-
Сенсорные зрительные	Нет нарушений	85	34,3	67	27	53	21,4	43	17,3
	Незначительные	-	-	-	-	7	21,2	6	18,2
	Умеренные	-	-	1	100	-	-	-	-
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) функции	Нет нарушений	43	30,7	41	29,3	32	22,9	24	17,1
	Незначительные	42	40,4	-	-	-	-	-	-
	Умеренные	-	-	7	12,6	5	16,1	-	23
	Выраженные	-	-	-	-	3	50	3	50
	Значительно выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100
Сердечно-сосудистая система	Нет нарушений	62	30,1	55	26,7	51	24,8	38	18,4
	Незначительные	28	43,8	-	-	8	12,5	8	12,5
	Умеренные	5	55,6	3	33,3	-	-	1	11,1
	Выраженные	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7

Продолжение Таблицы 46

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD4+ лимфоцитов							
		> 350 кл/мкл		200–350 кл/мкл		100–200 кл/мкл		< 100 кл/мкл	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Дыхательная система	Нет нарушений	79	34,2	65	28,1	47	20,3	-	-
	Незначительные	12	27,9	12	27,9	12	27,9	7	16,3
	Умеренные	4	66,7	1	16,7	1	16,7	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	2	100
Пищеварительная система	Нет нарушений	-	-	-	-	23	14,7	33	21,2
	Незначительные	-	-	34	31,2	24	31,2	-	-
	Умеренные	5	38,5	3	23,1	2	15,4	3	23,1
	Выраженные	-	-	1	25	1	25	2	50
Эндокринная система и метаболизм	Нет нарушений	-	-	73	27,2	59	22	46	17,2
	Незначительные	4	33,3	4	33,3	1	8,33	3	25
	Умеренные	1	50	1	50	-	-	-	-
Система крови и иммунная система	Нет нарушений	-	-	-	-	1	100	-	-
	Незначительные	3	37,5	5	62,5	-	-	-	-
	Умеренные	82	44,8	57	31,1	-	-	-	-
	Выраженные	-	-	15	19,7	29	38,8	-	-
	Значительно выраженные	-	-	1	7,14	-	-	-	-
Мочевыделительная система	Нет нарушений	92	33,9	76	28	58	21,4	45	16,6
	Незначительные	2	22,2	2	22,2	2	22,2	3	33,3
	Умеренные	1	100	-	-	-	-	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100
Кожа и связанные с ней системы	Нет нарушений	92	33,9	76	28	58	21,4	45	16,6
	Незначительные	2	22,2	2	22,2	2	22,2	3	33,3
	Умеренные	1	100	-	-	-	-	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100

Продолжение Таблицы 46

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD4+ лимфоцитов							
		> 350 кл/мкл		200–350 кл/мкл		100–200 кл/мкл		< 100 кл/мкл	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Обусловленные, физическим внешним уродством	Нет нарушений	94	33,6	78	27,9	59	21,1	49	17,5
	Умеренные	1	50	-	-	1	50	-	-
Суммарные нарушения	Незначительные	3	37,5	5	62,5	-	-	-	-
	Умеренные	82	44,8	57	31,1	-	-	-	-
	Выраженные	8	12,7	14	22,2	25	39,7	-	-
	Значительно выраженные	2	7,14	2	7,14	5	17,9	-	-

Положительная корреляционная связь отмечается между уровнем CD4+ лимфоцитов и нарушениями функций системы крови и иммунной системы ($r=0,47$) и суммарными нарушениями ($r=0,49$).

В Таблице 47 представлена характеристика нарушенных функций организма инвалидов по степени их выраженности в зависимости от уровня CD8+ лимфоцитов в крови инвалидов, из которой следует, что нарушения психических функций незначительные при уровне CD8+ < 40%, 50–70% в 25% случаев, в 12,5% при уровне 40–50% и > 70%, умеренные – в диапазоне 50–70%, сенсорные нарушения – незначительные в 24,2% при уровне < 40%, у 7 человек (21,2%) при уровне 40–50% и у 8 человек (24,2%) при 60–70%, в 12,1% при показателе >70%. Нарушение сенсорных слуховых функций отмечалось в 40% при уровне < 40% и в 20% случаев в диапазоне 40% и выше. Незначительные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций отмечались при уровне CD8+ < 40% в 17,3%, при 40–60% у 38 человек (23,5%), в 19,8% при уровне 60–70% и в 16% при уровне > 70%, умеренные нарушения при показателях CD8+ 40–70% в диапазоне 26,9–23,1%, выраженные в 50% при уровне 60–70%.

Нарушения функций сердечно-сосудистой системы незначительные отмечались в 28,1% при уровне 40–50%, в 21,1% при показателе CD8+ 50–60%, в 24,6% при показателе в диапазоне 60–70% и 8,7% при уровне $\geq 70\%$, умеренные – при уровне от 40–50% и 60–70% – в 14,3%, в 28,6% при уровнях 50–60% и >70%. Нарушение функций дыхательной системы умеренные отмечались в 50% случаев при уровне CD8+ <40%, в 25% случаев при уровнях 40–50% и 60–70%, выраженные при показателе 50–60%.

Нарушение функций системы крови и иммунной системы умеренные отмечались у 36 человек (20,8%) при показателе < 40%, у 41 человек (27,5%) при показателях 40–50%, у 37 человек (24,8%) при уровне 50–60% и в 18,1% при 60–70%, выраженные – у 17,7% при < 40%, в 12,9% при 40–50%, в 24,8% при уровне 50–60%, в 18,1% при 60–70% и 8,7% при > 70%, значительно выраженные в 7,69% от ≤ 40 до 50%, в 30,1% при показателе 50–60% и 38,5% при уровне $\geq 70\%$.

Таблица 47 – Характеристика нарушенных функций по степени их выраженности организма инвалидов с учетом уровня CD8+ лимфоцитов (абс. число, %)

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD8+ лимфоцитов									
		< 40%		40–50%		50–60%		60–70%		> 70%	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Психические	Нет нарушений	41	18,9	53	24,4	-	-	45	20,7	28	12,9
	Незначительные	2	25	1	12,5	2	25	2	25	1	12,5
	Умеренные	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Языковые, речевые	Нет нарушений	43	18,9	54	23,8	53	23,3	48	21,1	29	12,8
	Выраженные	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Сенсорные	Нет нарушений	34	17,6	47	24,4	47	24,4	41	21,2	24	12,4
	Незначительные	8	24,2	7	21,2	6	18,2	8	24,2	4	12,1
	Умеренные	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50
Сенсорные слуховые	Нет нарушений	-	-	53	23,9	52	23,4	49	22,1	28	12,6
	Незначительные	2	40	1	20	1	20	-	-	1	20
	Умеренные	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Сенсорные зрительные	Нет нарушений	38	19,1	48	24,1	48	24,1	41	20,6	24	12,1
	Незначительные	5	17,9	6	21,4	5	17,9	8	28,6	4	14,3
	Умеренные	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) функции	Нет нарушений	25	21,6	27	23,3	28	24,1	25	21,6	11	9,48
	Незначительные	14	17,3	19	23,5	19	23,5	16	19,8	13	16
	Умеренные	3	11,5	7	26,9	6	23,1	6	23,1	4	15,4
	Выраженные	1	25	-	-	-	-	2	50	1	25
	Значительно выраженные	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-
Сердечно-сосудистая система	Нет нарушений	32	16,6	37	22,7	38	23,3	34	20,9	22	13,5
	Незначительные	-	-	16	28,1	12	21,1	14	24,6	5	8,77
	Умеренные	1	14,3	1	14,3	2	28,6	1	14,3	2	28,6
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-

Продолжение Таблицы 47

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD8+ лимфоцитов									
		< 40%		40–50%		50–60%		60–70%		> 70%	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Дыхательная система	Нет нарушений	37	19,8	46	24,6	45	24,1	34	18,2	25	13,4
	Незначительные	4	11,1	7	19,4	7	19,4	14	38,9	4	11,1
	Умеренные	2	50	1	11,1	-	-	1	25	-	-
	Выраженные	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-
Пищеварительная система	Нет нарушений	27	21,4	34	27	29	23	18	14,3	18	14,3
	Незначительные	13	14,6	19	21,3	-	-	29	32,6	8	8,99
	Умеренные	2	22,2	1	11,1	4	44,4	-	-	2	22,2
	Выраженные	1	25	-	-	-	-	2	50	1	25
Эндокринная система и метаболизм	Нет нарушений	-	-	51	23,7	51	23,7	47	21,9	26	12,1
	Незначительные	3	27,3	2	18,2	2	18,2	1	9,09	3	27,3
	Умеренные	-	-	1	50	-	-	1	50	-	-
Система крови и иммунная система	Незначительные	-	-	4	100	-	-	-	-	-	-
	Умеренные	31	20,8	41	27,5	37	24,8	27	18,1	13	8,72
	Выраженные	11	17,7	8	12,9	12	19,4	-	-	11	17,7
	Значительно выраженные	1	7,69	1	7,69	4	30,8	2	15,4	5	38,5
Мочевыделительная система	Нет нарушений	41	18,7	51	23,3	51	23,3	47	21,5	29	13,2
	Незначительные	1	25	1	25	1	25	1	25	-	-
	Умеренные	-	-	1	50	-	-	1	50	-	-
	Выраженные	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-
Кожа и связанные с ней системы	Нет нарушений	42	19,1	-	-	53	24,1	48	21,8	27	12,3
	Незначительные	1	16,7	2	33,3	-	-	1	16,7	2	33,3
	Умеренные	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-
	Выраженные	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-

Продолжение Таблицы 47

Нарушение функций организма человека	Степень выраженности	Уровень CD8+ лимфоцитов									
		< 40%		40–50%		50–60%		60–70%		> 70%	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Обусловленные, физическим внешним уродством	Нет нарушений	42	18,6	54	23,9	53	23,5	48	21,2	29	12,6
	Умеренные	1	50	-	-	-	-	1	50	-	-
Суммарные нарушения	Незначительные	-	-	4	100	-	-	-	-	-	-
	Умеренные	31	20,8	41	27,5	37	24,8	27	18,1	13	8,72
	Выраженные	8	16,7	5	10,4	11	22,9	16	33,3	8	16,7
	Значительно выраженные	4	14,8	4	14,8	5	18,5	6	22,2	8	29,6

Суммарные нарушения имели тенденцию к уменьшению, их доля с увеличением CD8+ от 27,5% при умеренных нарушениях и до 8,72% при выраженных нарушениях. От 10,4% при выраженных до 33,3% при значительно выраженных нарушениях. Также отмечалось увеличение их удельного веса от 14,8% до 29,6% с увеличением CD8+ лимфоцитов. Из Таблицы 47 следует, что имеется прямая корреляционная связь между уровнем CD8+ лимфоцитов и нарушением функций системы крови и иммунной системы ($r=0,25$) и суммарными нарушениями ($r=0,2\%$).

Установлено, что у инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в 16,5% отмечалось ограничение первой степени к самообслуживанию, в 5,6% и – второй степени. К передвижению в 2,3% ограничение первой степени, в 1,3% – второй степени, в 1,0% – третьей степени. К трудовой деятельности зафиксировано ограничение первой степени в 5,6% случаев, в 3,3% – второй степени и в 0,3% – третьей степени (Таблица 48).

Таблица 48 – Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с учетом степени их выраженности (абс. ч., %)

Ограничения способности	Степень выраженности							
	норма		первая		вторая		третья	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
К самообслуживанию	236	77,9	50	16,5	17	5,6	-	-
К передвижению	289	95,4	7	2,3	4	1,3	3	1,0
К трудовой деятельности	275	90,8	17	5,6	10	3,3	1	0,3

В Таблице 49 представлена характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом стадии болезни. Ограничение способности к самообслуживанию первой степени в 22,4% отмечалось у инвалидов при 4А стадии, в 36,7% (18 человек) при 4Б стадии; второй степени в 5,88% при 4А стадии, в 41,2% при 4Б и в 52,9% при 4В стадии ($p=0,663$).

Ограничения способности к передвижению первой степени в 14,3% отмечалась при 3 и 4А стадиях, в 28,5% при 4Б и в 42,9% при 4В стадии, второй степени – при 4Б стадии (75%) и у 25% при 4В стадии ($p=0,411$).

Ограничения к трудовой деятельности первой степени имелись в 29,4% при 4А и 4Б стадиях, в 41,2% при 4В стадии; второй степени в 22,2% при 4Б и в 77,8% при 4В стадиях ($p=0,332$).

Отмечалась прямая слабая корреляции между нарушениями дыхательной функции и ограничением способности к передвижению ($r=0,19$), суммарными нарушениями и ограничениями способности к передвижению ($r=0,12$).

Таблица 49 – Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов, вследствие ВИЧ с учетом стадии болезни (абс. число, %)

Ограничения жизнедеятельности	Степени выраженности ограничений	Стадии болезни								P trend
		3		4А		4Б		4В		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
К самообслу- живанию	Норма	7	2,97	45	19,1	64	27,1	-	-	0,663
	Первая	-	-	11	22,4	18	36,7	-	-	
	Вторая	-	-	1	5,88	7	41,2	9	52,9	
К передвижению	Норма	6	2,1	56	19,4	84	29,2	142	49,3	0,411
	Первая	1	14,3	1	14,3	2	28,6	3	42,9	
	Вторая	-	-	-	-	3	75	1	25	
	Третья	-	-	-	-	-	-	3	100	
К трудовой деятельности	Норма	7	2,55	52	18,9	81	29,5	135	49,1	0,332
	Первая	-	-	5	29,4	5	29,4	7	41,2	
	Вторая	-	-	-	-	2	22,2	7	77,8	
	Третья	-	-	-	-	1	100	-	-	

В Таблице 50 представлена 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 ($p=0,08$).

Таблица 50 – Характеристика ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие ВИЧ с учетом тяжести инвалидности (абс. число, %)

Ограничения жизнедеятельности	Степени выраженности ограничений	Группа инвалидности								P trend
		III		II		I		Инвалидность с детства		
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
К самообслуживанию	Норма	143	76,5	68	78,2	13	81,2	3	100	0,16
	Первая	43	23	4	4,6	2	12,5	-	-	
	Вторая	1	0,53	15	17,2	1	6,25	-	-	
К передвижению	Норма	179	95,7	84	96,6	13	81,2	3	100	0,002
	Первая	7	3,74	-	-	-	-	-	-	
	Вторая	1	0,53	3	3,45	-	-	-	-	
	Третья	-	-	-	-	3	18,8	-	-	
К трудовой деятельности	Норма	170	90,9	78	89,7	15	93,8	3	100	0,08
	Первая	17	9,09	-	-	-	-	-	-	
	Вторая	-	-	9	10,3	-	-	-	-	
	Третья	-	-	-	-	1	6,25	-	-	

ГЛАВА 5. РАНЖИРОВАНИЕ СУБЪЕКТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ПО УРОВНЯМ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА 2016–2022 ГОДЫ

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. В 2016 г. в 14 субъектах уровень ниже интенсивного показателя по ЦФО, в одном субъекте на уровне показателя по ЦФО, в трех субъектах показатели выше окружных (Владимирская область – 0,5, Ивановская – 1,0, г. Москва – 0,6). Наименьшие уровни (0,1) отмечались в Белгородской, Брянской, Костромской, Кемеровской, Липецкой, Смоленской областях. В Орловской области первичная инвалидность не регистрировалась (Таблица 51).

В 2017 г. в 13 субъектах показатели ниже окружных (0,4), в 2 субъектах (Московской и Тверской областях) на уровне окружных показателей. 1 ранговое место занимали Ивановская область с показателями 1,2, 2 место занимала Владимирская область с уровнем 0,8, третье место г. Москва (0,6). В Калужской области первичная инвалидность не регистрировалась. Наименьшие показатели (0,1) отмечались в Белгородской, Брянской, Костромской, Липецкой, Орловской и Смоленской областях.

В 2018 г. лидирующие позиции занимали Владимирская и Ивановская области с показателями 0,9, 3 место – г. Москва (0,6), 4–5 ранговые места делили Московская и Тульская области с уровнем равным 0,5 на 10 тыс. взрослого населения. В Костромской и Липецкой областях первичная инвалидность от этих причин не регистрировалась. Наименьшие уровни (0,1) отмечались в Белгородской, Брянской и Смоленской областях и занимали 13–16 места.

Таблица 51 – Сравнительная характеристика уровней первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди взрослого населения в субъектах Центрального федерального округа за 2016–2022 гг. (на 10 тыс. населения)

Субъекты Центрального федерального округа	Годы														Среднее значение	
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022			
	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.
ЦФО	0,4	-	0,4	-	0,5	-	0,5	-	0,4	-	0,3	-	0,3	-	0,4	-
Белгородская	0,1	11-17	0,1	12-17	0,1	13-16	0,2	13-14	0,1	15-17	0,1	12-17	0,0	18	0,1	14-17
Брянская	0,1	11-17	0,1	12-17	0,1	13-16	0,1	15-16	0,1	15-17	0,1	12-17	0,1	14-17	0,1	14-17
Владимирская	0,6	2-3	0,8	2	0,9	1-2	0,8	1-2	0,8	2	0,7	2	0,6	2	0,7	2
Воронежская	0,2	6-10	0,2	8-11	0,4	6	0,4	7-8	0,2	11-14	0,2	8-11	0,3	5-8	0,27	7
Ивановская	1,0	1	1,2	1	0,9	1-2	0,8	1-2	1,1	1	0,8	1	0,8	1	0,94	1
Калужская	0,1	11-17	0,0	18	0,1	13-16	0,1	15-16	0,2	11-14	0,1	12-17	0,1	14-17	0,1	14-17
Костромская	0,1	11-17	0,1	12-17	0,0	17-18	0,0	17-18	0,0	18	0,0	18	0,1	14-17	0,04	18
Курская	0,2	6-10	0,3	6-7	0,3	7-9	0,4	7-9	0,3	7-10	0,1	12-17	0,2	9-13	0,26	8
Липецкая	0,1	11-17	0,1	12-17	0,0	17-18	0,0	17-18	0,2	11-14	0,1	12-17	0,2	9-13	0,1	14-17
Московская	0,4	4	0,4	4-5	0,5	4-5	0,6	3-4	0,4	3-6	0,4	4	0,4	3-4	0,44	4
Орловская	0,0	18	0,1	12-17	0,2	10-12	0,5	5-6	0,3	7-10	0,3	5-7	0,2	9-13	0,23	9-12
Рязанская	0,1	11-17	0,2	8-11	0,2	10-12	0,2	13-14	0,3	7-10	0,2	8-11	0,3	5-8	0,21	11-12
Смоленская	0,2	6-10	0,1	12-17	0,1	13-16	0,8	10-12	0,1	15-17	0,1	12-17	0,1	14-17	0,14	13
Тамбовская	0,1	11-17	0,2	8-11	0,2	10-12	0,3	10-12	0,2	11-14	0,3	5-7	0,2	9-13	0,21	11-12
Тверская	0,2	6-10	0,3	6-7	0,3	7-9	0,3	10-12	0,4	3-6	0,2	8-11	0,3	5-8	0,23	9-10
Тульская	0,3	5	0,4	4-5	0,5	4-5	0,5	5-6	0,3	7-10	0,2	8-11	0,2	9-13	0,34	5-6
Ярославская	0,2	6-10	0,2	8-11	0,3	7-9	0,4	7-9	0,4	3-6	0,5	3	0,4	3-4	0,34	5-6
г. Москва	0,6	2-3	0,6	3	0,6	3	0,6	3-4	0,4	3-6	0,3	5-7	0,3	5-8	0,49	3

В 2019 г. лидирующие позиции сохраняли Ивановская и Владимирская области с незначительным снижением уровня до 0,8 на 10 тыс. населения. В Костромской области первичная инвалидность не регистрировалась. 3–4 место занимали Москва, Московская область (0,6), 5–6 место делили Орловская и Тульская области с показателем 0,5 на 10 тыс. взрослого населения.

В 2020 году первое место занимала Ивановская область (1,1), второе – Владимирская (0,8), 3–4 место делили Московская, Тверская области и г. Москва (0,4).

В 2021 г. лидирующие позиции занимали Ивановская (0,8), Владимирская области (0,7), III место занимала Ярославская область (0,5), четвертое – Московская область (0,4). В Калужской области первичная инвалидность не регистрировалась на протяжении 2017–2021 гг. Наименьшие уровни (0,1) отмечались в Смоленской, Курской, Костромской, Брянской областях.

В 2022 г. лидирующие позиции по-прежнему сохраняли Ивановская и Владимирская области, 3–4 место делили Ярославская и Московская области (0,4). В Белгородской 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). Очень высокие показатели регистрировались в Ивановской (0,94), Владимирской областях (0,7). Высокие уровни отмечались в г. Москве (0,49), Ярославской (0,34), Московской (0,44). Средний уровень отмечался в Воронежской (0,27), Костромской (0,26), Орловской (0,21), Тамбовской (0,21), Тверской (0,23) областях. Низкие показатели отмечались в Белгородской, Брянской, Липецкой областях (0,1), Костромской (0,04), Смоленской (0,14) (Рисунок 15).

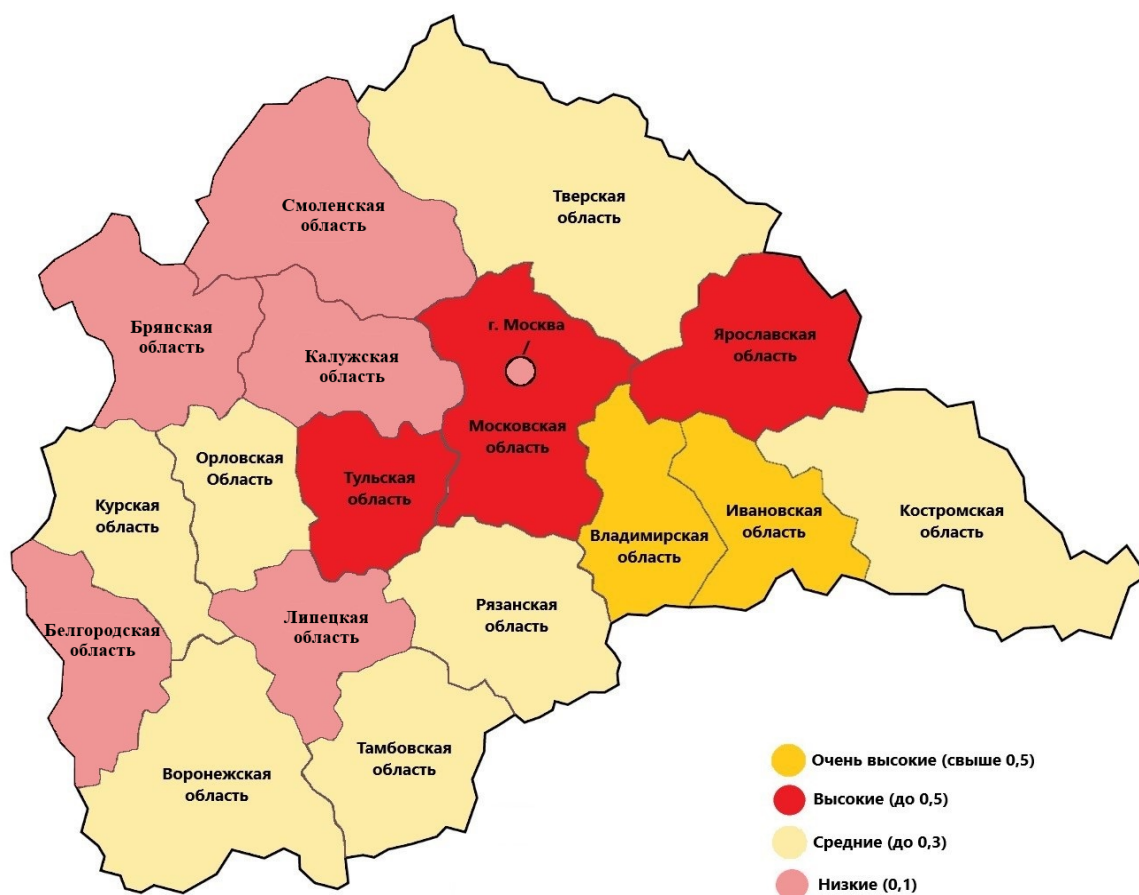


Рисунок 15 – Картограмма первичной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц в возрасте 18 лет и старше в субъектах Центрального федерального округа в зависимости от уровня инвалидности (на 10 тыс. населения)

Мониторинг повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, среди лиц в возрасте 18 лет и старше в субъектах ЦФО показал, что уровень повторной инвалидности в ЦФО в 2016–2018 гг. имел тенденцию к росту от 0,6 до 0,8 на 10 тыс. населения, в 2019 г. отмечалось его снижение до 0,6 с последующим ростом до 1,2 в 2021 г. Среднемноголетний интенсивный показатель составлял 0,83 на 10 тыс. населения (Таблица 52).

В 2016 г. наиболее высокие показатели повторной инвалидности регистрировались в Ивановской (1,5), Владимирской (1,0), г. Москве (1,0). IV место занимала Московская область (0,6). В 14 регионах показатель был ниже окружного показателя. Наиболее низкие уровни отмечались в Костромской, Калужской (0,1) областях.

Таблица 52 – Динамика уровней повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в субъектах Центрального федерального округа за 2016–2022 гг. (на 10 тыс. населения)

Субъекты Центрального федерального округа	Годы														Среднее значение	
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022			
	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.	%	Ранг.
ЦФО	0,6	-	0,7	-	0,8	-	0,6	-	0,8	-	1,2	-	1,1	-	0,83	-
Белгородская	0,2	10-16	0,3	19-13	0,3	12-13	0,1	14-18	0,3	9-12	0,3	14-16	0,4	13-15	0,27	14
Брянская	0,2	10-16	0,2	14-15	0,1	14-18	0,1	14-18	0,2	13-16	0,3	14-16	0,4	13-15	0,21	17
Владимирская	1,0	2-3	1,1	2-4	1,3	2	1,3	1	2,6	1	4,5	1	3,7	1	2,21	1
Воронежская	0,4	6	0,5	8	0,5	6-9	0,3	8-11	0,3	9-12	0,5	9-11	0,6	9-10	0,44	9
Ивановская	1,5	1	1,9	1	2,2	1	1,0	2	0,7	4-6	0,8	8	1,0	4-6	1,3	2
Калужская	0,1	17-18	1,1	2-4	0,1	14-18	0,1	14-18	0,3	9-12	0,5	9-11	0,5	11-12	0,38	10
Костромская	0,1	17-18	1,1	2-4	0,1	14-18	0,1	14-18	0,1	17-18	0,2	17	0,3	16-17	0,29	13
Курская	0,3	7-9	0,3	10-12	0,5	6-9	0,5	5	0,8	3	1,1	3	1,0	4-6	0,64	6
Липецкая	0,2	10-16	0,1	16-18	0,1	14-18	0,1	14-18	0,1	17-18	0,1	18	0,1	18	0,11	18
Московская	0,6	4	0,7	6	0,9	4-5	0,8	4	0,7	4-6	1,0	4-5	1,0	4-6	0,81	4
Орловская	0,2	10-16	0,1	16-18	0,3	12-13	0,2	12-13	0,2	13-16	0,4	11-13	0,4	13-16	0,26	15-16
Рязанская	0,3	7-9	0,2	14-15	0,4	10-11	0,3	8-11	0,3	9-12	0,5	9-11	0,5	11-12	0,36	11
Смоленская	0,2	10-16	0,1	16-18	0,1	14-18	0,2	12-13	0,2	13	0,4	12-13	0,6	9-10	0,26	18-16
Тамбовская	0,2	10-16	0,4	8	0,5	6-9	0,3	8-11	0,2	13-16	0,3	14-16	0,3	16-17	0,31	12
Тверская	0,3	7-9	0,3	10-13	0,5	6-9	0,4	6-7	0,5	8	0,9	6-7	1,2	3	0,59	7
Тульская	0,5	5	0,6	7	0,9	4-5	0,4	6-7	0,7	4-6	1,0	4-5	0,8	8	0,70	5
Ярославская	0,2	10	0,3	10-13	0,4	10-11	0,3	8-11	0,6	7	0,9	6-7	0,9	7	0,51	8
г. Москва	1,0	2-3	1,0	5	1,0	3	0,9	3	1,2	2	1,8	2	1,6	2	1,21	3

В 2017 г. отмечался рост уровней повторной инвалидности в Ивановской области до 1,9, Владимирской до 1,1, более значительный рост от 0,1 до 1,1 на 10 тыс. населения в Калужской и Костромской областях. Данные регионы занимали 1–4 ранговые места. В 12 регионах округа показатели ниже окружного (0,7). Наиболее низкие уровни (0,1) отмечались в Липецкой и Смоленской областях.

В 2018 г. отмечался по-прежнему рост уровня повторной инвалидности в Ивановской области до 2,2, Владимирской до 1,3. 3 ранговое место занимал г. Москва (1,0), 4–5 место делили Тульская и Московская области (0,9). В 13 регионах показатели регистрировались ниже окружных показателей (0,8). Наиболее низкие уровни отмечались в Брянской, Калужской, Костромской, Липецкой, Смоленской областях (0,1).

В 2019 г. по-прежнему лидирующие позиции занимали Владимирская (1,3), Ивановская (1,0) области, г. Москва (0,9), Московская область (0,8). В 14 субъектах уровни повторной инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, были ниже окружного показателя (0,6). Наиболее низкие уровни отмечались в Белгородской, Брянской, Калужской, Костромской и Липецкой областях (0,1).

В 2020 г. как в ЦФО, так и в субъектах отмечался рост повторной инвалидности от этих причин. Лидирующие позиции занимали Владимирская область (двукратный рост – 2,6 на 10 тыс. населения), г. Москва (1,2), Курская область (0,8). Наименьший уровень регистрировался в Костромской и Липецкой областях (0,1).

В 2021 г. в ЦФО отмечался рост уровня повторной инвалидности до 1,2 на 10 тыс. населения. Во Владимирской области рост до 4,5, г. Москва до 1,8, Курской области до 1,1 на 10 тыс. населения. Наименьший уровень (0,1) отмечался в Липецкой области.

В 2022 г. отмечалась тенденция снижения уровня повторной инвалидности в округе до 1,1, Владимирской области до 3,7, г. Москва до 1,6, отмечался рост в Тульской области до 1,2 на 10 тыс. населения. Наименьший уровень по-прежнему регистрировался в Липецкой области (0,1).

Проведенный сравнительный анализ среднесноголетних показателей повторной инвалидности за 2016–2022 гг. выявил территории с различными уровнями повторной инвалидности и позволил ранжировать их по данному показателю с низким (до 0,3 на 10 тыс.), средним (0,31 до 0,5), высоким (от 0,51 до 1,0) и очень высоким (от 1,1 и выше на 10 тыс. населения) (Таблица 52).

По результатам ранжирования по среднесноголетнему интенсивному показателю очень высокие показатели отмечались во Владимирской (2,21), Ивановской (1,3) областях, г. Москва (1,21). Высокие уровни регистрировались в Ярославской (0,51), Тульской (0,7), Тверской (0,59), Московской (0,81), Курской (0,64) областях, низкий уровень отмечался в Белгородской, Брянской, Костромской, Липецкой, Орловской, Смоленской областях, в остальных субъектах регистрировался средний уровень.

Проведенное исследование по ранжированию позволило органам здравоохранения и социальной защиты населения субъектов объективно оценить состояние заболеваемости и инвалидности от указанных причин и внести коррекцию в мероприятия по профилактике заболеваемости и инвалидности на региональных уровнях.

ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

6.1. Потребность инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в различных видах медико-социальной реабилитации и эффективность их реализации

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 (Таблица 53).

Таблица 53 – Динамика разработанных ИПРА для инвалидов 18 лет и старше вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Показатели Годы	Разработано ИПРА для накопленного контингента (ВПИ+ППИ)	Из них разработано			
		Первично		Повторно	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
2016	1673	656	39,2	1017	60,8
2017	1696	638	37,6	1058	62,4
2018	1722	644	37,4	1078	62,5
2019	1542	633	41,1	909	58,9
2020	1739	472	27,1	1267	72,9
2021	2258	355	15,7	1903	84,3
2022	1949	329	16,9	1620	83,1
Всего	1797	532	29,6	1265	70,4

В структуре разработанных ИПРА за 2016–2022 гг. с учетом групп инвалидности в динамике отмечалось увеличение доли разработанных ИПРА для инвалидов III группы от 59,6% до 74%, в среднем для них разработано 67,2% ИПРА, в целом 8 457 ИПРА, в среднем за год 1 208. Для инвалидов II группы разработано всего 3 677 ИПРА, в среднем за год 525, в динамике отмечалась

тенденция к их уменьшению от 619 в 2016 г. до 443 ИПРА в 2022 г. Их доля в структуре составляла 29,2%. Наименьшее число разработано ИПРА для инвалидов I группы, за исследуемый период 445 ИПРА, в среднем 64 в год. Их доля в структуре составляла 3,6% (Таблица 54).

Таблица 54 – Структура ИПРА разработанных инвалидам вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, с учетом групп инвалидности в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Годы	Всего разработано ИПРА		Группы инвалидности					
			I		II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
2016	1673	100,0	57	3,4	619	37,0	997	59,6
2017	1696	100,0	60	3,5	566	33,4	1070	63,1
2018	1722	100,0	61	3,6	557	32,3	1104	64,1
2019	1542	100,0	47	3,0	515	33,4	980	63,6
2020	1739	100,0	58	3,3	436	25,1	1245	71,6
2021	2258	100,0	80	3,5	541	24,0	1637	72,5
2022	1949	100,0	82	3,3	443	22,7	1424	74,0
Всего	1797	100,0	64	3,6	525	29,2	1208	67,2

Для инвалидов молодого возраста (18–44 лет) в динамике отмечается уменьшение числа разработанных ИПРА от 1 427 в 2016 г. до 1 273 в 2022 г., в среднем за год разрабатывалось 1 380 ИПРА. Их доля в динамике уменьшалась от 86,4% до 65,3%, в среднем составляла 76,8% в общем объеме ИПРА.

Для инвалидов среднего возраста всего разработано 2 616 ИПРА, в динамике их число увеличивалось от 226 в 2016 г. до 598 в 2022 г., в среднем 374 ИПРА в год. Их доля в общей структуре разработанных ИПРА составляла 20,8%.

Для инвалидов старше трудоспособного возраста всего разработано 302 ИПРА, в среднем за год 43, в динамике их число увеличивалось от 20 в 2016 г. до 78 в 2022 г. Их доля в структуре составляла 2,4% (Таблица 55).

Таблица 55 – Динамика разработанных ИПРА инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за 2016–2022 гг. с учетом возрастных групп (абс. ч., %)

Возрастные группы	Всего разработано ИПРА		Годы							Среднее значение
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Молодой	абс. ч.	9651	1427	1410	1388	1218	1323	1622	1273	1380
	%	100,0	86,4	83,2	80,6	79,8	76,1	71,8	65,3	76,8
Средний	абс. ч.	2616	226	251	298	290	374	579	598	374
	%	100,0	13,5	14,8	17,3	18,8	21,5	25,6	30,7	20,8
Старше трудоспособного	абс. ч.	302	20	35	36	34	42	57	78	43
	%	100,0	0,1	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	4,0	2,4

Структура индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, представлена в Таблице 56 с учетом их составляющих разделов (медицинский, социальный, психологический, рекомендации по обеспечению ТСП).

Медицинская реабилитация является основной, состоит из поэтапного восстановительного лечения. Потребность в медицинской реабилитации составляет 100,0%. Эффективность медицинской реабилитации зависит от раннего госпитального поэтапного лечения ВИЧ-инфекции, химиопрофилактики вторичных заболеваний (туберкулез, герпетические, токсоплазмозные поражения). Реабилитация пациентов проводится по стандартам лечения и реабилитации тех вторичных заболеваний, которые выявляются у пациентов, в зависимости от поражения органов и системы организма.

Потребность в социальной реабилитации в среднем составляла 97,6%. Потребность в профессиональной реабилитации в среднем составляла 522 в год (29,0%). Потребность в ТСП варьировала от 18,7% до 23,2%, в среднем составляла 20,1% (361 рекомендаций в год).

Таблица 56 – Структура разработанных ИПРА инвалидам, вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, по видам реабилитации за 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Показатели	Годы															
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Разработано ИПРА	1673	100	1696	100	1722	100	1542	100	1799	100	2258	100	1949	100	1797	100
Выдано ИПРА инвалидам	1666	99,6	1696	100	1712	99,4	1539	99,8	1739	100	2244	99,4	1949	100	1792	99,7
Рекомендации по медицинской реабилитации	1679	100	1696	100	1722	100	1542	100	1739	100	2258	100	1949	100	1797	100
Рекомендации по социальной реабилитации	1529	91,4	1604	94,6	1707	99,1	1536	99,6	1739	100	2222	98,4	1935	99,3	1753	97,6
Рекомендации по профессиональной реабилитации	447	26,7	494	29,1	480	27,9	472	30,6	499	28,7	673	29,8	587	30,1	522	29
Рекомендации по ТСП	313	18,7	326	19,2	372	21,6	358	23,2	336	19,3	422	18,7	401	20,6	361	20,1

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% с тенденцией уменьшения от 61,3% до 50,2%, потребность в социо-культурной реабилитации составляла в 43,3%, в социально-бытовой в 19,2% случаев (Таблица 57). 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.

Таблица 57 – Динамика рекомендаций в ИПРА инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией по социальному и профессиональному разделу реабилитации за 2016–2022 гг. (%)

Наименование рекомендаций	Годы							Среднее значение
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Рекомендации по социальному разделу реабилитации	91,4	94,6	99,1	99,6	100,0	98,4	99,3	97,6
В т. ч. социально-средовая реабилитация	86,1	79,5	82,4	81,7	78,6	91,2	79,3	80,6
Социально-психологическая реабилитация	61,3	58,7	57,9	60,4	55,8	50,2	53,4	56,8
Социально-культурная реабилитация	43,2	46,1	39,7	42,8	46,9	40,5	43,8	43,3
Социально-бытовая реабилитация	17,4	19,1	20,6	18,9	19,8	20,1	18,8	19,2
Рекомендации по профессиональному разделу реабилитации	26,7	29,1	27,9	30,6	28,7	29,8	30,1	29,0
По трудоустройству	61,7	58,4	59,7	62,1	58,8	60,3	58,5	59,9
Из них в обычных условиях труда	81,2	84,4	86,3	82,7	82,6	80,7	82,9	82,9
В специально созданных условиях	10,6	8,7	9,4	11,2	9,9	8,3	9,8	9,7
На обучение / переобучение	4,2	3,7	5,3	6,1	5,8	7,0	6,8	5,6

Структура потребности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в ТСР и абилитации представлена в Таблице 58. Для компенсации наиболее выраженных категорий жизнедеятельности: к самообслуживанию, трудовой деятельности и к передвижению (I–II степени) – чаще всего требовались

трости – 11,5%, дано 1 490 рекомендации, в среднем 207 в год, корсеты – 4,3%, рекомендовано 545, в среднем 78 в год, кресло-стул с санитарным оснащением – 3,6%, рекомендовано – 447, в среднем 64 в год, кресло-коляска с ручным приводом дано 162 рекомендации, в среднем 23 в год (1,3%), поручни – 123 рекомендации, 18 в среднем за год (1,0%), ходунки – дано 188 рекомендаций, в среднем 29 в год (1,6%), подгузники – дано 1369 рекомендаций, в среднем 196 в год (10,5%), слуховые аппараты – в среднем 18 в год (1,0%).

Таблица 58 – Рекомендации по обеспечению ТСП инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Наименование ТСП	Годы							Среднее значение
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Общее число ИПРА	1673	1696	1722	1542	1739	2258	1949	1797
Дано рекомендаций по ТСП	313	326	372	358	336	422	401	361
%	18,7	19,2	21,6	23,2	19,3	18,7	20,6	20,1
Трость опорная	194	200	188	183	216	259	210	207
%	11,6	11,8	10,9	11,9	12,4	11,5	10,8	11,5
Ходунки	35	32	14	25	19	36	27	29
%	2,1	1,9	0,8	1,6	1,1	1,6	1,4	1,6
Корсеты	64	75	81	60	80	90	96	78
%	3,8	4,4	4,7	3,9	4,6	4,0	4,9	4,3
Поручни	18	20	10	14	22	18	21	18
%	1,1	1,2	0,6	0,9	1,3	0,8	1,1	1,0
Кресло-коляска с ручным приводом	25	24	17	28	26	21	21	23
%	1,2	1,4	1,0	1,8	1,5	0,9	1,1	1,3
Кресло-коляска активного типа	5	7	8	11	12	10	15	10
%	0,3	0,4	0,5	0,7	0,7	0,4	0,8	0,6
Кресло-стул с санитарным оснащением	51	61	69	54	50	86	76	64
%	3,1	3,6	4,0	3,5	2,9	3,8	3,9	3,6
Прикроватный столик	16	21	19	28	31	20	16	22
%	1,0	1,2	1,1	1,8	1,8	0,9	0,8	1,2
Стул для ванны	18	21	15	17	23	19	21	19
%	1,1	1,2	0,9	1,1	1,3	0,8	1,1	1,1
Слуховой аппарат	21	18	12	19	16	20	17	18
%	1,3	1,0	0,7	1,2	0,9	0,9	0,9	1,0
Абсорбирующее белье	28	32	41	36	28	35	41	34
%	1,7	1,9	2,4	2,3	1,6	1,6	2,1	1,9
Подгузники	201	184	192	176	209	195	212	196
%	12,0	10,8	11,1	11,4	12,0	8,6	10,9	10,9

В динамике за изучаемый период 2016–2022 гг. регистрировалось увеличение удельного веса рекомендованных ИПРА инвалидов от 98,7% до 100%, в среднем составляло 99,6% (Таблица 59), по медицинской реабилитации – 99,6%, по профессиональной реабилитации от 19,9% до 21,7%, в среднем – 20,9%, по социальной реабилитации – 70,8%. В динамике доля ИПРА выполненных полностью составлял 33,0%, частично – 61,6%, удельный вес невыполненных ИПРА – 3,4%.

В результате реализации рекомендованных в ИПРА мероприятий по реабилитации в медицинской реабилитации достигнута полная компенсация нарушенных функций организма инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в 471 случае за исследуемый период, в среднем 67 случаев в год, что составило 5,3%. Частичная компенсация нарушенных функций достигнута в 4 057 случаев, в среднем в 581 случай в год, что составляло 46,3%. В профессиональной реабилитации проведен подбор индивидуальных условий труда в 122 случаях, в среднем в 17 случаях за год (6,5%), создано специальное рабочее место в 25 случаях, в среднем 4 в год (1,5%), обеспечена трудовая деятельность в 171 случаях, в среднем в 102 случаях в год (38,8%). По социальной реабилитации достигнута полная способность к самообслуживанию в 79,6%, частичная – в 7,7%. Достигнута способность к самостоятельному проживанию в 89,3% случаев, обеспечена интеграция в семью в 89,9% случаев (Таблица 60).

Таблица 59 – Реализация ИПРА инвалидов, повторно признанных вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Показатели	Годы															
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее многолетнее значение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Число разработанных ИПРА	1017	100	1058	100	1078	100	909	100	1267	100	1903	100	1620	100	1265	100
Число реализованных ИПРА из них	1004	98,7	1054	99,6	1078	100	904	99,4	1267	100	1903	100	1612	99,5	1260	99,6
По медицинскому разделу	1000	99,6	1054	100	1064	98,7	899	99,4	1256	99,1	1903	100	1612	100	1255	99,6
По профессиональному разделу	199	19,9	2016	20,5	231	21,4	198	21,9	248	19,6	396	20,8	350	21,7	263	20,9
По социальному разделу	711	70,8	731	69,4	768	71,2	672	74,3	906	71,5	1326	69,7	1130	70,1	892	70,8
Число ИПРА выполненных полностью	322	32,1	333	31,6	363	33,7	291	32,2	418	33	661	34,8	527	32,7	416	33
Число ИПРА выполненных частично	621	61,9	685	65	680	63,1	568	62,8	817	64,5	1186	62,3	1049	65,1	801	63,6
Число ИПРА не выполненных	60	6	36	3,4	34	3,2	45	5	32	2,5	55	2,9	35	2,2	42	3,4

Таблица 60 – Показатели эффективности реализации мероприятий ИПРА инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в г. Москве за 2016–2022 гг. (абс. ч., %)

Показатели	Годы															
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
По медицинской реабилитации	1000	99,6	1054	100	1064	98,7	899	99,4	2256	99,1	1903	100	1612	100	1255	99,6
Достигнута полная компенсация нарушенных функций	10	5,8	63	6	63	5,9	55	6,1	74	5,9	114	6	92	5,7	67	5,3
Достигнута частичная компенсация нарушенных функций	417	41,7	467	44,3	534	50,2	384	42,7	583	46,4	915	48,1	767	47,6	581	46,3
По профессиональной реабилитации	199	19,9	216	20,5	231	21,4	198	21,9	248	19,6	396	20,8	350	21,7	263	20,9
Проведен подбор индивидуальных условий труда	13	6,7	15	7,1	14	6,2	13	6,5	17	6,8	28	7	22	6,4	17	6,5
Создано специальное рабочее место	1	1	4	1,7	3	1,2	3	1,5	3	1,1	5	1,2	6	1,7	4	1,5

Продолжение Таблицы 60

Показатели	Годы															
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Среднее значение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
По социальной реабилитации	711	70,8	731	69,4	768	71,2	672	74,3	906	71,5	1326	69,7	1130	70,1	892	70,8
Достигнута полная способность к самообслуживанию	575	80,6	573	78,4	624	81,2	536	79,8	693	76,5	1062	80,1	910	80,5	710	79,6
Достигнута частичная способность к самообслуживанию	56	7,9	49	6,8	55	7,1	54	8	67	7,4	91	6,9	113	10	69	7,7
Достигнута способность к самостоятельному проживанию	641	90,1	654	89,5	671	87,4	616	91,6	786	86,8	1189	89,7	1020	90,3	797	89,3
Обеспечена интеграция в семью	644	90,6	640	87,5	703	91,5	602	89,7	817	90,2	1187	89,5	1021	90,4	802	89,9

6.2. Анализ проблем медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам на региональном уровне (по результатам социологического исследования)

Проблема качества медико-социальной помощи существовала всегда, и на каждом этапе ее развития применялись меры с целью ее улучшения. Среди многих критериев качества медико-социальной помощи ведущим является уровень удовлетворенности самих инвалидов. Социальные опросы являются одними из наиболее важных индикаторных методов оценки. Общественное мнение, как элемент обратной связи, позволяет выявлять недостатки функционирования оказания реабилитационной помощи и находить пути решения проблемных ситуаций.

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. Анкета из 20 вопросов с перечнем возможных ответов приводится в Приложении А.

Данные, характеризующие респондентов, участвующих в анкетировании, по возрасту представлены в Таблице 61.

Таблица 61 – Характеристика респондентов по возрасту (абс. ч., %)

Респонденты	Возрастные группы					
	Молодой (18–44 лет)		Средний (45–54 лет – ж. 45–59 лет – м.)		Старше трудоспособного (55 лет и больше – ж. 60 лет и больше – м.)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Инвалиды	232	71,1	94	28,9	-	-

Принимавшие участие в анкетировании инвалиды были в основном в двух возрастных категориях: 18–44 лет – 71,1% и 45–54 лет для женщин, 45–59 лет для мужчин – 28,9% от числа всех. Этот фактор обусловлен «относительной

молодостью» контингента, более чаще подверженного заражению ВИЧ-инфекцией. В анкетировании приняли участие инвалиды II группы – 36,2% (116 человек) и инвалиды III группы – 210 человек – 63,8%.

В основном респонденты имели среднее и средне-профессиональное образование – 72,8%, высшее – 25,1% (Таблица 62).

Таблица 62 – Характеристика респондентов-инвалидов по уровню образования (абс. ч., %) (ответ на вопрос 5 анкеты)

Респонденты	Уровень образования											
	Начальное		Неполное среднее		Среднее		Средне-специальное		Высшее		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Инвалиды	6	2	26	7,9	79	24,2	143	40,8	82	25,1	326	100

Распределение респондентов по профессии имеет обширную географию по 39 специальностям, согласно Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности. Среди инвалидов среднего возраста больше работающих, чем среди молодого возраста. Различие статистически значимо. ($p < 0,05$).

Заняты трудовой деятельностью 89,1% (290 человек), не заняты – 10,9% (36 человек), из них инвалиды II группы 100%. У всех респондентов в 100,0% случаев имеется разработанная в бюро МСЭ индивидуальная программа реабилитации и абилитации.

При ответе на вопрос 8 «Какая проблема на данный момент для Вас самая главная?» на I место респонденты отмечают проблему здоровья – 46,2%, 151 человек, из них в 93,1% случаев инвалиды II группы и в 20,5% инвалиды III группы. На II месте – в 17,5% (57 человек) отмечали проблему «семьи и детей», из них инвалиды II группы в 36,2% случаев и в 7,1% инвалиды III группы. Среди работающих инвалидов проблема «семьи и детей» более глобальна, чем среди неработающих. Различие статистических значений ($p < 0,05$). Среди неработающих респондентов проблема здоровья более важен, чем среди работающих. Различие статистически значимо ($p < 0,05$). На III месте респонденты отмечали проблемы с

трудоустройством – 16,0% (52 человека), из них инвалиды II группы в 31,1% случаев, инвалиды III группы 17,6% случаев. На IV месте респонденты отмечали проблему по условиям проживания – 38 человек (11,8%), из них инвалиды II группы в 4,3%, III группы в 2,4%. Проблемы по обучению и переобучению отмечали респонденты в 3,0% случаев, по лекарственному обеспечению в 2,5% случаев, в основном инвалиды II группы (Таблица 63).

Таблица 63 – Сравнительная характеристика ответов респондентов на 8 вопросов анкеты «Какая проблема на данный момент для Вас самая главная?» с учетом тяжести инвалидности (абс. ч., %)

Наименование проблемы	Ответы респондентов					
	Всего		Группы инвалидности			
			II		III	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Здоровье	151	46,2	108	93,1	43	20,5
Трудоустройство	52	16	36	31,0	16	7,6
Семья и дети	57	17,5	42	36,2	15	7,1
Лечение	10	3	10	8,6	-	-
Лекарственное обеспечение	8	2,5	8	6,9	-	-
Обучение / переобучение	10	3	5	4,3	5	2,4
Условия проживания	38	11,8	21	18,1	17	8,1

По обращению за медицинской помощью в поликлинику (Таблица 64) наиболее частый ответ среди респондентов в 41,6% – по необходимости, 1 раз в год – в 13,7% (13,2–14,2) случаев. Большинство респондентов обращаются в стационар 1 раз в год (49,3%). Мужчины-инвалиды (13,2%) реже обращаются по поводу заболеваний в стационар, чем женщины (21,8%). Различие статистически значимо: $\chi^2=5,68$, $df=1,0$, $p<0,05$. Респонденты мужчины в большей степени (25%), чем респонденты женщины (15%) обращаются в поликлинику по необходимости, в то же время как женщины респонденты в большей степени (34,5%), чем мужчины (25,5%) обращаются периодически. Различие статистически значимо: $\chi^2=7,68$, $df=1,0$, $p<0,05$.

Таблица 64 – Характеристика ответов респондентов на 9 вопрос анкеты «Частота обращения за медицинской помощью в поликлинику и стационар в течение 3 лет» (абс. ч., %)

Частота обращения	Медицинские организации			
	Поликлиника		Стационар	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Чаще чем 1 раз в 3 месяца	68	20,8	10	3,1
1 раз в полгода	78	23,9	27	8,2
1 раз в год	45	13,7	161	49,3
По необходимости	135	41,6	128	39,4
Всего	326	100	326	100

На 10 вопрос анкеты «Обращались ли Вы за услугами по вопросам Вашего заболевания в стационарные медицинские организации?» респонденты ответили в 84,3% «да», не обращался 51 человек (15,7%). На 11 вопрос анкеты: «Как Вы оцениваете объем медицинских услуг, представленных Вам в медицинском учреждении?» респонденты в 84,3% ответили как «достаточный», в 7,9% случаев как «неудовлетворительный», в 7,8% случаев (25 человек) затруднилось с ответом.

На 12 вопрос анкеты «Удовлетворены ли Вы рекомендованными реабилитационными мероприятиями в ИПРА?» инвалиды-респонденты ответили положительно «да» в 85,6% случаев (279 человек), в неполной мере – 3,1% случаев удовлетворены (10 человек), в 11,3% случаев (37 человек) инвалиды II группы (24 человек) – 64,9% и 13 инвалидов III группы не удовлетворены рекомендованными реабилитационными мероприятиями в индивидуальной программе реабилитации и абилитации (не рекомендовано санаторно-курортное лечение, не рекомендованы лекарственные препараты по сопутствующим заболеваниям).

На 13 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации мероприятий медицинской реабилитации?» в 81,7% случаев респонденты дали ответ «нет», их них мужчин в 72,0% дали этот ответ, а женщин в 28,0%. Различие статистически значимо ($\chi^2=94,07$, $df=2,0$ $p<0,002$). Не возникло проблемы у инвалидов III группы в 90% случаев, в 66,4% у инвалидов II группы (Таблица 65). Возникли проблемы при реализации мероприятий медицинской реабилитации у 60 респондентов (18,3%), из них в 33,6% у инвалидов II группы и в 10% случаев в

инвалидов III группы. Респонденты-женщины в меньшей степени (33,3%), чем мужчины (41,5%) отмечают, что возникали проблемы при реализации мероприятий медицинской реабилитации. Различие статистически значимо: $\chi^2=5,87$, $df=1,0$, $p<0,05$. 41 респондент не удовлетворен при получении стационарного и амбулаторного лечения (68,3%), из них 25,9% инвалиды II группы и 5,3% инвалиды III группы. При получении лекарственных препаратов отмечали проблемы 12 респондентов, из них в 3,4% случаев инвалиды II группы и в 3,8% инвалиды III группы. При получении высокотехнологической помощи отмечали проблемы респонденты в 11,7% случаев, из них 4,3% инвалиды II группы.

Таблица 65 – Сравнительная характеристика ответов респондентов на 13 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации мероприятий медицинской реабилитации?» (абс. ч., %)

Ответы и проблемы респондентов		Всего		Группа инвалидности			
				II		III	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нет не возникало		266	81,7	77	66,4	189	90
Да, возможно		60	18,3	39	33,6	21	10
Наименование проблем	При получении стационарной, амбулаторной помощи	41	68,3	30	25,9	11	5,3
	При получении лекарственных препаратов	12	20	4	3,4	8	3,8
	При получении высокотехнологической помощи	7	11,7	5	4,3	2	0,9
Всего		60	100	39	33,6	21	10

На 14 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации социальной реабилитации?» 78,6% респондентов ответили «нет» – 256 человек, 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. Различие статистически значимо: $\chi^2=6,52$, $df=1,0$, $p<0,05$ (Таблица 66). На проблемы при получении

социо-культурной реабилитации отмечали 17,1% респондентов, при обслуживании социальным работником в 10% случаев, при получении ТСР в территориальном центре социального обслуживания (ТЦСО) в 20% случаев, из них в 35,1% случаев инвалиды II группы и в 12,3% инвалиды III группы.

Таблица 66 – Ответы респондентов-инвалидов на 14 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при реализации социальной реабилитации?» (абс. ч., %)

Ответы и проблемы респондентов		Всего		Группа инвалидности			
				II		III	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нет		256	78,6	85	64,9	171	87,7
Да		70	21,4	46	35,1	24	12,3
Проблемы при реализации	При получении социально-психологической помощи	37	52,9	25	19,1	12	6,2
	При получении социально-культурных мероприятий	12	17,1	7	5,3	5	2,6
	При обеспечении социальной реабилитации	7	10	6	4,6	1	0,5
	При получении ТСР в ТЦСО	14	20	8	6,1	6	3
Всего		60	70	100	46	35,1	24

На 15 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас проблемы при получении медицинской профессиональной реабилитации?» респонденты в 78,1% случаев ответили «нет» (255 человек), из них инвалиды II группы в 63,3%, инвалиды III группы в 86,9% случаях; «Да», испытывал трудности 71 респондент (21,9%), из них инвалиды II группы (44 человека) в 36,7% случаев и в 13,1% случаев инвалиды III группы. При постановке на учет в службе занятости испытывали трудности 18 респондентов ($z \geq 4\%$), из них в 10,8% случаев инвалиды II группы и в 2,4% инвалиды III группы. При переобучении и обучении отмечали трудности в 9,9% случаев респонденты, из них инвалиды II группы в 4,3% случаев и инвалиды III группы в 1,0% случае. При получении профориентации трудности испытывали 14% респондентов, из них инвалиды II группы 16,8% случаев и в 34% инвалиды III группы (Таблица 67).

Таблица 67 – Сравнительная характеристика ответов респондентов-инвалидов на 15 вопрос анкеты «Возникали ли у Вас трудности при получении мер профессиональной реабилитации?» (абс. ч.,%)

Ответы и проблемы респондентов		Всего		Группа инвалидности			
				II		III	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нет		255	78,1	76	63,3	179	86,9
Да		71	21,9	44	36,7	27	13,1
Наименование проблем	При постановке на учет в центр занятости	18	25,4	13	10,8	5	2,4
	При обучении и переобучении	7	9,9	5	4,3	2	1
	При получении профориентации	10	14	7	5,8	3	1,4
	Проблемы с трудоустройством	28	39,4	13	10,8	9	4,4
	Не соблюдение рекомендаций по труду на рабочем месте	8	11,3	6	5	8	3,9
Всего		60	71	100	44	36,7	27

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.

На 16 вопрос анкеты: «Нуждаетесь ли Вы в технических средствах реабилитации?» инвалиды-респонденты в 54,7% случаев ответили «Да» (211 человек), из них в 100% случаев (116 человек) инвалиды II группы и в 45% (95 человек) инвалиды III группы.

На 17 вопрос анкеты «Удовлетворены ли Вы полученными реабилитационными услугами?» положительный ответ «Да, удовлетворен» дали 248 респондентов (76,2%), из них инвалиды II группы 112 человек (67,9%) и 136 человек – инвалиды III группы (84,5%). Частично удовлетворены 11,5% респондентов (27 человек), из них 13,9% инвалиды II группы (23 человека) и 14 человек инвалидов III группы (8,7%). Не удовлетворены полученными реабилитационными услугами 5,4% респондентов, из них 7,3% инвалиды II группы (12 человек) и 3,2% инвалиды III группы (6 человек). 6,9% респондентов воздержалось от ответа (23 человека), из них 10,9% инвалиды II группы и 3,1% инвалиды III группы (Таблица 68).

Таблица 68 – Ответы респондентов с учетом тяжести инвалидности на 17 вопрос анкеты «Удовлетворены ли Вы получением реабилитационными услугами?» (абс. ч., %)

Ответы респондентов	Всего		Группа инвалидности			
			II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
«Да» удовлетворен	248	76,2	112	67,9	136	84,5
Частично удовлетворен	37	11,5	23	13,9	14	8,7
«Нет» не удовлетворен	18	5,4	12	7,3	6	3,7
Воздержусь от ответа	23	6,9	18	10,9	5	3,1
Всего	326	100,0	165	100,0	161	100,0

На 18 вопрос анкеты «Что не устроило при получении реабилитационных услуг?» в 81,9% случаев респонденты дали положительный ответ «Все устроило» (267 человек), из них 85 инвалидов II группы (67,5%) и 182 инвалида III группы (91,0%), из них 58,7% мужчины и 37,2% женщин. Различие статистически значимо: $\chi^2=7,52$, $df=1,0$, $p<0,05$. Не устроило 18,1% респондентов при получении реабилитационных услуг, из них 32,5% инвалиды II группы и 9,0% инвалиды III группы. На низкое качество предоставленных услуг ответили 35,6% респондентов, из них 9,5% инвалиды II группы и 4,5% инвалиды III группы, 15,2% респондентов отмечали невнимательное отношение персонала, из них инвалиды II группы в 4,8% и 1,5% инвалиды III группы. На плохое оборудование указали 10,2% респондентов, в 25,4% случаев отметили на неиспользование современных технологий в реабилитации, из них инвалиды II группы в 11,1% случаев (Таблица 69).

На 19 вопрос анкеты «Оцените, как изменилось Ваше здоровье после прохождения реабилитации?» инвалиды-респонденты дали следующие ответы: в 38,9% определенно улучшилось (127 человек), из них инвалиды II группы в 30,8%, инвалиды III группы в 45,6% случаев. «Скорее улучшилось» дали ответ 90 респондентов (27,5%), из них инвалиды II группы в 21,2%, инвалиды III группы в 32,8%. «Скорее ухудшилось» отметили 58 респондентов (17,8%), из них в 23,3% инвалидов II группы. «Определенно ухудшилось» отметили 15,8 респондентов, из них в 24,7% инвалиды II группы, в 8,3% инвалиды III группы (Таблица 70).

Таблица 69 – Сравнительная характеристика ответов респондентов с учетом групп инвалидности на 18 вопрос анкеты «Что не устроило при получении реабилитационных услуг?» (абс. ч.,%)

Ответы респондентов		Всего		Группа инвалидности			
				II		III	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Все устроило		267	81,9	85	67,5	182	91
Не устроило		59	18,1	41	32,5	18	9
Наименование проблем	Низкое качество предоставленных услуг	21	35,6	12	9,5	9	4,5
	Отношение персонала (невоспитанность, грубость)	9	15,2	6	4,8	3	1,5
	Плохое оборудование	6	10,2	3	2,4	3	1,5
	В реабилитации не используются современные технологии	15	25,4	14	11,1	1	0,5
	Другое	8	13,6	6	4,8	2	1
Всего		60	59	100	41	32,5	18

Таблица 70 – Оценка ответов респондентов на 19 вопрос анкеты «Оцените как изменилось Ваше здоровье после прохождения реабилитации?» (абс. ч., %)

Ответы респондентов	Всего		Группа инвалидности			
			II		III	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Определенно улучшилось	127	38,9	45	30,8	82	45,6
Скорее улучшилось	90	27,5	31	21,2	59	32,8
Скорее ухудшилось	58	17,8	34	23,3	24	13,3
Определенно ухудшилось	51	15,8	36	24,7	15	8,3
Всего	32,6	100	146	100	180	100

На 20 вопрос анкеты «Оцените качество Вашей жизни» респонденты ответили в 49,9% как среднее, в 17,3% случаев как ниже среднего, в 32,8% как низкое.

Таким образом, социологическое исследование показало, что необходимо акцентировать внимание в процессе МСЭ на пациент-ориентированную разработку рекомендаций по медико-социальной реабилитации. Респонденты предлагали расширить перечень реабилитационных услуг, повысить ответственность всех контрагентов реабилитационных услуг, обеспечить прежде всего оказание психологической помощи на всех этапах реабилитации, активизировать мероприятия по трудовой занятости, особенно в трудоустройстве, проведение

постоянно действующего контроля за проведением составляющих разделов программы реабилитации и абилитации и оценкой их реализации.

Результатами исследования инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией стало получение достоверной, обоснованной базы данных, которая может являться базой для разработки приоритетных мер по совершенствованию комплексной реабилитации изучаемого контингента инвалидов.

6.3. Предложения по совершенствованию комплексной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией

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.

Комплексность развития сложившейся в г. Москве систем первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, а также обеспечение административной и общественной поддержки реализуемых мероприятий за счет развития интегративных связей на основе региональной Программы профилактики заболеваемости и инвалидности, вследствие болезней, вызванных ВИЧ и оппортунистических инфекций.

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. Необходимо организовать оказание медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией: проведение профилактики, диагностики и лечения парентеральных вирусных гепатитов у больных ВИЧ-инфекцией; проведение химиопрофилактики вторичных заболеваний, превентивной терапии и лечения побочных реакций и нежелательных явлений от применения лекарственных средств при ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитах у больных ВИЧ-инфекцией; организовать проведение комплекса мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку; организовать лекарственное обеспечение больных ВИЧ-инфекцией на территории обслуживания, в том числе организовать универсальный доступ к лечению; определение риска заражения и необходимости постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, а также ее проведение.

По итогам выполнения мероприятий социальной реабилитации 21,4% инвалидов отмечали проблемы при реализации социальной реабилитации, проблемы при получении социо-культурной 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 nereкомендуемых и рекомендуемых условий труда осуществляется на основании ИПРА инвалида, разрабатываемой федеральными учреждениями МСЭ по

результатам проведенной экспертно-реабилитационной диагностики. Оптимальные для инвалида виды трудовой и профессиональной деятельности, а также рекомендуемые и нерекомендуемые ему условия труда определяются соотношением следующих основных факторов:

- профессиональных и личностных (основная профессия (специальность), стаж работы, квалификация (класс, разряд, категория, звание), выполняемая работа на момент проведения МСЭ (должность, профессия, специальность, квалификация, стаж работы по указанной должности, профессии, специальности), сведения о длительности периода, в течение которого инвалид не работает, трудовая направленность, сведения об учете инвалида в службе занятости населения);
- медико-социальных (стойкие нарушения функций организма и степень их выраженности, ограничения категорий жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности, и степень их выраженности).

Социально-производственная адаптация может включать в себя следующие мероприятия: создание специально созданных условий труда; создание специального рабочего места; обеспечение рабочего места специализированным основным и вспомогательным оборудованием; обеспечение техническими средствами, необходимыми для эффективного выполнения профессиональной деятельности. Социально-психологическая адаптация предполагает социально-психологическое и социальное сопровождение в процессе закрепления инвалида на рабочем месте с использованием наставничества. Производственная адаптация осуществляется в том числе посредством сопровождения трудовой деятельности, путем оказания помощи при освоении и выполнении трудовых функций, адаптации в трудовом коллективе.

Не удовлетворены полученными реабилитационными услугами, мероприятиями по медицинской реабилитации 5,4% инвалидов, что свидетельствует о необходимости работы медицинских организаций по приверженности к реализации медицинского раздела реабилитации.

На основе анкетирования инвалиды предлагали расширить перечень реабилитационных услуг, повысить ответственность всех контрагентов

реабилитационных услуг, для этого нужна оценка эффективности реализации реабилитационных мероприятий всеми контрагентами реабилитационных программ совместно со службой МСЭ на этапах реабилитации инвалидов. Также, необходимо включить программы с адаптивной физической культурой – часть физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Данное мероприятие позволит инвалидам и членам их семей получить доступную информацию о местах возможных занятий физической культурой и спортом с указанием перечня доступных для них спортивных сооружений, форм занятий по физической культуре и спорту, а также получения дополнительных услуг в области физической культуры и спорта для инвалидов.

Таким образом, приоритетными предложениями по совершенствованию комплекса медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией являются:

1. Обеспечение административной и общественной поддержки реализуемых мероприятий за счет развития интегративных связей на основе региональной Программы профилактики заболеваемости и инвалидности, вследствие болезней, вызванных ВИЧ и оппортунистических инфекций.
2. 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.
3. Необходимо внедрение сертификатов Социального фонда России на реабилитационные мероприятия и технические средства реабилитации.
4. 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.

5. Необходим мониторинг по информированию, персонифицированному подходу к профориентационным мероприятиям, 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.
6. Необходимо организовать работу медицинских организаций по приверженности к реализации медицинского раздела реабилитации.
7. Повысить ответственность всех контрагентов реабилитационных услуг, для этого нужна оценка эффективности реализации реабилитационных мероприятий всеми контрагентами реабилитационных программ совместно со службой МСЭ на этапах реабилитации инвалидов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из актуальных проблем современного общества является заболеваемость и инвалидность населения вследствие оппортунистических инфекций и болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека, требующая комплексного решения как на государственном, так и на региональном уровнях, и разработка эффективных мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации и абилитации. Изложенные факты определяют актуальность данного исследования в соответствии с поставленными целями задачами.

Выявлены закономерности формирования первичной, повторной и накопленной инвалидности, проведено ранжирование субъектов ЦФО по уровню первичной, повторной инвалидности взрослого населения с 2016 по 2022 годы, определены специфические клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные особенности инвалидности среди взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, проанализирована нуждаемость инвалидов в видах медико-социальной реабилитации и ТСР, сформулированы предложения по совершенствованию медико-социальной реабилитации соответствующей категории инвалидов.

За период с 2016 по 2022 годы проанализированы данные лиц в возрасте ≥ 18 лет, впервые (3 727) и повторно (8 852) признанных инвалидами вследствие болезней, обусловленных ВИЧ.

Исследование проведено поэтапно.

I этап исследования: ретроспективный анализ и пролонгированный до 2022 года, мониторинг статистических показателей формирования первичной, повторной и накопленной инвалидности взрослого населения в г. Москве. Проведено ранжирование субъектов ЦФО по уровням первичной, повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ.

II этап: оценены клинико-функциональные, лабораторные и экспертно-реабилитационные особенности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ.

III этап: осуществлено изучение потребности инвалидов в составляющих компонентах медико-социальной реабилитации с мониторингом эффективности их исполнения, включая социологический опрос (анкетирование) по определению качества реабилитации и установлению проблем при реализации. С учетом полученных данных разработаны научно обоснованные эффективные предложения по совершенствованию комплексных программ медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ.

На основании полученных данных сформированы выводы, практические рекомендации, внедренные в практическую деятельность службы МСЭ субъектов Российской Федерации.

Результаты исследования о динамике, структуре инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ в г. Москве свидетельствуют об уменьшении численности лиц, впервые признанных инвалидами, от 656 человек до 329 человек с темпом убыли – 49,8%, общее их число составляло 3 727 человек. Уровень первичной инвалидности данного контингента инвалидов характеризовался тенденцией снижения от $0,6 \pm 0,02$ до $0,3 \pm 0,02$, в среднем составлял $0,5 \pm 0,02$ на 10 тыс. населения. В структуре ВПИ преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет) – 79,3%, с тенденцией уменьшения их удельного веса и уровня инвалидности от $1,1 \pm 0,13$ до $0,5 \pm 0,03$, в среднем равнялся $0,9 \pm 0,01$ на 10 тыс. соответствующего населения.

По тяжести инвалидности преобладали инвалиды III группы (56,3%) с тенденцией уменьшения их удельного веса и уровнем от $0,4 \pm 0,03$ до $0,2 \pm 0,01$, в среднем равным $0,31 \pm 0,03$. Число ППИ в динамике увеличивалось от 1 017 человек до 1 903 человек, в целом составляло 8 852 человек с темпом роста + 59,3%. Уровень повторной инвалидности имел тенденцию к росту, в среднем составлял $1,2 \pm 0,09$ на 10 тыс. населения.

В возрастной структуре наибольший удельный вес составляли инвалиды молодого возраста (75,7%) с тенденцией их уменьшения и ростом уровня с $1,8 \pm 0,03$ до $3,0 \pm 0,12$, в среднем равным $2,0 \pm 0,13$ на 10 тыс. населения. Наибольшую долю составляли инвалиды III группы (71,7%) с тенденцией увеличения их удельного

веса и уровня от $0,6 \pm 0,02$ до $1,4 \pm 0,09$, в среднем равным $0,9 \pm 0,01$ на 10 тыс. взрослого населения.

Проведенное изучение накопленного контингента инвалидов с 2016 по 2022 годы выявило, что их число увеличивалось от 1 673 человек до 2 258 человек, в целом – 12 579 человек с темпом роста + 16,5. Уровень накопленной инвалидности обладал тенденцией роста с $1,59 \pm 0,03$ до $2,11 \pm 0,09$, в среднем составлял $1,69 \pm 0,09$ на 10 тыс. взрослого населения. В структуре преобладали ППИ, их доля составляла 70,4% с тенденцией увеличения от 60,8% до 83,1% и уровнем инвалидности от $1,0 \pm 0,09$ до $1,8 \pm 0,09$.

В возрастной структуре также преобладали инвалиды молодого возраста (18–44 лет) – 76,8% с тенденцией уменьшения их удельного веса и уровнем, равным $2,9 \pm 0,12$ на 10 тыс. соответствующего населения. По тяжести преобладали инвалиды III группы – 67,2% с тенденцией увеличения их удельного веса от 59,6% до 74,0% и уровнем от $0,96 \pm 0,006$ до $1,56 \pm 0,009$, в среднем равным интенсивным показателям $1,15 \pm 0,09$. В структуре ВПИ по нозологиям преобладали инвалиды вследствие ВИЧ с проявлениями инфекционных и паразитарных болезней – 46,9%, микобактериальной инфекции – 8,8%, множественных инфекций – 5,0%, ряда других уточненных заболеваний – 4,3%, других бактериальных инфекций – 4,1%. Аналогичная структура отмечалась и среди ППИ, и накопленного контингента инвалидов.

Ранжирование регионов ЦФО по интенсивным показателям первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, за 2016–2022 гг. выявило, что лидирующие позиции по уровню первичной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ занимали: Ивановская (0,94), Владимирская (0,7) области. Наиболее низкий уровень зарегистрирован в Белгородской, Брянской и Липецкой (0,1), Костромской (0,04) областях. Анализ динамических рядов повторной инвалидности и среднемноголетних показателей выявил, что наиболее высокие уровни были во Владимирской (2,21), Ивановской (1,3) областях, а также в г. Москве (1,21). При

этом наиболее низкие интенсивные показатели зарегистрированы в Брянской (0,21), Белгородской (0,27), Орловской, Смоленской (0,26) областях.

Исследование клинико-функциональных, лабораторных и экспертно-реабилитационных особенностей инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, выявило, что среди инвалидов преобладали мужчины (59%) в возрасте 42 лет, среднего роста (172 см), весом 65 кг, с ИМТ 21,9 кг/м², с высшим образованием. Большинство составили инвалиды III группы – 61,7%, в то время как инвалидов II (23,0%) и I групп (5,3%) было значительно меньше. Основными жалобами были: общая слабость (62,1%), утомляемость (30,7%), головокружение (25,7%), головная боль (24,8%), боль в конечностях (2,5%), боль в суставах (12,2%), одышка (16,6%), потеря веса (9,6%).

В структуре инвалидов вследствие ВИЧ с учетом стадии болезни наименьшую долю составляли инвалиды с 3 стадией болезни – 2,3%, с 4А стадией – 18,8%, с 4Б – 29,7% и с 4В – 49,2%.

Незначительные нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций отмечены в 36,3%, умеренные – в 10,9%, выраженные – в 2,3% случаев и в 0,3% – значительно выраженные. Незначительные нарушения данных функций выявлены у 60,9% инвалидов молодого возраста, в 33,6% лиц среднего возраста, в 5,45% среди лиц старше трудоспособного возраста. Умеренные нарушения были у 72,7%, 18,2% и 9,09% соответственно по возрастным группам, а выраженные нарушения отмечены у 71,4% инвалидов молодого возраста и в 28,6% лиц среднего возраста.

Нарушения функции системы крови и иммунной системы отмечались в 3% наблюдений – незначительные, в 62,7% – умеренные, в 28,4% – выраженные, в 5,3% – значительно выражены. Незначительные нарушения данных функций установлены в 55,6%, 33,3% и 11,1% соответственно по возрастным группам. Умеренные нарушения выявлены в 70% случаев у лиц молодого возраста, в 27,4% – среди лиц среднего возраста и в 2,6% у инвалидов старше трудоспособного возраста. При этом выраженные нарушения функции системы крови и иммунной

системы отмечены в 69,8%, 24,4% и 2,6% наблюдений вышеуказанных возрастных групп.

Значительно выраженные суммарные нарушения отмечены у 66,7% лиц молодого возраста, 30,3% среднего возраста и 3,03% инвалидов старше трудоспособного возраста. Выраженные суммарные нарушения зарегистрированы в 70,4%, 22,5% и 7,04% соответственно по возрастным группам.

С увеличением возраста инвалидов увеличивалась доля инвалидов с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и метаболизма, системы крови и иммунной системы, а также сенсорных функций.

С увеличением стадии болезни отмечалось увеличение удельного веса степени выраженности нарушений функции организма инвалидов, а также увеличивался уровень CD4+ лимфоцитов при 4В стадии и снижение уровня CD4+ лимфоцитов при 4А и 4Б стадии. Уровень CD4+ имел тенденцию к росту при утяжелении стадии болезни. Уровень CD4+ лимфоцитов при III группе инвалидности имел тенденции к снижению, при I–II группе инвалидности – к увеличению. Уровень CD8+ лимфоцитов при III группе также имел тенденцию к снижению, а при I–II группе инвалидности – к увеличению. Отмечалась прямая корреляционная связь между потерей веса и низким уровнем CD8+ лимфоцитов, нарушением функции пищеварения и низким уровнем CD4+ и высоким уровнем CD8+ лимфоцитов, между потливостью и высоким уровнем CD8+ лимфоцитов, между уровнем CD4+ лимфоцитов и нарушением функций системы крови и иммунной системы ($r=0,47$) и суммарным нарушением ($r=0,49$).

Ограничения способности к самообслуживанию у инвалидов с данной патологией отмечены в 16,5% 1-й степени, в 5,6% 2-й степени, к передвижению в 2,3% случаев 1-й степени, в 1,3% 2-й и в 1,0% случаев 3-й степени. Ограничения способности к трудовой деятельности 1-й степени зарегистрированы в 5,6% наблюдений, в 3,3% 2-й и в 0,3% 3-й степени.

Ограничения способности к самообслуживанию 1-й степени в 22,4% случаев отмечается у инвалидов при 4А стадии болезни, в 36,7% при 4Б, 2-й степени в

5,88% при 4А, в 36,7% при 4Б, в 52,9% при 4В стадии болезни. Ограничения способности к передвижению 1-й степени в 14,3% при 3 и 4А стадиях болезни, в 28,6% при 4Б стадии и в 42,9% при 4В стадии, ограничения к трудовой деятельности 1-й степени в 29,4% отмечалось при 4А и 4Б стадиях болезни, в 46,2% при 4В стадии, 2-й степени в 22,2% случаев при 4Б и в 77,8% при 4В стадии болезни.

Ограничение способности к самообслуживанию 1-й степени отмечается в 23% случаев среди инвалидов III группы, в 4,6% – II группы, в 12,5% – I группы. Ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени установлено у 17,2% инвалидов II группы и в 6,25% I группы.

Ограничения способности к передвижению 1-й степени установили в 3,7% наблюдений инвалидов III группы, 2-й степени – 3,45% инвалидов II группы и 3-й степени у 18,8% инвалидов I группы. Ограничение способности к трудовой деятельности 1-й степени отмечалось у 9,02% инвалидов III группы, 2-й степени у 10,3% инвалидов II группы и 3-й степени у 6,25% инвалидов I группы.

Потребности инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, в реабилитационных мероприятиях были обоснованно аргументированы. В медицинском блоке реабилитации потребность была максимальной, составляя в 100%. Такая же высокая была потребность в социальном разделе (97,6%), в то время как в профессиональном (29,0%) и ТСП (20,1%) существенно ниже. Наиболее часто рекомендовались из ТСП абсорбирующее белье, корсеты и трости. Количество реализованных ИПРА – 99,6%, по медицинской реабилитации реализованы мероприятия в 99,6%, по социальному блоку – в 70,8%, по профессиональному – в 20,9%.

Чаще ИПРА были реализованы частично (53,6%) или полностью (33%), в то время как не были реализованы лишь у 3,4% инвалидов. Полная компенсация нарушенных функций достигнута в 53% наблюдений, а частичная компенсация отмечена у 46,3% инвалидов.

В профессиональном разделе в 6,5% осуществлен подбор индивидуальных условий труда, в 1,5% случаев созданы специальные рабочие места, 38,8%

инвалидов обеспечена трудовая занятость. По результатам реализации мероприятий социальной реабилитации полная способность к самообслуживанию обеспечена у 79,6% инвалидов, а частичная – у 7,7%. В 89,3% наблюдений обеспечена способность к самостоятельному проживанию, при этом интегрированы в семью 89,9% инвалидов.

При изучении качества реализуемых реабилитационных услуг посредством анкетирования инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, установлено, что удовлетворены рекомендованными реабилитационными мероприятиями 85,6% респондентов, в 11,3% не удовлетворены (не рекомендованы лекарственные препараты по сопутствующим заболеваниям – 20%). Отмечали проблемы при получении стационарной и амбулаторной медицинской помощи 68,3% опрошенных, из них 33,6% инвалидов II группы и 10% инвалидов III группы. Проблемы при получении высокотехнологической медицинской помощи выявлены у 11,7% опрошенных, из них у 9,3% инвалидов II группы.

52,9% опрошенных отмечали потребность в социально-психологической помощи, из них преобладали инвалиды II группы (69,1%) и было значительно меньше инвалидов III группы (6,2%). Не удовлетворены получением социально-культурной реабилитации 17,1%. Получением ТСР не удовлетворены 20% опрошенных, в том числе 3,5% лиц с инвалидностью II группы и 12,3% с III группой инвалидности. Имелись потребности в помощи по трудоустройству у 39,4% опрошенных, из них – 10,8% инвалиды II группы. Опрошенные были преимущественно удовлетворены оказанием реабилитационных услуг (76,2%). В то же время были инвалиды, удовлетворенные реабилитационными услугами лишь частично (11,5%) или вообще не удовлетворенные (5,4%). После реабилитационных мероприятий 38,9% опрошенных отмечали субъективное улучшение здоровья. При этом 27,5% респондентов отметили, что здоровье скорее улучшилось, 17,8% – скорее ухудшилось, в 15,8% – определенно улучшилось. Свое качество жизни 49,9% инвалидов расценили как среднее, в 17,3% – ниже среднего. Каждый третий опрошенный (32,8%) считал свое качество жизни низким.

Социологическое исследование выявило существенные недостатки в реализации комплексных реабилитационных программ и недостаточную удовлетворенность медико-социальной помощью инвалидов. Полученные данные были положены в основу разработанных предложений по совершенствованию соответствующей помощи данной категории инвалидов.

Приоритетными предложениями по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией являются:

1. Обеспечение административной и общественной поддержки реализуемых мероприятий за счет развития интегративных связей на основе региональной Программы профилактики заболеваемости и инвалидности, вследствие болезней, вызванных ВИЧ и оппортунистических инфекций.
2. Персонализированный подход к оказанию лечебно-профилактической, медико-социальной и реабилитационной помощи инвалиду с различными заболеваниями вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, с использованием телемедицинских технологий, мобильных бригад с оптимизацией расписания и процедуры записи на прием.
3. Внедрение сертификатов Социального фонда России на реабилитационные мероприятия и технические средства реабилитации.
4. Обеспечение психологической помощи инвалидам на всех этапах маршрутизации при реализации реабилитационных мероприятий, а также проведение информационных мероприятий для повышения осведомленности инвалидов о доступных услугах психологической поддержки.
5. Мониторинг информирования и реализации персонифицированного подхода к проведению профориентационных мероприятий, сотрудничества с образовательными учреждениями и работодателем для создания программ профориентации и реабилитации, и профессионального переобучения с возможностями трудоустройства, адресного оказания помощи инвалидам по вопросам трудоустройства.

6. Организация работы медицинских организаций по приверженности к реализации медицинского раздела реабилитации.
7. Повышение ответственности всех контрагентов реабилитационных услуг с оценкой эффективности реализации реабилитационных мероприятий всеми контрагентами реабилитационных программ совместно со службой МСЭ на этапах реабилитации инвалидов.

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 персонифицированного 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 персонифицированного 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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПИ – впервые признанные инвалидами

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

ИМТ – индекс массы тела

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ППИ – повторно признанные инвалидами

СК – саркома Капоши

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ТСР – технические средства реабилитации

ТЦСО – территориальный центр социального обслуживания

ФКУ – Федеральное казенное учреждение

ЦФО – Центральный федеральный округ

COVID-19 – COronaVIrus Disease 2019 / коронавирусная инфекция 2019 года

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аглиуллина, С.А. ВИЧ-инфекция у женщин в Республике Татарстан (анализ заболеваемости) / С.А. Аглиуллина, Г.Р. Хасанова, Ф.И. Нагимова // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: взгляд в будущее. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 30-летию ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ». – Казань, 2019. – С. 85–94.
2. Актуальные вопросы распространения ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан / Н.М. Гашникова, А.В. Тотменин, Е.М. Астахова [и др.] // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 63–64.
3. Алхасова, Х.А. Феномен инвалидности и социальная реабилитация инвалидов / Х.А. Алхасова // Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы: сборник статей Международной научно-практической конференции: в 4 частях. – Ч. 4. – 2017. – С. 140–143.
4. Анализ динамики заболеваемости и социальных особенностей ВИЧ-инфекции в Республике Мордовия в 2014–2019 г / М.Г. Ласеева, Е.М. Ваничкина, Н.Н. Чернова, Л.И. Китаева // Сборник статей международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». – Санкт-Петербург, 2020. – С. 22–27.
5. Анализ инвалидности вследствие болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, среди взрослого населения Новосибирской области в динамике за 2018–2020 гг / Ж.М. Галанова, Н.Р. Линова, Л.Б. Милосердова [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – № 2. – С. 96–104.
6. Анализ нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов вследствие болезней крови и кроветворных органов с позиции потребности в реабилитационных мероприятиях / И.В. Федорова, Н.С. Запарий, А.Г. Самусенко [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2022. – Т. 21. – № 1. – С. 114–125.

7. Анализ первичной инвалидности при болезнях, вызванных ВИЧ в Ленинградской области / А.С. Рябоконь, О.Е. Доронина, Р.Н. Мустафин, С.А. Пономарев // Совершенствование организации деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы и оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в электронном виде, включая формирование «Федерального реестра инвалидов» в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. Сборник материалов научно-практической конференции. – 2017. – С. 144–146.
8. Анализ потребности инвалидов в медико-социальной реабилитации и оценка эффективности реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации в г. Москве за 2015–2017 гг / С.П. Запарий, Ю.А. Коврижных, С.Б. Шахсуварян [и др.] // Курортная медицина. – 2019. – № 1. – С. 75–80.
9. Анализ смертности и выживаемости среди ВИЧ-инфицированных на территории московского мегаполиса / А.И. Мазус, Е.В. Иванников, Г.Ю. Панкова [и др.] // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2011. – № 6 (219). – С. 9–13.
10. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном уровне / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – Т. 19. – № 1. – С. 4–7.
11. Баданов, С.В. Характеристика синдрома восстановления иммунной системы у пациентов с ко-инфекцией (ТБ/ВИЧ) / С.В. Баданов, П.Г. Сысоев // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 3. – С. 50–55.
12. Баринова, Г.В. Инвалидность как социальное явление современной России / Г.В. Баринова. – Саратов: Наука, 2015. – 189 с. – ISBN: 978-5-9999-2366-0. – Текст: непосредственный.
13. Беляков, Н.А. Коморбидные состояния при ВИЧ-инфекции. Часть II. Вторичные и сопутствующие инфекции / Н.А. Беляков, В.В. Рассохин. – Санкт-Петербург: Балтийский медицинский образовательный центр, 2019. – 252 с. – ISBN: 978-5-6041808-2-2. – Текст: непосредственный.

14. Белякова, Н.В. Совершенствование профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учреждениях: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 – Фтизиатрия / Белякова Надежда Викторовна; ГОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. – Москва, 2011. – 180 с.
15. Буркина, Е.С. Структура летальных исходов и частота встречаемости оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией г. Оренбурга / Е.С. Буркина, Т.С. Шахова, Н.Р. Михайлова // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2. – № 4 (19). – С. 18–20.
16. Бутасова, Н.С. Первичная инвалидность у лиц молодого возраста в Челябинской области за период 2017–2021 гг. / Н.С. Бутасова, Л.В. Осьмушкина, В.Ч. Ясько // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – № 3. – С. 99–111.
17. Веригина, Н.Б. Динамика уровня первичной инвалидности вследствие основных классов болезней среди взрослого населения Российской Федерации за 2019–2020 гг. (информационно-аналитический материал) / Н.Б. Веригина, М.А. Шкурко, Е.С. Красновская // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 2. – С. 73–82.
18. Веригина, Н.Б. Показатели инвалидности взрослого населения Российской Федерации в динамике за 2012–2018 гг. (информационно-аналитический материал) / Н.Б. Веригина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019. – № 2. – С. 16–29.
19. Веригина, Н.Б. Сравнительный анализ динамики уровня первичной инвалидности вследствие основных классов болезней у взрослого населения в Российской Федерации и её округах за 2016–2017 гг. (информационно-аналитический материал) / Н.Б. Веригина, Е.С. Красновская, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 2. – С. 17–26.
20. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2019 г / Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Л.А. Дементьева, Е.В. Соколова // Сборник статей международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы

ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». – Санкт-Петербург, 2020. – С. 3–9.

21. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под редакцией В.В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 689 с. – ISBN: 978-5-9704-5421-3. – Текст: непосредственный.

22. ВИЧ-инфекция: нормативно-правовое регулирование и эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации / А.В. Крикова, Н.А. Конышко, Л.И. Беспалова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т. 17. – № 3. – С. 54–59.

23. ВИЧ/СПИД – URL: <https://www.ilo.org/ru/regions-and-countries/europe-and-central-asia/направления-работы/вичспид> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

24. Всемирная программа действий в отношении инвалидов / Организация Объединенных Наций. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prog.shtml – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

25. Всемирный день борьбы со СПИДом 2021, 1 декабря 2021. – URL: <https://www.unaids.org/ru/2021-world-aids-day> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

26. Вторичные и соматические заболевания при ВИЧ-инфекции / В.В. Рассохин, Н.А. Беляков, В.В. Розенталь [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6. – № 1. – С. 7–18.

27. Гальянов, А.А. Методика оценки результатов реабилитации инвалидов на основе динамики показателей качества жизни в рамках международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья: методическое пособие / А.А. Гальянов, И.В. Хазова. – СПб. : [б. и.], 2009. – 48 с. – Текст: непосредственный.

28. Гендерные и возрастные характеристики ВИЧ-инфицированных жителей Липецкой области / А.В. Болдырева, А.Н. Филатов, О.Н. Щепинова, Т.Н. Коннова

- // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 43–44.
29. Генерализованная ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши с мультиорганным поражением у коморбидного пациента / А.А. Хрянин, Д.В. Капустин, А.П. Надеев [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – Т. 15. – № 2. – С. 100–105.
30. Гимаева, Р.М. Особенности социально-психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных лиц / Р.М. Гимаева, В.В. Карпункова // Научно-методический экспертный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 17. – С. 282–287.
31. Глобальная статистика по ВИЧ за 2018 год: Информационный бюллетень – URL: <https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2019/UNAIDS.FactSheet> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
32. Гордиевская, Е.О. Применение инновационных технологий в психологической реабилитации / Е.О. Гордиевская, М.Р. Миронова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – Т. 1. – № 3. – С. 34–41.
33. Гринин, В.М. Характеристика отдельных показателей инвалидности людей пожилого и старческого возраста в Российской Федерации в динамике / В.М. Гринин, Э.И. Шестемирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20. – № 4. – С. 195–200.
34. Гузенкова, Т.С. Социальные аспекты противодействия ВИЧ-инфекции в мегаполисах (на примере Москвы). Аналитический доклад / Т.С. Гузенкова, О.В. Петровская, И.И. Белобородов. – Российский институт стратегических исследований. – Москва, 2016. – URL: <https://spid-s3.aif.ru/upload/Z8OXVUkLsnHaldVZ0Xkz6dyjIRmr58DdgTuGfnCb.pdf> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
35. Динамика повторной инвалидности взрослого населения вследствие ВИЧ инфекции в г. Москве в сравнительном аспекте за 2015-2019 гг / Н.С. Запарий, Ж.М. Калачева, В.Г. Левкин [и др.] // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. Сборник статей IV Национального конгресса с международным участием. – Санкт-Петербург. 2021. – С. 95–104.

36. Динамика потребностей инвалидов в видах медико-социальной реабилитации и эффективность мероприятий по реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации в г. Москве за 2018–2020 годы / С.П. Запарий, И.В. Федорова, В.Г. Левкин [и др.] // Курортная медицина. – 2022. – №1. – С. 84–93.
37. Динамика потребности в комплексной реабилитации у инвалидов из числа взрослого населения Российской Федерации за 2019 – 2021 гг / М.А. Дымочка, О.С. Андреева, О.Г. Струкова, В.А. Бочкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – №2. – С. 42–48.
38. Дмитриев, В.Н. Заболеваемость взрослого населения Российской Федерации по классам болезней в динамике за 2010 – 2018 гг / В.Н. Дмитриев, Н.А. Андреева, М.А. Урусова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 2. – С. 27–32.
39. Довгополук, Е.С. Причины смертности ВИЧ-инфицированных жителей Сибирского федерального округа за 2010–2015 гг. / Е.С. Довгополук, Л.И. Левахина, А.Т. Тюменцев // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 52–53.
40. Зайцев, В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В.П. Зайцев // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85. – № 19. – С. 105–110.
41. Запарий, Н.С. Заболеваемость и инвалидность взрослого населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ, и мероприятия по их снижению / Н.С. Запарий // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2012. – № 2. – С. 21–26.
42. Запарий, Н.С. Научное обоснование программы профилактики и снижения заболеваемости и инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией: дис. ... док. мед. наук: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение; 14.01.09 – Инфекционные болезни / Запарий Наталья Сергеевна;

Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены. – Москва, 2012. – 365 с.

43. Запарий, Н.С. Прогноз первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней, вызванных ВИЧ, в РФ и федеральных округах на 2011–2015 гг. / Н.С. Запарий // Материалы науч.-практ. конф. «Пути модернизации медико-социальной экспертизы в рамках реализации государственной программы «Доступная среда» на 2011–2015 гг.». – Москва, 2011. – С. 53–54.

44. Запарий, С.П. Гендерно-возрастной спектр первичной инвалидности вследствие рака желудка взрослого населения в г. Москве за 2015–2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова // Сборник материалов научно-практической конференции по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы. – Москва, 2020. – С. 55–65.

45. Запорованный, Ю.Б. Медико-социальная характеристика пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» / Ю.Б. Запорованный // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 4 (34). – С. 131–136.

46. Запорованный, Ю.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация пациентов с ВИЧ-инфекцией: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация / Запорованный Юрий Борисович; Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации. – Минск, 2016. – 21 с.

47. Захарьян, А.Г. Особенности первичной инвалидности населения Новосибирской области / А.Г. Захарьян // Медицина и образование Сибири. – 2015. №1. – С. 38-44.

48. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация в России. перспективы развития / Г.Е. Иванова // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – № 2–1. – С. 9–13.

49. Измestьева, Т.В. Первичная инвалидность вследствие болезни, вызванной ВИЧ, среди взрослого населения Кемеровской области – Кузбасса за период 2017–2021 гг. / Т.В. Измestьева, А.А. Стадник, А.А. Основа // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – № 4. – С. 78–84.

50. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 1–2. – С. 10–17.
51. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т.М. Малевой. – Москва: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 256 с. – ISBN: 978-5-7749-1213-1. – Текст: непосредственный.
52. Калачева, Ж.М. Инвалидность взрослого населения вследствие болезней мочевыделительной системы и совершенствование реабилитации: диссертация. ... канд. мед. наук: 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия; 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Калачева Жанна Михайловна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 193 с.
53. Карпова, Л.В. Первичная инвалидность взрослого населения Иркутской области вследствие коинфекции «ВИЧ-туберкулез» в 2018–2020 гг / Л.В. Карпова, М.В. Рыбалко // Инновационные принципы совершенствования системы медико-социальной экспертизы: современное состояние и перспективы развития. Сборник материалов научно-практической конференции. – Москва, 2021. – С. 101–104.
54. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых» / Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции; Национальная вирусологическая ассоциация. – 2020. – URL: <https://aids43.ru/doc/KP79%20ВИЧ%20взрослые%202020.pdf> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
55. Коврижных, М.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации инвалидов вследствие травм нижних конечностей: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация; 14.02.03 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Коврижных Максим Владимирович; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 220 с.

56. Коврижных, Ю.А. Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов молодого возраста вследствие злокачественных новообразований в г. Москве: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация; 14.02.03 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Коврижных Юлия Александровна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2020. – 228 с.
57. Козлов, С.И. Анализ показателей общей инвалидности среди взрослого населения Российской Федерации за период 2010–2019 гг / С.И. Козлов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 4. – С. 8–13.
58. Козлов, С.И. Основные тенденции повторной инвалидности в Российской Федерации за период 2009–2018 гг / С.И. Козлов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019. – № 4. – С. 49–54.
59. Количественная характеристика стойких нарушений функций крови и иммунной системы с использованием балльной оценки у больных ВИЧ-инфекцией для отражения в Международной классификации функционирования / Е.М. Углева, Т.Ю. Ямщикова, О.Н. Владимирова, Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24. – № 4. – С. 25–32.
60. Кольцова, О.В. Психологическая помощь ВИЧ-инфицированным пациентам в Санкт-Петербургском центре СПИД: история и современность // Журнал инфектологии. – 2021. – Т. 13. – № 4. – С. 121–126.
61. Кондратова, С.Е. Современная эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе региона с высоким уровнем пораженности ВИЧ: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.02 – Эпидемиология / Кондратова Светлана Евгеньевна; ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России. – Тюмень, 2020. – 226 с.
62. Концептуальный подход к развитию в Российской Федерации системы комплексной реабилитации / Ж.В. Порохина, А.А. Ярков, Е.В. Морозова [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 2. – С. 52–60.

63. Крашина, С.А. Факторы, влияющие на тяжесть инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции / С.А. Крашина // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 58–59.
64. Кулагина, Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты / Е.В. Кулагина // Региональная экономика: теория и практика. – 2016. – № 11 (434). – С. 103–119.
65. Латышева, И.Б. ВИЧ-инфекция у женщин и детей в Российской Федерации / И.Б. Латышева, Е.Е. Воронин // Сборник статей международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». – Санкт-Петербург, 2020. – С. 9–11.
66. Латышева, И.Б. Профилактика, диагностика и лечение перинатальной ВИЧ-инфекции в РФ / И.Б. Латышева, Е.Е. Воронин // Сборник статей международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ». – 2017. – С. 9–14.
67. Лёвкин, В.Г. Инвалидность вследствие рака лёгкого и совершенствование медико-социальной реабилитации: дис. ... канд. мед. наук: 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия; 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Лёвкин Владимир Геннадьевич; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 208 с.
68. Леонова, О.Н. Тяжелые и коморбидные формы ВИЧ-инфекции: клиника, эпидемиология, организация медико-социальной помощи: дис. ... док. мед. наук: 14.01.09 – Инфекционные болезни; 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение / Леонова Ольга Николаевна; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Санкт-Петербург, 2019. – 388 с.
69. Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica : учебное пособие для вузов / С.Н. Гашев, Ф.Х. Бетляева, М.Ю. Иванова,

- К.Р. Цицкиева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 170 с. – ISBN: 978-5-534-19263-6. – текст: непосредственный.
70. Медико-социальная реабилитация после инфекционных заболеваний / В.А. Епифанов, Н.Д. Ющук, А.В. Епифанов [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 558 с. – ISBN: 978-5-9704-5915-7. – Текст: непосредственный.
71. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирёва, М.В. Коробов [и др.] // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 4. – С. 498–504.
72. Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях: учебное пособие / под ред. Ю.В. Лобзина, Е.Е. Ачкасова, Д.Ю. Бутко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с. – ISBN: 978-5-9704-5627-9. – Текст: непосредственный.
73. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – URL: <https://zdravmedinform.ru/icf/b430-b439.html> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
74. Молчанова, Е.В. Общественное здоровье в России и странах Северной Европы / Е.В. Молчанова, М.М. Буркин // Народонаселение. – 2018. – Т. 21. – № 2. – С. 84–98.
75. Мусабаева, Н.Э. Особенности клинического течения ВИЧ-инфекции среди населения Узбекистана / Н.Э. Мусабаева, Р.И. Касимова, Р.З. Пулатова // Сборник статей международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». – Санкт-Петербург, 2020. – С. 51–56.
76. Назарли, А.Б. Оценка эпидемиологической ситуации, связанной с ВИЧ-инфекцией, в Азербайджане / А.Б. Назарли, Ф.Т. Сингатулов, Н.А. Зульфугаров // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 58–59.
77. Нацун, Л.Н. Инвалидизация населения стран Европы как индикатор результативности их политики в сфере здравоохранения / Л.Н. Нацун //

Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2019. – Т. 12. – № 4. – С. 200–219.

78. Нацун, Л.Н. Исследование особенностей статистического учета первичной инвалидности взрослого населения в России в контексте социальной политики / Л.Н. Нацун // *Siberian Socium*. – 2020. – Т. 4. – № 2 (12). – С. 32–47.

79. Неврологические осложнения ВИЧ-инфекции / М.А. Евзельман, И.А. Снимщикова, Л.Я. Королева, П.Р. Камчатнов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2015. – Т. 115. – № 3. – С. 89–93.

80. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции / А.Н. Бойко, А.И. Мазус, Е.В. Цыганова [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2012. – Т. 112. – № 9–2. – С. 23–28.

81. Неотложность выбора. Противодействие СПИДу на перепутье. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2024. – URL: <https://crossroads.unaids.org/wp-content/uploads/2024/09/UNAIDS-GLOBAL-REPORT-Executive-summary-Russian.pdf> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

82. Нечаева, О.Б. Влияние ВИЧ-инфекции на демографическую ситуацию в России / О.Б. Нечаева, А.С. Подымова // *Медицинский альянс*. – 2018. – № 1. – С. 6–16.

83. Никитин, Н.С. Опыт использования средств физической культуры при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных людей / Н.С. Никитин // *Вестник Российского государственного университета им. И. Канта*. – 2009. – № 11. – С. 106–109.

84. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Министерства Министрства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н [зарегистрирован в Минюсте 19.11.2019, рег. № 56528].

85. О ратификации Конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ.

86. О СПИДе в цифрах и фактах. – URL: <https://www.unaids.org/ru> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

87. Об основах здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 232-ФЗ.
88. Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 1 февраля 2018 г. № 46.
89. Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 979н [зарегистрирован в Минюсте 02.06.2021, рег. № 63784].
90. Оппортунистические заболевания как причины поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией / А.С. Шеломов, Е.В. Степанова, О.Н. Леонова, Н.Л. Смирнова // Журнал инфектологии. – 2016. – Т. 8. – № 3. – С. 107–115.
91. Определение критерия «стойкости нарушения функций организма», как основы реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева, И.В. Деденева, С.В. Павлова [и др.] // Технологии реабилитации: наука и практика: материалы международной научной конференции. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 55–56.
92. Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: руководство в 5 т. / под ред. А.И. Осадчих, С.Н. Пузина, Е.Е. Ачкасова. – Москва: Литтерра, 2017. – ISBN 978-5-4235-0250-8. – Текст: непосредственный.
93. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Татарстан за 2014-2019 годы / А.А. Альмухаметов, И.В. Петров, Н.И. Галиуллин [и др.] // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка. Международная научно-практическая конференция. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 131–132.
94. Оценка динамики путей передачи ВИЧ-инфекции в Узбекистане / С.Э. Умиров, К.С. Сафаева, Х.М. Халдарова [и др.] // Сборник тезисов VI Международной

конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 41–42.

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

96. 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 Российского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2023. – № 4. – С. 43–50.

97. 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 Российского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2023. – № 4. – С. 51–57.

98. Первичная и повторная инвалидность вследствие болезней, обусловленной ВИЧ-инфекцией, в городах Москве и Санкт-Петербурге за 2013–2017 гг / Н.С. Запарий, Е.В. Кароль, Ю.А. Коврижных, В.Б. Белобородов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 3–4. – С. 138–143.

99. Первичная инвалидность взрослого населения Российской Федерации за период 2019–2021 гг (информационно-аналитический материал) / М.А. Дымочка, Н.Б. Веригина, Д.А. Турченкова [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. – № 2. – С. 8–19.

100. Перепелкина, Н.Ю. Ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.А. Калинина // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 9 (142). – С. 72–75.

101. Петрова, О.Н. Первичная инвалидность взрослого населения Орловской области за период 2017–2019 гг / О.Н. Петрова, В.И. Менькова, Е.В. Ломакина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 1. – С. 94–102.
102. Пирогова, И.А. Распространенность ВИЧ-инфекции в России / И.А. Пирогова // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2. – № 4 (19). – С. 45–49.
103. Подымова, А.С. Научное обоснование совершенствования региональной системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на основании комплексного медико-организационного исследования: дис. ... док. мед. наук: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение / Подымова Анжелика Сергеевна; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. – Москва, 2018. – 428 с.
104. Покровская, А.В. Особенности системы учета случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / А.В. Покровская, Е.В. Соколова, В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – Т. 11. – № 3. – С. 13–18.
105. Покровский, В.В. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, А.В. Покровская // Демографическое обозрение. – 2017. – Т. 4. – № 1. – С. 65–82.
106. Покровский, В.В. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 848 с. – ISBN: 978-5-9704-4374-3. – Текст: непосредственный.
107. Пономаренко, Г.Н. Восстановительная медицина: фундаментальные основы и перспективы развития / Г.Н. Пономаренко // Физическая и реабилитационная медицина. – 2022. – Т. 4. – № 1. – С. 8–20.
108. Пономаренко, Г.Н. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации / Г.Н. Пономаренко, О.Н. Владимирова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – Т. 1. – № 1. – С. 9–15.
109. Пономаренко, Г.Н. Научная платформа современной реабилитации / Г.Н. Пономаренко // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации. Материалы I

национального конгресса с международным участием. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 13–15.

110. Пономаренко, Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина: клинические рекомендации, основанные на доказательствах / Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен; под ред. акад. А.Н. Разумова. – Москва: Наука, 2020. – 248 с. – Текст: непосредственный.

111. Поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных в эпидемиологически неблагополучном регионе / З.А. Хохлова, Р.А. Галева, Т.В. Середа [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2019. – Т. 9. – № 4. – С. 35–42.

112. Потапенко, О.И. Дифференциация интенсивности первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга среди взрослого населения за 2016–2022 гг. / О.И. Потапенко, Е.Е. Ачкасов / Инновационные научные исследования в современном мире: теория, методология, практика. Сборник научных статей по материалам XII Международной научной конференции. – Уфа, 2023. – С. 116–128.

113. Потапенко, О.И. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований головного мозга и совершенствование комплексной реабилитации: дис. ... канд. мед. 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 / Потапенко Ольга Ивановна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2024. – 227 с.

114. Потапенко, О.И. Комплексное изучение повторной инвалидности вследствие злокачественных новообразований головного мозга среди взрослого населения в г. Москве за 2016–2021 года / О.И. Потапенко, Н.С. Запарий // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2023. – № 2. – С. 50–59.

115. Проблемные вопросы реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, Н.С. Говорушкина [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 4. – С. 11–17.
116. Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебное пособие / [Е.Е. Ачкасов, Л.В. Веселова, Л.А. Гридин и др.]; под ред. Е.Е. Ачкасова, Н.Д. Твороговой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 351 с. – ISBN: 978-5-9704-4601-0. – Текст: непосредственный.
117. Распространение инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, на территориях Российской Федерации в 2021 г / Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Соколова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2022. – Т. 12. – № 3. – С. 12–18.
118. Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков на территории Сибирского федерального округа / Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Соколова, Д.Г. Чекрыжова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – Т. 11. – № 4. – С. 7–13.
119. Реабилитация инвалидов в Российской Федерации / В. Трубин, Н. Николаева, О. Авдеев [и др.] // Социальный бюллетень. – 2015. – № 4 (декабрь). – 44 с.
120. 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 Российского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2023. – № 3/4. – С. 62–75.
121. Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний, химиопрофилактике заражения ВИЧ / В.В. Покровский, О.Г. Юрин, А.В. Кравченко [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – Т. 11. – № S4. – С. 3–103.
122. Решетова, П.С. Социально-реабилитационная помощь ВИЧ-инфицированным / П.С. Решетова, П.А. Семенов // Вестник совета молодых

учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2. – № 1 (16). – С. 106–109.

123. Савина, А.А. Тенденции смертности от ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации / А.А. Савина, А.С. Лукманов, Е.В. Землянова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – Т. 15. – № 2. – С. 81–89.

124. Садыкова, Г.М. Возможности действующей в Казахстане системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции для анализа эпидемиологической ситуации и эффективности лечения на примере Актюбинской области / Г.М. Садыкова // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 57–58.

125. Самусенко, А.Г. Заболеваемость и инвалидность взрослого населения старше трудоспособного возраста вследствие болезней нервной системы и совершенствование медико-социальной реабилитации: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация; 14.02.03 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Самусенко Анастасия Геннадьевна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2020. – 188 с.

126. Сарсекеева, Н.Е. ВИЧ-инфекция и токсоплазмоз / Н.Е. Сарсекеева // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10–10. – С. 1976–1978.

127. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024625261, Российская Федерация. Комплексное изучение инвалидности и мероприятия по совершенствованию реабилитации инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции / М.Э. Пахомова, Е.Е. Ачкасов, Н.С. Запарий. Правообладатель: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). – 2024625217, заявл. 13.11.2024; опубл. 18.11.2024, Бюл. № 11.

128. Севастьянов, М.А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы ее совершенствования / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, В.А. Бронников // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. – № 2. – С. 273–283.
129. Сенькина, Е.Л. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Рязанской области за 2011–2020 гг. и влияние пандемии COVID-19 на показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией / Е.Л. Сенькина, М.А. Демченко // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2022. – Т. 12. – № 3. – С. 26–30.
130. Серебровская, О.Л. Клинико-лабораторная, эпидемиологическая и социально-демографическая характеристика ВИЧ-инфекции в Южно-Уральском регионе Российской Федерации: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.09 – Инфекционные болезни; 14.02.02 – Эпидемиология / Серебровская Ольга Леонидовна; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России. – Санкт-Петербург, 2018. – 189 с.
131. Смертность, связанная с инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, в Российской Федерации в 1987–2018 гг / Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Н.В. Козырина [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2020. – Т. 10. – № 3. – С. 54–62.
132. Солтанова, В.Л. Анализ первичной инвалидности вследствие болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека, среди взрослого населения Томской области в динамике за 2018–2022 гг / В.Л. Солтанова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2023. – № 2. – С. 97–107.
133. Социально-психологическая реабилитация больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, ранее пребывавших в местах лишения свободы / В.В. Ерохин, Л.П. Алексеева, М.В. Мартынова, З.Х. Корнилова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91. – № 6. – С. 25–34.
134. Социально-экономическое бремя ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / Н.А. Авксентьев, А.С. Макаров, Ю.В. Макарова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2022. – Т. 12. – № 3. – С. 19–25.

135. Степанова, Е.В. Анализ установленной группы инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией / Е.В. Степанова, О.Н. Леонова, С.А. Бузунова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2022. – Т. 12. – № 1. – С. 46–52.
136. Струкова, О.Г. Медико-социальная специфика инвалидизирующего заболевания / О.Г. Струкова, Е.В. Морозова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 2. – С. 40–49.
137. Структура первичной и повторной инвалидности взрослого населения Саратовской области вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией, за период 2014–2020 гг / А.Н. Данилов, Т.Л. Абрамян, И.А. Мамонова [и др.] // Санитарный врач. – 2022. – № 5. – С. 361–369.
138. Тенденции распространения ВИЧ-инфекции в Уральском федеральном округе на современном этапе / А.В. Алимов, Е.В. Леленкова, Л.Г. Вяткина, А.В. Новоселов // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 45–46.
139. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда / Е.Е. Ачкасов [и др.]; под ред. Е.Е. Ачкасова, С.Н. Пузина, Е.В. Машковского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. – ISBN: 978-5-9704-4287-6. – Текст: непосредственный.
140. Трофимова, Т.Н. Радиология и ВИЧ-инфекция. / Т.Н. Трофимова, Н.А. Беляков, В.В. Россохин. – Санкт-Петербург: Балтийский медицинский образовательный центр, 2017. – 352 с. – ISBN: 978-5-905128-30-1. – Текст: непосредственный.
141. Углева, Е.М. Некоторые исторические аспекты экспертизы и социальной защиты инвалидов с ВИЧ-инфекцией – СПИД 18 лет и старше в Российской Федерации / Е.М. Углева, Т.Ю. Ямщикова // Медицинский альманах. – 2022. – № 2 (71). – С. 85–90.
142. Углева, Е.М. Применение технических средств реабилитации инвалидов 18 лет и старше с ВИЧ-инфекцией/СПИДом / Е.М. Углева, Л.А. Карасева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2022. – Т. 25. – № 3. – С. 181–188.

143. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, В.В. Лорер [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 30–42.
144. Федорова, И.В. Оптимизация медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней крови и кроветворных органов: дис. ... канд. мед. наук: 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия; 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Федорова Ирина Витальевна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 219 с.
145. Фурсова, Л.А. Цереброваскулярные поражения при ВИЧ-инфекции / Л.А. Фурсова, П.А. Синевич // Международный неврологический журнал. – 2017. – Т. 89. – № 3. – С. 136–142.
146. Характеристика заболеваемости и эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в крупных промышленных городах / Р.Н. Андреев, А.Ф. Кателло, О.В. Омесь [и др.] // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка. Международная научно-практическая конференция. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 134–135.
147. Шмакова, Н.Н. Нуждаемость инвалидов вследствие ишемической болезни сердца в медико-социальной реабилитации и результаты её реализации / Н.Н. Шмакова // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. – Чебоксары, 2022. – С. 30–42.
148. Шмакова, Н.Н. Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация; 14.02.03 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения / Шмакова

Наталия Николаевна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2022. – 209 с.

149. Шмакова, Н.Н. Характеристика показателей повторной инвалидности вследствие хронических ревматических болезней сердца в регионах Центрального федерального округа за период 2014–2019 гг. / Н.Н. Шмакова, А.И. Осадчих, Н.С. Запарий // Новое слово в науке: стратегии развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции (Чебоксары, 9 марта 2022 г.). – 2022. – С. 48–62.

150. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П. Щепин, В.А. Медик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 592 с. – ISBN: 978-5-9704-2216-8. – Текст: непосредственный.

151. Щепин, О.П. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья / О.П. Щепин, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 3–5.

152. Эпидемиологическая картина инвалидности различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства / С.Н. Пузин, М.А. Дымочка, С.А. Бойцов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 1–2. – С. 50–54.

153. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь / А.В. Русанович, С.В. Сергеенко, И.Н. Глинская, И.А. Карабан // Сборник тезисов VI Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2018. – С. 66.

154. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Кузбассе. – URL: <https://www.kemspid.ru/spetsialistam/epidsituatsiya-po-vich-infektsii-v-kuzbasse> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

155. A mobile application for physical exercise in people living with HIV / M. Bonato, F. Turrini, V. De Zan [et al.] // Sports Exercise Med Sci. – 2020. – Vol. 52. – № 2. – P. 425–433.

156. A person-centred approach to improving the long-term health and well-being of people living with HIV in Europe / J.V. Lazarus, M. Cascio, J. Anderson [et al.] // J Int AIDS Soc. – 2023. – Suppl. 1. – Art. e26117.
157. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach: 2010 revision / World Health Organization. – Geneva, 2010. – 145 p. – ISBN: 978-92-4-159976-4. – Текст: непосредственный.
158. Assessing the Level of Satisfaction of Patients with TB-DOTS Implementation in Rural and Urban Centres of Selected DOTS accredited facilities in Anambra State, Nigeria / M.C. Ohameme, F. Ilika, C.C. Aniagboso [et al.] // Int J Trop Dis Heal. – 2021. – Vol. 42. – № 5. – P. 42–50.
159. Benjamini, Y. Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing / Y. Benjamini, Y. Hochberg // J R Stat Soc Series B Stat Methodol. – 1995. – Vol. 57. – № 1. – P. 289–300.
160. Boerma, J.T. Estimates of HIV-1 prevalence from national population-based surveys as a new gold standard / J.T. Boerma, P.D. Ghys, N. Walker // Lancet. – 2003. – Vol. 362. – № 9399. – P. 1929–1931.
161. Chetty, L. The perceptions of older people living with hiv/aids towards physical activity and exercise / L. Chetty, S. Cobbing, V. Chetty // AIDS Res Ther. – 2022. – Vol. 19. – Art. 67.
162. Considerations for developing and implementing an online community-based exercise intervention with adults living with HIV: a qualitative study / B. Lau, I. Sharma, S. Magcu [et al.] // BMJ Open. – 2022. – Vol. 12. – № 4. – Art. e059294.
163. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations / World Health Organization. – Geneva, 2016. – 155 p. – ISBN: 978 92 4 151112 4. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
164. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance / World Health Organization. – Geneva, 2017. – 224 p. – ISBN: 978-92-4-

151263-3. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151263-3> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

165. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd ed / World Health Organization. – Geneva, 2016. – 480 p. – ISBN: 978-92-4-154968-4. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

166. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review / L.M. Banks , R. Mearkle , I. Mactaggart [et al.] // Oxford Development Studies. – 2016. – Vol. 45. – № 3. – P. 223–239.

167. Effect of a smartphone app-based nutrition and physical activity program for men living with HIV with dyslipidemia: a pilot randomized trial / M. Aomori, C. Mutsomoto, S. Takebayashi [et al.] // Jpn J Nurs Sci. – 2023. – Vol. 20. – № 3. – Art. e12535.

168. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015 / GBD 2015 HIV Collaborators // Lancet HIV. – 2016. – Vol. 3. – № 8. – P. e361–e387.

169. Fast-Track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV / UNAIDS, 2017. – 59 p. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2895_Fast-Track%20and%20human%20rights_Print.pdf – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

170. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / A. Cieza, K. Causey, K. Kamenov [et al.] // Lancet. – 2021. – Vol. 396. – № 10267. – P. 2006–2017.

171. Global health sector strategy in HIV 2016-2021: towards ending AIDS / World Health Organization. – Geneva, 2016. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

172. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet / UNAIDS. — URL: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
173. Global status report of disability and development. Prototype 2015 / United Nations. — New York, 2015 — 230 p. — URL: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/2016/GlobalStatusReportonDisabilityandDevelopment.pdf> — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
174. Guidelines for conducting HIV surveillance among pregnant women attending antenatal clinics based on routine program data / World Health Organization. — Geneva, 2015. — 83 p. — ISBN: 9789241509725. — URL: <https://www.medbox.org/document/conducting-hiv-surveillance-based-on-routine-programme-data-among-pregnant-women-attending-antenatal-clinics> — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
175. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy / World Health Organization. — Geneva, 2017. — 56 p. — ISBN: 9789241550062. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062> — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
176. Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance / World Health Organization. — Geneva, 2017. — 84 p. — ISBN: 9789241550055. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550055> — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
177. HIV Care Continuum Report, 2020 / Michigan Department of Health and Human Services. — URL: https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder2/Folder58/Folder1/Folder158/HIV_Care_Continuum_Report_2021.pdf?rev=a62a993c9f4644a79f85da328d87f26e — Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
178. Human immunodeficiency virus-associated squamous cell cancer of the anus: epidemiology and outcomes in the highly active antiretroviral therapy era / E.Y. Chiao, T.P. Giordano, P. Richardson, H.B. El-Serag // J Clin Oncol. — 2008. — Vol. 26. — № 3. — P. 474–479.

179. Identifying the needs of older people living with HIV (≥ 50 years) from multiple centers around the world: a descriptive analysis / T.M. Grosso, D. Hernández-Sánchez, G. Dragovich [et al.] // *AIDS Res Ther.* – 2023. – Vol. 20. – № 1. – Art. 10.
180. Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4⁺ cell count and viral load response to antiretroviral therapy / M.T. May, M. Gompels, V. Delpech [et al.]; UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study // *AIDS.* – 2014. – Vol. 28. – № 8. – P. 1193–1202.
181. Increased prevalence of depression and anxiety among adults starting antiretroviral therapy during the COVID-19 pandemic in Shinyaga region, Tanzania / S. Winters, A. Sabasaba, C.A. Fahey [et al.] // *AIDS Res Ther.* – 2023. – Vol. 20. – № 1. – Art. 36.
182. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) related to personal mobility / World Health Organization. – Geneva, 2011. – 34 p. – ISBN: 9789241502887. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/joint-position-paper-on-the-provision-of-mobility-devices-in-less-resourced-settings> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
183. On the Fast-Track to end AIDS / UNAIDS 2016-2021 strategy. – URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
184. Patient satisfaction with HIV and AIDS services at Mizan Tepi University Teaching Hospital, southwestern Ethiopia / T. Nigussi, T. Aferu, Y. Mamo, M. Feyisya // *HIV AIDS (Auckl).* – 2020. – Vol. 12. – P. 403–410.
185. Perceived satisfaction with HIV treatment and its association with antiretroviral therapy adherence and viral suppression in the African Cohort Study / N. Somi, N. Dir, D. Reed [et al.] // *AIDS Res Ther.* – 2021. – Vol. 18. – № 1. – Art. 89.
186. Perceived social support among adults experiencing difficulty adhering to HIV care and treatment / M. Enriquez, D.A. Mercier, A.L. Cheng, J.W. Banderas // *J Assoc Nurses AIDS Care.* – 2019. – Vol. 30. – № 3. – P. 362–371.

187. Predicting risk of cancer during HIV infection: the role of inflammatory and coagulation biomarkers / Á.H. Borges, M.J. Silverberg, D. Wentworth [et al.] // AIDS. – 2013. – Vol. 27. – № 9. – P. 1433–1441.
188. Presence of tuberculosis symptoms in HIV-positive men who have sex with men (MSM) in Zimbabwe / M. Mapingure, I. Chingombe, T. Dzinamarira [et al.] // AIDS Res Ther. – 2024. – Vol. 21. – № 1. – Art. 18.
189. Rehabilitation in health systems: guide for action / World Health Organization. – Geneva, 2019. – 72 p. – ISBN 978–92–4–151598–6. – <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf>. – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
190. Research priorities for rehabilitation and aging with HIV: a framework from the Canada-International HIV and Rehabilitation Research Collaborative (CIHRRC) / K.K. O'Brien, F. Ibáñez-Carrasco, P. Solomon [et al.] // AIDS Res Ther. – 2020. – Vol. 17. – № 1. – Art. 21.
191. Research priorities in HIV, aging and rehabilitation: building on a framework with the Canada-International HIV and Rehabilitation Research Collaborative / K.K. O'Brien, F. Ibáñez-Carrasco, K. Birtwell [et al.] // AIDS Res Ther. – 2023. – Vol. 20. – № 1. – Art. 86.
192. Satisfaction with antiretroviral therapy services and associated factors among adult clients receiving antiretroviral therapy in Woliso town, Ethiopia / B. Abdissa, R. Abdissa, J. Derega, S.K. Wake // AIDS Res Ther. – 2024. – Vol. 21. – № 1. – Art. 6.
193. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide / K. Hawton, L. Linsell, T. Adeniji [et al.] // Lancet. – 2014. – Vol. 383. – № 9923. – P. 1147–1154.
194. Spectrum of clinical and functional impairments and life limitations in individuals with disabilities due to diseases associated with HIV infection / M.E. Pakhomova, N.S. Zapariy, E.E. Achkasov, I.N. Khalyastov // African Journal of Biological Sciences. – 2024. – Vol. 6. – № 10. – P. 5399–5421.

195. Subirana, I. Building Bivariate Tables: The compareGroups Package for R / I. Subirana, H. Sanz, J. Vila // Journal of Statistical Software. – 2014. – Vol. 57. – № 12. – P. 1–16.
196. Telehealth Exercise Intervention in Older Adults With HIV: Protocol of a Multisite Randomized Trial / K.K. Oursler, V.C. Marconi, B.C. Briggs [et al.] // J Assoc Nurses AIDS Care. – 2022. – Vol. 33. – № 2. – P. 168–177.
197. The R Project for Statistical Computing / R Foundation for Statistical Computing, Vienna, 2013. – URL: <https://www.r-project.org> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
198. Wickman, H. gggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis / H. Wickman. – Springer-Vergal: New York, 2016. – 260 p. – ISBN: 978-3-319-24275-0. – Текст: непосредственный.
199. Wireless physical activity monitor use among adults living with HIV in a community-based exercise intervention study: a quantitative, longitudinal, observational study / J.R. Turner, J. Chow, J. Cheng [et al.] // BMJ Open. – 2023. – Vol. 13. – № 4. – Art. e068754.
200. World Health Statistic 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals / World Health Organization. – Geneva, 2019. – 120 p. – ISBN: 9789241565707. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)
201. World Report on Disability Summary / World Health Organization. – Geneva, 2011. – 24 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-VIP-11.01> – Текст: электронный. (Дата обращения: 19.12.2024)

ПРИЛОЖЕНИЕ А**АНКЕТА**

Уважаемый респондент!

Просим Вас принять участие в опросе, посвященному исследованию по проблемам медико-социальной реабилитации инвалидов.

Пожалуйста, укажите один из предложенных вариантов ответов:

1. Пол: ☐ мужской ☐ женский
2. Возраст: _____ полных лет
3. Группа инвалидности:
☐ I группа ☐ II группа ☐ III группа ☐ инвалид детства
4. Семейное положение: ☐ семейный ☐ одинокий
5. Образование: ☐ начальное общее ☐ основное общее
☐ среднее профессиональное ☐ неполное высшее
☐ высшее
6. Трудовая занятость: ☐ работаю ☐ не работаю ☐ пенсионер
7. Наличие индивидуальной программой реабилитации и абилитации:
☐ да ☐ нет
8. Какие проблема на данный момент для Вас самая главная?
☐ здоровье ☐ трудоустройство
☐ семья и дети ☐ лечение
☐ лекарственное обеспечение ☐ обучение
☐ условия проживания
9. Частота обращения за медицинской помощью в поликлинику и стационар в течение 3 лет:
☐ чаще чем 1 раз в 3 года ☐ 1 раз в полгода
☐ 1 раз в год ☐ по необходимости
10. Обращались ли Вы за услугами по вопросам Ваших заболеваний в стационарные медицинские учреждения? ☐ да ☐ нет

11. Как Вы оцениваете объем медицинских услуг, предоставляемых Вам в медицинских учреждениях?

- ☐ достаточный ☐ неудовлетворительный
☐ воздержусь от ответа

12. Удовлетворены ли Вы рекомендованными реабилитационными мероприятиями в ИПРА?

- ☐ да ☐ нет ☐ не в полной мере

13. Возникали ли проблемы при получении мер из раздела профессиональной реабилитации?

- ☐ при получении стационарного, амбулаторного лечения
☐ при получении лекарственных препаратов
☐ при получении высокотехнологической помощи

14. Возникали ли у Вас проблемы при реализации социальной реабилитации?

- ☐ при получении социально-психологической помощи
☐ при получении социально-культурной помощи
☐ при обслуживании социальным работником

15. Возникали ли у Вас трудности при получении профессиональной реабилитации?

- ☐ при постановке на учет в службе занятости
☐ при обучении и переобучении
☐ при получении профориентации
☐ проблемы с трудоустройством
☐ несоблюдение рекомендаций по труду на рабочем месте
☐ при создании специального рабочего места

16. Нуждались ли Вы в технических средствах реабилитации?

- ☐ да ☐ нет

17. Удовлетворены ли Вы полученными реабилитационными услугами?

- ☐ да, удовлетворен ☐ частично удовлетворен
☐ нет, не удовлетворен ☐ воздержусь от ответа

18. Что не устроило при получении реабилитационных услуг?

- ☐ все устроило
- ☐ низкое качество предоставленных услуг
- ☐ отношение персонала (невоспитанность, грубость)
- ☐ плохое оборудование в реабилитационных учреждениях
- ☐ не используются современные технологии
- ☐ другое

19. Оцените, как изменилось Ваше здоровье после прохождения реабилитации?

- ☐ определенно улучшилось
- ☐ скорее улучшилось
- ☐ скорее ухудшилось
- ☐ определенно ухудшилось

20. Оцените качество Вашей жизни:

- ☐ низкое
- ☐ среднее
- ☐ высокое