

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

УДК 614.253+616.98

ПРОБЛЕМА СТАРЕНИЯ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

^{1,4}В.В.Рассохин, ¹С.А.Бузунова, ¹Т.В.Врацких, ¹О.В.Пантелеева, ¹С.Э.Торопов, ¹З.М.Тотрова,
²А.А.Голубкин, ³Г.М.Орлов, ^{1,5}Н.А.Беляков

¹Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

²Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу, филиал-бюро № 40, Россия

³Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия

⁴Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

⁵Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Россия

THE PROBLEM OF SENESCENCE AND DEBILITATION OF HIV PATIENTS

^{1,4}V.V.Rassokhin, ¹S.A.Buzunova, ¹T.V.Vrackikh, ¹O.V.Panteleeva, ¹S.E.Toropov, ¹Z.M.Totrova, ²A.A.Golubkin,
³G.M.Orlov, ^{1,5}N.A.Belyakov

¹Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia

²The head office of medical and social expertise for the city of St. Petersburg branch of the bureau № 40, Russia

³Medicinskiy informacionno-analiticheskiy centr, Saint-Petersburg, Russia

⁴Institute of Experimental Medicine, Saint-Petersburg, Russia

⁵First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

Проведен анализ первичной документации: протоколы врачебных комиссий, отчетные формы № 16-вн, амбулаторные карты и истории болезни пациентов Санкт-Петербургского Центра СПИД за 2008–2013 гг., который показал, что ежегодное увеличение доли пациентов на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции, учащение выявления ВИЧ у людей старших возрастных групп, имеющих сопутствующие заболевания, является причиной продолжительной временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ-инфекцией. Выявлена частота сопутствующей патологии и факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и остеопороза у ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, временная и стойкая нетрудоспособность, инвалидизация, факторы риска развития сопутствующей патологии, медико-социальная экспертиза.

An analysis of medical panel reports, standard reporting forms No 16-vn, ambulatory charts, and case histories of patients registered at Saint-Petersburg AIDS Center in 2008–2013 has shown that the annual increases in the proportion of HIV patients at the advanced stages of their disease and in the rates of detection of HIV in advanced-age groups, where concomitant diseases are found, are the causes of prolonged temporary incapacity and earlier debilitation of HIV patients. The prevalences of concomitant diseases and risk factors of cardiovascular and renal diseases and osteoporosis in HIV patients whose age is above 40 years were determined.

Key words: HIV infection, temporary and permanent incapacity, debilitation, risk factors of concomitant diseases, medicosocial assessment.

Введение. Непрерывно распространение эпидемии ВИЧ-инфекции неуклонно ведет к увеличению кумулятивного числа людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, которое к началу 2014 г. в РФ превысило 700 тысяч человек, среди жителей Санкт-Петербурга — 50 тысяч человек.

Динамика заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции свидетельствует об актуальности

и значимости проблем ВИЧ-медицины, стоящих перед современным здравоохранением.

Процесс «старения эпидемии ВИЧ» отмечается и в европейских странах: успешное лечение содействует увеличению продолжительности и улучшению качества жизни пациентов с ВИЧ [1–3].

Эти обстоятельства ставят новые задачи перед клиницистами, касающиеся подбора ВААРТ, учитывая появление возрастных заболеваний, наличие

лекарственных препаратов других фармакологических групп с обязательным учетом профиля лекарственного взаимодействия.

Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете в Санкт-Петербургском Центре СПИД, отмечается ежегодное увеличение доли пациентов на продвинутых стадиях заболевания, что является причиной временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации.

Все чаще приходится оказывать помощь больным с ВИЧ-инфекцией, страдающим длительно выраженными физическими и психическими нарушениями, приводящими к временным и стойким утратам трудоспособности, нарушению основных функций жизнедеятельности организма, утрате способности к самообслуживанию [4, 5].

Цель исследования. Анализ частоты и причин временной и стойкой нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных пациентов, а также факторов риска развития сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное обследование 647 ВИЧ-инфицированных пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу и 3928 случаев временной нетрудоспособности за период 2008–2013 годы. В основе лежало изучение данных журналов врачебных комис-

массы тела, проанализированы амбулаторные карты 103 пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся под диспансерным наблюдением в центре СПИД. Все пациенты были старше 40 лет. Для диагностики и оценки тяжести сопутствующей патологии пациентам с ВИЧ-инфекцией выполнены следующие обследования: ФЛГ, ЭКГ, липидограмма, исследование утренней порции мочи на белок, исследование скорости клубочковой фильтрации, денситометрия, а также, перечень исследований, регламентированных требованием стандарта оказания медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией [6–8]. Оценка риска развития смертельного сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) производилась по шкале SCORE (Systematic Coronary risk evaluation).

При определении количества (%) больных, нуждающихся в мерах, направленных на снижение риска смертельного ССЗ, учитывался суммарный общий риск ССЗ согласно критериям SCORE и уровень значения липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) больного [9].

Оценка скорости клубочковой фильтрации у ВИЧ-инфицированных больных производилась по формуле СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) с учетом пола, уровня креатинина (Scr) и возраста (Age) больного (табл. 1) [10].

Таблица 1

Уравнения СКД-EPI, 2009 год

Раса	Пол	Креатинин крови, мг/100 мл	Формула
Белые и остальные	Женский	$\leq 0,7$	$GFR = 144 \times (Scr/0,7)^{-0,329} \times (0,993)^{Age}$
Белые и остальные	Женский	$> 0,7$	$GFR = 144 \times (Scr/0,7)^{-1,209} \times (0,993)^{Age}$
Белые и остальные	Мужской	$\leq 0,9$	$GFR = 141 \times (Scr/0,9)^{-0,411} \times (0,993)^{Age}$
Белые и остальные	Мужской	$> 0,9$	$GFR = 141 \times (Scr/0,9)^{-1,209} \times (0,993)^{Age}$

сий, отчетных форм № 16-вн, амбулаторных карт и историй болезни пациентов Санкт-Петербургского ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Данные по причинам временной нетрудоспособности, количестве случаев нетрудоспособности, средней продолжительности случая нетрудоспособности жителей Санкт-Петербурга были предоставлены Медицинским информационно-аналитическим центром Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и охватывали период с 2008 по 2013 годы.

Сведения о количестве инвалидов с сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и туберкулез представлены филиалом № 40 главного бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу.

С целью выяснения классических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний произведено анкетирование пациентов, подсчет индекса

Для статистического анализа полученных в процессе исследования клинических данных использовалась система STATISTICA for Windows (версия 8). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. С удлинением периода развития эпидемии, изменялась пораженность ВИЧ-инфекцией в различных возрастных группах. Самая высокая заболеваемость в 2001 г. отмечалась в возрастной группе 20–24 года и спустя десять лет развития эпидемии этот показатель снизился в 5 раз. Вместе с тем, пораженность ВИЧ-инфекцией в возрасте 30–34 года в 2001 году была низкой (0,25%), а к концу 2012 года возросла более чем в 13 раз, также произошел рост и в других старших возрастных группах населения. Ежегодно увеличивается количество впервые выявленных пациентов с ВИЧ-инфекцией старше 50 лет, имеющих разнообразную сопутствующую патологию (табл. 2).

За период с 2008 по 2013 годы установлено нарастание числа случаев временной нетрудоспособности (ВН) у ВИЧ-инфицированных пациентов Санкт-Петербургского Центра СПИД, в том числе было отмечено стойкое увеличение средней продолжительности одного случая нетрудоспособности.

При сопоставлении средней продолжительности случаев ВН у ВИЧ-инфицированных пациентов

осложнений или соматических болезней, не обусловленных собственно ВИЧ-инфекцией [16]. В исследуемой группе длительность временной нетрудоспособности зависела от стадии заболевания, выраженности нарушений, в том числе функции печени, иммунной, кроветворной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем, эффективности лечения. Средняя продолжительность случая ВН

Таблица 2

Сведения о первичной регистрации ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге

Показатели	Выявлено, год			
	2010	2011	2012	2013
Жители СПб (без лиц БОМЖ)	3037	2831	2551	2521
Из них:				
мужчина	1911	1755	1492	1392
женщины	1126	1076	1059	1003
Дети до 15 лет	29	25	22	24
15–17 лет	8	13	4	8
18–29 лет	1113	918	789	642
30–39 лет	1346	1275	1179	1059
40–49 лет	365	390	358	397
50 лет и старше	176	220	199	265

и пациентов в общей популяции отмечается неуклонное уменьшение средней продолжительности аналогичного показателя среди населения города (вероятно, сказываются результаты программы модернизации здравоохранения, введение новых технологий и современных методик лечения и т.д.) и значительное увеличение средней продолжительности случая ВН у ВИЧ-инфицированных пациентов (рис. 1).

Принимая во внимание общие закономерности развития эпидемии, можно полагать, что причины увеличения средней продолжительности случая ВН у ВИЧ-инфицированных пациентов были, по-видимому, следующие:

— более тяжелое течение патологических процессов на фоне ВИЧ-инфекции [8, 11, 12];

— выявление ВИЧ-инфекции в старших возрастных группах населения, когда уже сформировались сопутствующие заболевания или имеется высокий риск их развития [1];

— выявление ВИЧ на поздних стадиях заболевания [13, 14];

— отсутствие, либо позднее начало высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) [14, 15].

В большинстве случаев временная нетрудоспособность развивалась у ВИЧ-инфицированных пациентов в остром периоде (2Б, 2В), а так же на стадиях заболевания (3, 4А по классификации В.И.Покровского), при обострении оппортунистической/сопутствующей патологии и при развитии

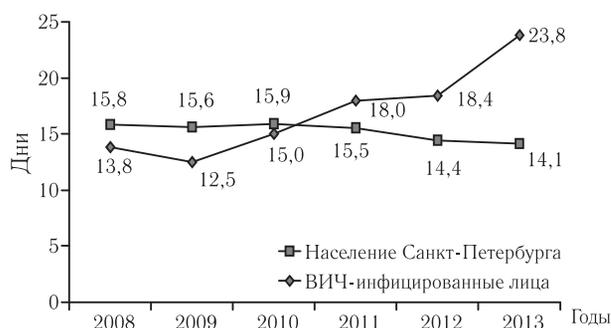


Рис. 1. Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных лиц и в общей популяции.

за период исследования ежегодно увеличивалась, и составляла от 12,5 до 23,8 дней (рис. 1).

При сопоставлении среднего количества случаев временной нетрудоспособности в группе ВИЧ-инфицированных пациентов преобладали инфекционные и паразитарные заболевания, тогда как в общей популяции основной причиной являлись заболевания различной этиологии органов дыхания, пищеварения и сердечно-сосудистой системы. Тем не менее, у пациентов с ВИЧ-инфекцией также отмечалась тенденция к увеличению нетрудоспособности по этим причинам (рис. 2).

Длительность временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных пациентов от инфекционных и паразитарных заболеваний также увеличилась от 4,9 тысяч дней в 2009 г. до 13,8 тысяч дней

в 2013 г., от заболеваний нервной системы — от 107 дней в 2010 г. до 477 дней в 2012 г., заболеваний органов дыхания — от 311 дней в 2008 г. до 858 в 2010 г., пищеварения — от 113 дней в 2008 г. до 597 дней в 2011 г.

Проведенный анализ показал, что доля дней ВН ВИЧ-инфицированных пациентов неуклонно уве-

Учитывая нарастание продолжительности эпидемии ВИЧ-инфекции, более тяжелое течение инфекционных процессов у ВИЧ-инфицированных пациентов, смещения пика заболеваемости ВИЧ в старшую возрастную категорию, диагностику на поздних стадиях заболевания [17], удлинение случая времен-

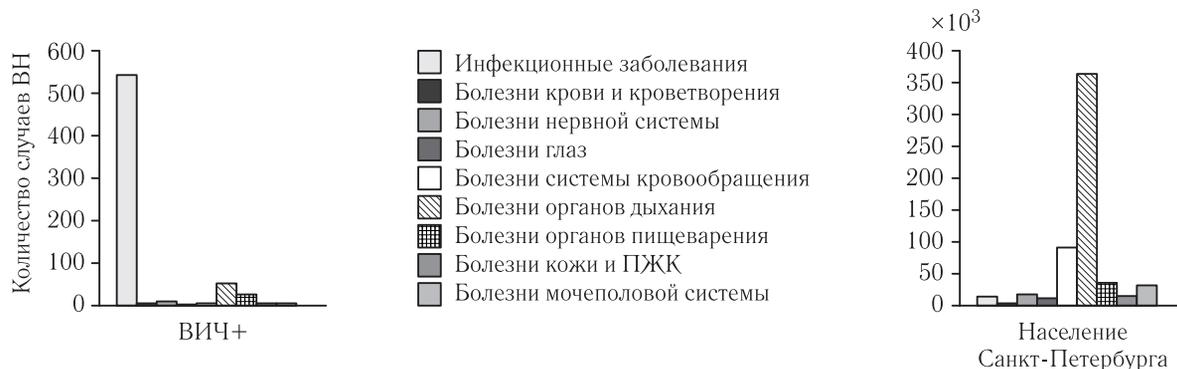


Рис. 2. Среднее количество случаев временной нетрудоспособности.

личилась в структуре общей популяции с 0,05% в 2008 г. до 0,15% в 2013 г. (рис. 3).

ной нетрудоспособности возникают условия для развития в части случаев стойкой нетрудоспособности.

Они могут быть общими для популяции и специфическими для ВИЧ-инфекции:

— *Общие* — сопоставимые со всей городской популяцией (старение макроорганизма, нарушения обмена липидов, риск развития сердечно-сосудистой патологии и т.д.).

— *Специфические* — обусловленные ВИЧ-инфекцией (прямое влияние ВИЧ, оппортунистические инфекции, ВААРТ).

Проведенное ретроспективное обследование 647 ВИЧ-инфицированных пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу, показало, что большинство пациентов имели неврологические последствия в виде парезов и параличей различной степени выраженности после перенесенных генерализованных форм нейроинфекций: токсоплазмоза и цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ) (рис. 4).

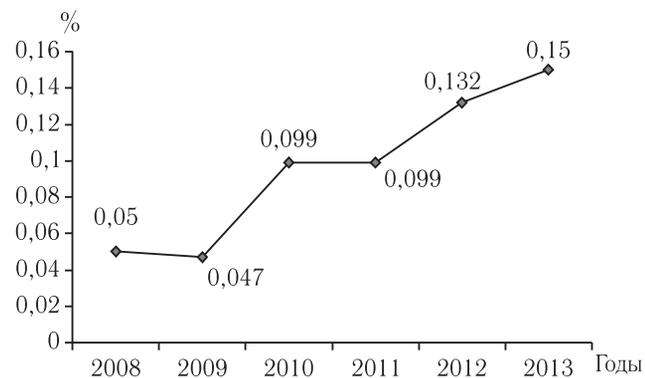


Рис. 3. Изменение доли дней временной нетрудоспособности ВИЧ-инфицированных в структуре общей популяции по Санкт-Петербургу.

Причины такой ситуации могут быть следующими:

— увеличение количества ВИЧ-позитивных в популяции, в том числе социально-адаптированных пациентов, имеющих постоянный источник доходов, нуждающихся в оформлении листка нетрудоспособности;

— более тяжелое течение патологических процессов (как оппортунистических инфекций, так и сопутствующих заболеваний) на фоне ВИЧ-инфекции, что было отмечено выше;

— многообразие возможностей, которые нам дают новые фармакологические успехи антиретровирусной терапии: чем лучше мы лечим пациентов, тем больше увеличивается продолжительность их жизни и шансы дожить до развития возрастной патологии.

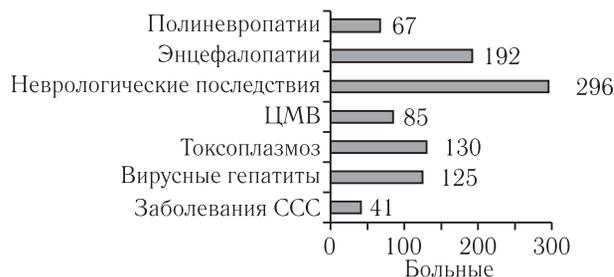


Рис. 4. Причины инвалидизации ВИЧ-инфицированных.

Также у пациентов регистрировались полинейропатии и энцефалопатии смешанной (инфекционной и токсической) этиологии.

Пациенты с вирусными гепатитами, как правило, проходят специалистов для медико-социальной экспертизы в поликлиниках по месту жительства, у нас отражены случаи сочетанной патологии ВИЧ-инфекции и хронических гепатитов в цирротической стадии, где больные признаны инвалидами по тяжести обеих инфекций [16, 18]. Инвалидность при сочетании ВИЧ-инфекции и сердечно-сосудистых заболеваний возникала после перенесенного бактериального эндокардита с развитием пороков сердца (рис. 4).

Было отмечено, что за последние 6 лет нарастает динамика численности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции (рис. 5).

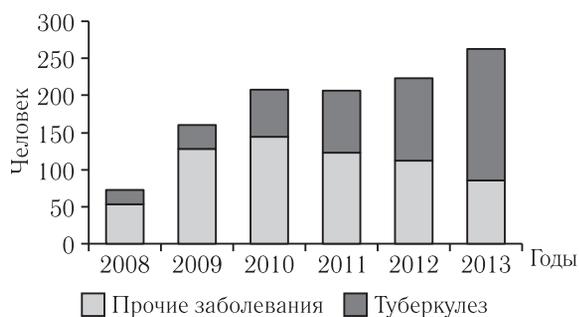


Рис. 5. Динамика численности инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией.

Особенно тревожным представляется увеличение количества инвалидов среди пациентов с сочетанием ВИЧ+туберкулез. Общее количество инвалидов с указанной коинфекцией за период наблюдения возросло в 8,9 раз. Приведенные данные были любезно предоставлены специализированным бюро медико-социальной экспертизы № 40, занимающимся рассмотрением заявлений на инвалидность у больных с туберкулезом.

Наибольший прирост численности инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией, отмечается на продвинутых стадиях заболевания (4А-4Б-4В стадии), практически не зарегистрирована инвалидность у пациентов с 1-й–3-й стадиями заболевания ВИЧ-инфекцией при отсутствии выраженной сопутствующей патологии. Пациенты с наиболее тяжелыми клиническими проявлениями, инвалидность которым установлена на стадии 4В составляют от 32,1% в 2008 г. до 79,5% в 2012 г. (рис. 6).

Количество впервые признанных инвалидов вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией за период 2008–2013 гг. по Санкт-Петербургу — 261 человек, общее число повторно признанных инвалидами (прошедших переосвидетельствование) за тот же период составило 386 человек.

Среди впервые признанных инвалидами основную часть составляли инвалиды 1-й и 2-й группы

от 37,7% до 72,3%. Общее количество повторно признанных инвалидами за тот же период составило 386 человек. Среди них количество инвалидов 1-й и 2-й группы составляет от 64,1% до 95,7%. При анализе группы впервые признанных инвалидами вследствие болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией, за период 2008–2013 гг. основную массу составляли лица трудоспособного возраста от 18 до 44 лет. В последние годы увеличивается доля впервые признанных инвалидами среди пациентов с недавно выявленной ВИЧ-инфекцией. Количество впервые выявленных инвалидов среди лиц, поставленных на диспансерный учет в Центре СПИД в течение последних 3 лет, составляет от 38% до 62,7%. Это связано с преобладанием поздних стадий заболевания при первичной диагностике ВИЧ-инфекции, а также с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью и недостаточным уровнем обследования больных по клиническим показаниям в ЛПУ общего профиля.

Среди ВИЧ-инфицированных инвалидов в основном преобладали мужчины, их доля составляет от 47,7% до 65,2%, однако в последний период значительно возрастает доля женщин до 52,3% в 2013 г. Имелась тенденция к концентрации ВИЧ-инфекции в узком диапазоне годов рождения (с 1968 по 1988 гг.), что приводит к выявлению инвалидов среди пациентов трудоспособного возраста.

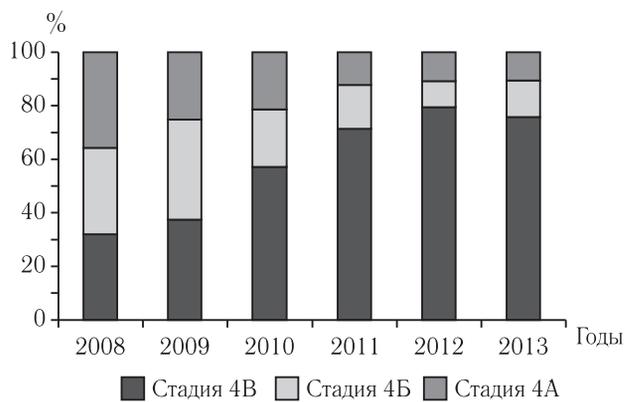
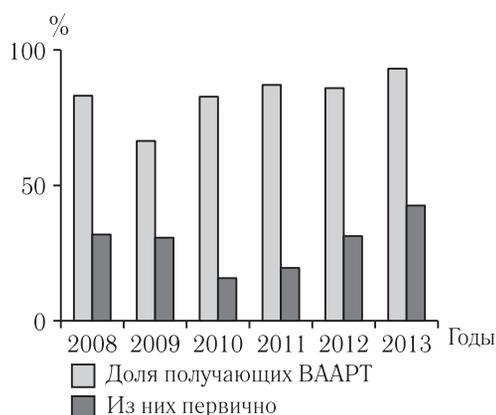


Рис. 6. Инвалидность и стадии ВИЧ-инфекции.

К моменту освидетельствования на МСЭ большинство пациентов получали специфическую ВААРТ, от 66,4 до 93%. Часть из них находилась в стадии ремиссии по ВИЧ-инфекции (от 27,4 до 64,3%), но имели тяжелые последствия перенесенных вторичных заболеваний и были признаны инвалидами. У значительной части пациентов (от 18,7 до 40,2%) отмечалась стадия прогрессирования ВИЧ-инфекции на фоне приема ВААРТ, что свидетельствовало об активной фазе имеющихся вторичных заболеваний. При освидетельствовании

у них были выявлены стойкие признаки ограничения жизнедеятельности. От 7 до 33,6% пациентов на момент освидетельствования не получали ВААРТ, что было связано с преобладанием поздних стадий заболевания при первичной диагностике ВИЧ-инфекции, а также с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, наличие у них возрастной сопутствующей патологии (рис. 7).



традиционных для общей популяции, авторы провели исследование «Изучение факторов, влияющих на назначение ВААРТ, в условиях «старения» эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге».

Анамнестические сведения показали широкий спектр сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов. Так, например, артериальная гипертензия встречалась у 41%, ишемическая

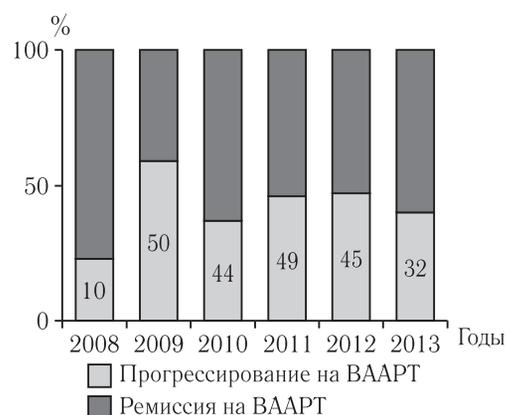


Рис. 7. Инвалидность и ВААРТ.

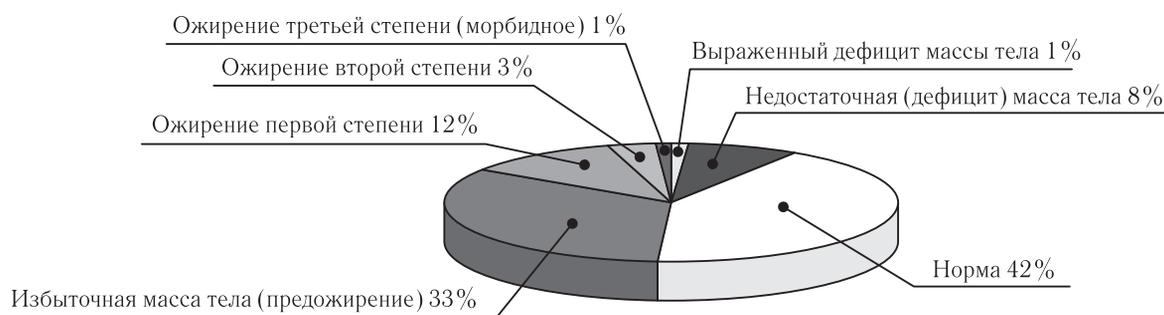


Рис. 8. Распределение индекса массы тела у ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет.

В данной группе пациентов наиболее часто назначалась I и II группы инвалидности. Учитывая «старение» эпидемии ВИЧ-инфекции, наличие тяжелой сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов появились рекомендации об обязательной оценке риска развития ССЗ в ближайшие 10 лет в алгоритм обследования ВИЧ-инфицированных пациентов [11, 12, 19–21]. При подборе ВААРТ, особенно для возрастных пациентов с сопутствующей патологией обязательно учитывается профиль безопасности препаратов. В настоящее время достаточно хорошо изучены взаимодействия АРВП и антигипертензивных средств, позволяющие сделать выбор оптимальной комбинации в пользу минимизации нежелательных лекарственных взаимодействий. В руках у специалистов есть препараты безопасные для назначения пациентам с риском развития сердечно-сосудистой патологии [22].

Для рассмотрения причин развития стойкой нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных пациентов,

болезнь сердца у 9%, в том числе инфаркт миокарда — у 3%, инсульт — у 3%, при этом сведения о наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям содержались у 3% пациентов, а ангиопластика была уже выполнена у 1% пациентов. Нарушения липидного обмена были выявлены у 30% пациентов, сахарный диабет — у 13%, ожирение и метаболический синдром — у 11%, подагра — у 1%, вирусные гепатиты С, В — 20% и 7% соответственно, туберкулез — у 1% пациентов.

При анализе классических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов было отмечено, что у 42% пациентов индекс массы тела составлял нормальные показатели, дефицит массы тела испытывали 9% пациентов и 49% имели избыточную массу тела или ожирение (рис. 8)

В целом это соответствует общей тенденции распределения людей по степени тучности [23, 24].

Среди пациентов злоупотребляли курением 56% человек, 17% пациентов принимают алкоголь каждый день, 1–2 раза в неделю принимают 65%, а 18% совсем не употребляют алкоголь.

При оценке риска развития смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение десяти лет по шкале SCORE было отмечено значение высокого и очень высокого риска у 28% пациентов.

Определение суммарного риска используется для выработки врачом стратегии коррекции отдельных факторов риска. При оздоровлении образа жизни, лечении сопутствующей патологии, взвешенном подходе к назначению ВААРТ и учете профиля лекарственного взаимодействия препаратов можно добиться снижения развития кардиоваскулярного риска (рис. 9).

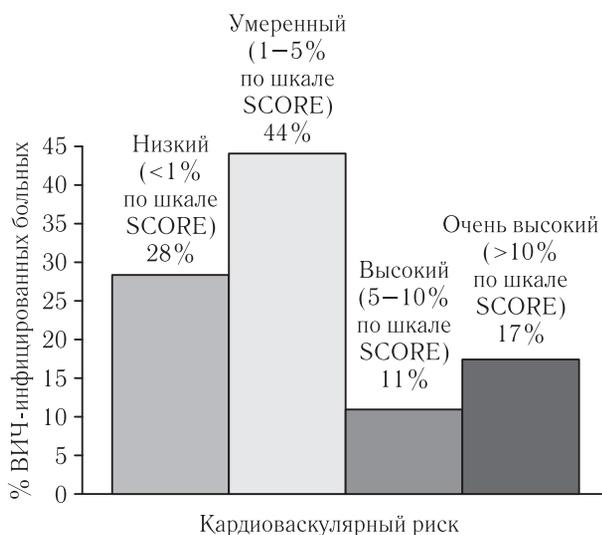


Рис. 9. Оценка риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение десяти лет по шкале SCORE (Systematic Coronary risk evaluation).

В результате исследования установлено, что 97% пациентов требуются меры по оздоровлению стиля жизни (диета, исключение вредных привычек, физические нагрузки); 23% в дополнение к этому необходимо назначение незамедлительной медикаментозной терапии.

В исследуемой группе пациентов 37 человек с умеренным и высоким кардиоваскулярными рисками получали ВААРТ: 65% из них демонстрировали хорошие иммунологические показатели и не нуждались в смене терапии, тогда как у 35% отмечалась неэффективность схемы и требовалась смена ВААРТ. В то же время в исследуемой группе выявлен достаточно высокий процент пациентов получающих медикаментозные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: 39% получали антигипертензивные препараты, 27% — антиагреганты, 17% — статины.

Выявленные в 12% случаев протеинурия и в 98% случаев ускоренная клубочковая фильтрация свидетельствуют о наличии предикторов заболеваний почек у ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет, что требует углубленного исследования функции почек [24].

При оценке десятилетнего риска переломов, проведенной у 68 ВИЧ-инфицированных пациентов — у 24% обследованных были обнаружены высокие риски (наличие остеопороза), у 48% — средние риски, что проявлялось наличием остеопении [21].

Таким образом, учитывая многообразие коморбидных состояний и необходимость постоянного приема препаратов для их коррекции, при подборе ВААРТ необходимо учитывать основной путь метаболизма препаратов для исключения нежелательного лекарственного взаимодействия, на что указано в протоколах диспансерного наблюдения и лечения больных с ВИЧ-инфекцией национального научного общества инфекционистов.

Проведенный нами локальный анализ не в полной мере отражает истинное состояние вопроса инвалидизации и временной нетрудоспособности в группе людей, живущих с ВИЧ в Санкт-Петербурге. По-видимому, наиболее значимые и реалистичные шаги для оценки ВН и всего процесса формирования признаков стойкой инвалидизации связаны со структурой заболеваний, приводящих к нетрудоспособности у этих людей, и должны осуществляться уже на самых ранних этапах наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами, что раньше не находило отражения в практической работе, отчетных материалах и публикациях.

В то же время общие цифры по инвалидизации, временной и стойкой нетрудоспособности в группе людей, живущих с ВИЧ, которая составляет в Санкт-Петербурге по данным диспансерного учета более 30 тысяч человек, существенно занижены. При этом около половины из них не работают [13] и не могут быть учтены. Далее, в течение последнего периода ежегодно в городе умирают около тысячи человек от различных причин, где доминируют соматические заболевания, опухолевые и инфекционные процессы, в том числе туберкулез, хронические вирусные гепатиты, оппортунистические инфекции [25], т. е. заболевания, которые протекают месяцами или годами, сопровождаются временной или стойкой нетрудоспособностью и требуют оформления инвалидности. Их число составляет, по меньшей мере $\frac{3}{4}$, от числа умерших, т. е. 600–700 человек, что существенно выше (в 2,5–3 раза), чем приведенные цифры числа инвалидов (см. рис. 5).

Эти люди не участвуют в производственной деятельности, но по разным причинам не получили

инвалидность или не были учтены. Следовательно, можно полагать, что число нетрудоспособных людей или людей с ограничениями трудоспособности различной степени составляет не 261 плюс 86 человек, а, по меньшей мере, более тысячи, т.е. свыше 3% от числа проживающих с ВИЧ-инфекцией.

Проведенные нами сопоставления показали, что в общей популяции сроки временного снижения трудоспособности, количество случаев со стойкой нетрудоспособностью, приводящей к инвалидизации в преобладающей возрастной группе от 25 до 50 лет, оказались ниже, чем у людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, что обусловлено рядом причин: ускоренным «старением» организма при ВИЧ-инфекции при отсутствии ВААРТ, широким внедрением профилактических программ и популяризации здорового образа жизни в общей популяции, а также доступностью самых передовых и инновационных методов диагностики и лечения, некоторыми социальными и поведенческими особенностями пациентов, ограниченным организационным ресурсом медико-социальной экспертизы, занимающейся проблемами ВИЧ-инфицированных людей и некоторые другие. На сегодняшний день перспективным является создание и реализация комплексной медико-профилактической программы на уровне координационного межведомственного органа, направленной на снижение сроков временной трудоспособности и риска инвалидизации по различным причинам у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Заключение. Ежегодное увеличение доли пациентов с продвинутыми стадиями заболевания, учащение выявления ВИЧ в старших возрастных группах, поздняя диагностика заболевания является причиной временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ-инфекцией. Динамика численности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции нарастает. Особенно тревожит увеличение количества инвалидов с сочетанной патологией — ВИЧ-инфекция и туберкулез в 8,9 раза за период с 2008 по 2013 гг.

Увеличение доли дней временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных людей в структуре общей популяции в 3 раза за последние 6 лет свидетельствует о том, что эпидемия все чаще затрагивает социально-адаптированных и относительно экономически благополучных граждан, не относящихся к группам риска, имеющим работу и желающим сохранить свою работоспособность.

При оценке эффективности ВААРТ недостаточно рассматривать показатели РНК ВИЧ и CD4-лимфоцитов, необходимо учитывать состояние здоровья пациента, имеющего кроме ВИЧ-инфекции факторы риска для развития сопутствующей патологии. Необходим индивидуальный подход к назначению ВААРТ с учетом «старения» популяции ВИЧ-инфицированных пациентов, наличия сопутствующих заболеваний, профиля лекарственного взаимодействия АРВП и препаратов для лечения сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н., Сафонова П.В., Жолобов В.Е., Плавинский С.Л., Рассохин В.В. Медико-социальные особенности «старения» эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 4. — С. 82–89.
2. HIV/AIDS Surveillance report / CDC. 2008. — URL: <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/> (дата обращения 11.11.2014).
3. Bopp M., Spoerri A., Zwahlen M., Gutzwiller F., Paccaud F., Braun-Fahrlander C., Rougemont A., Egger M. Cohort Profile: The Swiss National Cohort—a longitudinal study of 6.8 million people // Int. J. Epidemiol. — 2009. — Vol. 38. — P. 379–384. — URL: http://www.ispm.ch/fileadmin/SNC/papers/1727_bopp08.pdf (дата обращения 11.11.2014).
4. Guidelines. Clinical management and treatment of HIV adults in Europe. Version 5–3 / EACS. — Jan 2011. — URL: <http://www.isigrp.com/isia/updf.jsp?c=115787&y=2011&f=03-08gild.pdf> (дата обращения 11.11.2014).
5. Леонова О.Н., Виноградова Т.Н., Сизова Н.В., Степанова Е.В. Проблемы лечения больных с тяжелыми формами ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 2. — С. 58–65.
6. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. — 752 с.
7. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) при оказании специализированной помощи: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 июля 2007 г. № 475. — URL: <http://base.garant.ru/4184927/> (дата обращения 11.11.2014).
8. Глухов Н.В., Чубриева С.Ю., Рассохин В.В. Метаболический синдром при ВИЧ-инфекции. Введение в проблему // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2009. — Т. 1, № 2. — С. 38–49.
9. Оганова Р.Г., Бойцова С.А. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Приложение 2. — 2011. — № 10 (6). — С. 1–64.
10. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H., Zhang Y.L., Castro A.F., Feldman H.I. A new equation to estimate glomerular filtration rate // Ann Intern Med. — 2009. — Vol. 150 (9). — P. 604–612.

11. Абышев Р.А., Глухов Н.В., Рассохин В.В., Жукова Е.А. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции ВИЧ-инфицированных пациентов. Часть 1 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 3. — С. 24–34.
12. Абышев Р.А., Рассохин В.В. Дислипотеидемия на фоне комбинированной ВААРТ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 90–91.
13. Рассохин В.В., Беляков Н.А., Розенталь В.В., Леонова О.Н., Пантелеева О.В. Вторичные и соматические заболевания при ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2014. — Т. 6, № 1. — С. 7–18.
14. Сизова Н.В., Пантелеева О.В. Особенности клинического течения и иммунологических проявлений ВИЧ-инфекции как показателя для начала антиретровирусной терапии на разных этапах эпидемии у больных в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2014. — Т. 6, № 2. — С. 58–65.
15. Леонова О.Н., Виноградова Т.Н., Сизова Н.В., Степанова Е.В. Проблемы лечения больных с тяжелыми формами ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2013. — Т. 5, № 2. — С. 58–65.
16. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 декабря 2009 года № 1013н // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2009. — № 6. — Ст. 765.
17. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Тушина О.И., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 39. — М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2014. — 53 с. — URL: http://hivruussia.ru/files/bul_39.pdf (дата обращения 07.01.2015) г.
18. Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы: Приказ Минздравсоцразвития России от 11 апреля 2011 г. № 295н. — М. — URL: <http://docs.cntd.ru/document/902274191> (дата обращения 20.10.2014).
19. Абышев Р.А., Глухов Н.В., Рассохин В.В., Жукова Е.А. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции ВИЧ-инфицированных пациентов. Часть 2 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 24–33.
20. Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Степанова Е.В., Рахманова А.Г. Структура оппортунистических заболеваний и коинфекций у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 104.
21. Рассохин В.В. Скрининговая оценка деминерализации костей у женщин и мужчин с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2012. — Т. 4, № 3. — С. 23–27.
22. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фарм П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2009–2010. — М.: Р.Валент, 2010. — 490 с.
23. Friis-Moller N, Weber R, Reiss P, Thiebaut R, Kirk O, d'Arminio Monforte A. Cardiovascular disease risk factors in HIV patients-association with antiretroviral therapy. Results from the DAD study // AIDS. — 2003. — Vol. 17. — P. 1179–1193.
24. Kaplan R.C., Kingsley L.A., Sharrett A.R., Lazar J., Tien P.C., Mack W.J., Cohen M.H., Jacobson L., Gange S.J. Ten-year predicted coronary heart disease risk in HIV-infected men and women // Clin. Infect. Dis. — 2007. — Vol. 45. — P. 1074–1081
25. ВИЧ-инфекция, вторичные и сопутствующие заболевания: медицинский тематический архив / Под ред. Н.А.Белякова, В.В.Рассохина, Е.В.Степановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2014. — № 8. — 368 с.

Статья поступила: 19.11.2014 г.

Контактная информация: Бузунова Светлана Анатольевна, e-mail: buzunovasa@mail.ru

Коллектив авторов:

Рассохин Вадим Владимирович — д.м.н., в.н.с. отдела экологической физиологии Института экспериментальной медицины; заместитель руководителя Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 191103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Бузунова Светлана Анатольевна — заместитель руководителя Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями по экспертизе временной нетрудоспособности, 190020, Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 12, (812) 575-48-14;

Врацких Татьяна Витальевна — юрист-консульт Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 191103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Пантелеева Ольга Викторовна — зав. отделом эпидемиологии и статистики Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала д. 179, (812) 251-08-53;

Торопов Станислав Эдуардович — сотрудник отдела клинической фармакологии и фармации Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала д. 179, (812) 251-08-53.

Тотрова Зарема Мухтарбековна — врач-статистик отдела эпидемиологии и статистики Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190020, Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 12, (812) 786-35-22;

Голубкин Анатолий Александрович — врач-эксперт, руководитель филиала-бюро № 40 Главного бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу, 191014, Санкт-Петербург, Литейный проспект, д.58, (812) 644-70-52;

Орлов Геннадий Михайлович — руководитель Медицинского информационно-аналитического центра, 198095, Санкт-Петербург, ул. Шкапина, д.30, (812) 576-22-22;

Беляков Николай Алексеевич — академик РАН, заведующий кафедрой социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; главный научный сотрудник Института экспериментальной медицины; руководитель Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53.