

Установлено, что концентрации миграции химических веществ при экспериментальных условиях в 3 из 4 случаев превышали установленные при стандартных условиях моделирования.

В контексте роли строительно-интерьерных ПМ как основных источников загрязнения воздуха помещений летучими органическими соединениями (ЛОС) необходимо отметить, что в работах отечественных и зарубежных авторов приводятся данные об одновременном присутствии в воздухе помещений более 100 ЛОС [6–8], среди которых реальную опасность представляют 10–15 веществ (формальдегид, фенол, стирол, акрилонитрил и др), являющихся приоритетными, а при исследованиях в условиях лаборатории строительно-интерьерных ПМ в рамках их санитарно-гигиенической экспертизы (стадия предупредительного санитарного надзора за безопасностью и безвредностью этих материалов для человека) выполняющих роль индикаторных загрязнителей.

Опираясь на литературные данные, свидетельствующие о первостепенном значении небольшой группы поллютантов в формировании загрязнения воздуха помещений, можно предположить, что приоритетной задачей при исследовании ПМ в лабораторных (моделируемых) условиях представляется установление миграции веществ именно из данной группы.

Таким образом, установление эмиссионного профиля, характерного для ПМ при различных условиях моделирования, свидетельствует, что количество веществ, подлежащих определению при санитарно-химических исследованиях ПМ, можно сократить до перечня индикаторных загрязнителей, который зависит от вида полимерной основы и включает следующие химические вещества: диоктилфталат, хлористый водород, метанол, стирол, акрилонитрил, ММА, бутилацетат, аммиак, фенол.

Проведенные санитарно-химические исследования основных видов ПМ, применяемых в строительстве и создании интерьера помещений

жилых, общественных и административных зданий, позволяют сделать следующие **выводы**:

— экспериментально обоснованная аггравация условий моделирования (температура, влажность) дает возможность уменьшить минимальное время наступления динамического равновесия и ускорить процедуру санитарно-химических исследований;

— этап санитарно-химических исследований гигиенической оценки материалов на полимерной основе можно проводить в аггравированных условиях (температура, влажность), определяя миграцию индикаторных загрязнителей, которые впоследствии чаще всего обнаруживаются в воздухе помещений при эксплуатации материалов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. European Collaborative Action (ECA). Risk assessment in relation to indoor air quality / European commission // Office for Publications of the European Communities. — Luxembourg, 2000. — Report No 22. — P. 17–25.
2. Reijula, K. Assessment of indoor air problems at work with a questionnaire / K. Reijula // Occup Environ Med. — 2004. — № 21. — P. 33–38.
3. Дышневич, Н. Е. Полимерные строительные материалы и синдром «больного здания» / Н. Е. Дышневич. — Киев: Наукова думка, 1998. — С. 247–254.
4. Wolkoff, P. A new approach for indoor climate labeling of building materials — emission testing, modeling, and comfort evaluation / P. Wolkoff, P. A. Nielsen // Atmospheric Environment. — 1996. — Vol. 30. — P. 2679–2689.
5. Инструкция 2.1.2.10-12-38-2006 Гигиеническая оценка полимерных и полимерсодержащих материалов, изделий и конструкций, предназначенных для применения в промышленном и гражданском строительстве / разработ.: Л. В. Половинкин [и др.]: утв. постановлением № 146 Гл. гос. сан. врача Респ. Беларусь от 22 нояб. 2006 г. // Сборник официальных документов по коммунальной гигиене. — Минск, 2007. — Ч. 10. — С. 52–80.
6. Wolkoff, P. How to measure and evaluate volatile organic compound emission from building products. A perspective / P. Wolkoff // The Science of the Total Environment. — 1999. — Vol. 227. — P. 197–213.
7. Мальшева, А. Г. Летучие органические соединения в воздушной среде помещений жилых и общественных зданий / А. Г. Мальшева // Гигиена и санитария. — 1999. — № 1. — С. 43–46.
8. Факторы риска внутрижилищной среды для здоровья населения / Н. М. Чубирко [и др.] // Гигиена и санитария. — 2004. — № 5. — С. 67–68.
9. Reference values for indoor air pollutant concentrations in new, residential buildings in Finland / H. Järnström [et al.] // Atmospheric Environment. — 2006. — Vol. 40. — P. 718–719.

Поступила 14.09.2012

УДК 316+616.98:578.828

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ»

Ю. Б. Запорованный

Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия

В данной статье проведен анализ медико-социальных особенностей освидетельствованных в медико-реабилитационных экспертных комиссиях с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Он показал, что большинство таких больных находится в трудоспособном возрасте, примерно 2/3 из них — мужчины, а 1/3 — женщины. Первичная инвалидность при данной патологии характеризуется высокой тяжестью — 75,2 %. В последние годы имеется четкая тенденция к увеличению числа пациентов с данным диагнозом.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, освидетельствование, медико-социальная экспертиза, первичная инвалидность, пациент.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS DIAGNOSED AS HIV-POSITIVE

Yu. B. Zaporovannyi

Gomel Regional Medical Rehabilitation Commission of Experts

This article analyzes the medical social features of the patients diagnosed by the Medico-social Rehabilitation Commission of Experts as HIV-positive. It showed that the majority of them were of working age, and approximately two-thirds of them were men, and one-third women. Primary disablement in this pathology is very prevalent and makes up 75,2 %. In recent years, there has been a definite tendency towards an increase of the number of patients with this diagnosis.

Key words: HIV-infection, examination, medical and social expertise, primary disablement, patient.

Введение

Одна из самых серьезных проблем, с которой столкнулись страны мира, является пандемия ВИЧ. Согласно докладу 2009 г. «Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД», с момента начала эпидемии ВИЧ в мире были инфицированы почти 60 млн человек, из них 25 млн умерли от заболеваний, связанных с данной патологией [1]. В конце 2010 г. во всем мире оценочное количество людей, живущих с этой инфекцией, составляло 34 (31,6–35,2) млн человек или на 17 % больше, чем в 2001 г. [2]. Это свидетельствует о высоком числе новых ВИЧ-инфекций и значительном расширении доступа к антиретровирусной терапии, которая позволила уменьшить число смертей вследствие СПИДа, особенно в последние годы.

С 2001 г. в Восточной Европе и Центральной Азии наблюдается резкий рост числа людей, живущих с ВИЧ; в 2010 г. их количество увеличилось на 250 %. Почти 90 % бремени региональной эпидемии в Восточной Европе и Центральной Азии приходится на Российскую Федерацию и Украину [3, 4].

В Республике Беларусь на 1 января 2012 г. зарегистрировано 12 955 случаев ВИЧ-инфекции (показатель распространенности составил 108,0 на 100 тысяч населения). За 2011 г. выявлено 1196 ВИЧ-инфицированных (за 2010 г. — 1069). Темп роста составил 11,9 %. Показатель заболеваемости — 12,6 на 100 тыс. населения (2010 г. — 11,3) [5].

В Гомельской области на 1 января 2012 г. проживало 4774 ВИЧ-инфицированных, показатель распространенности значительно выше республиканского (332,4 на 100 тыс. населения). В 2011 г. выявлено 474 новых случаев (33,0 на 100 тыс.), в 2010 г. — 437 (30,06 на 100 тыс.), темп прироста составил +9,77 % [6].

Подавляющее число ВИЧ-инфицированных в мире — это молодые люди. В Республике Беларусь общее количество случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе от 15 до 29 лет составляет 7 975 человек (удельный вес в общей структуре ВИЧ-инфицированных — 61,6 %) [5].

Международная организация труда обращает внимание на то, что болезнь поражает наиболее производительную часть рабочей силы, создавая колоссальные издержки для предприятий всех отраслей экономики [7].

Цель работы

Анализ медико-социальных особенностей освидетельствованных в медико-реабилитационных экспертных комиссиях с диагнозом «ВИЧ-инфекция».

Материал и метод

В данное исследование вовлечено 197 пациентов, проживающих на территории Гомельской области, первично и повторно освидетельствованных в учреждении «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия» с основным диагнозом «ВИЧ-инфекция» за период 2008–2011 гг.

Базовым критерием отбора пациентов в исследование являлась верификация диагноза «ВИЧ-инфекция», которая изначально осуществлялась на этапе клинической диагностики и лечения в учреждениях здравоохранения Гомельской области.

Математическая и статистическая группировка материала осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, программы персонифицированного учета инвалидов АИС ИН (автоматизированной персонифицированной информационной системы по проблемам инвалидности населения Республики Беларусь).

При расчете интенсивных показателей инвалидности использовались данные национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и поло-возрастной структуре населения.

Результаты и обсуждение

Анализ распределения по возрасту (таблица 1) показал, что 95,9 % освидетельствованных больных со СПИДом находятся в трудоспособном возрасте (18–59 лет). В возрасте до 17 лет инвалидами признаны всего 7 (3,6 %) чел., а в возрасте 18–19 лет — 1 (0,5 %). Примерно

одинаковое число лиц, признанных инвалидами, находились в возрасте 20–29 и 50–59 лет — 10 (5,1 %) и 9 (4,6 %) чел. соответственно. Более многочисленной была группа в возрасте 40–49 лет — 48 (24,4 %) чел., а наибольшее количество первично признанных инвалидами

(61,9 %) приходится на возрастной период от 30 до 39 лет, то есть наиболее продуктивный с экономической точки зрения возраст. Какой-либо достоверной динамики числа лиц, признанных инвалидами за анализируемый период, не выявлено.

Таблица 1 — Распределение освидетельствованных по возрасту

Возраст, лет	Год								Всего за 2008–2011 гг.	
	2008		2009		2010		2011			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0–17	0	0,0	1	2,6	1	1,9	5	8,1	7	3,6
18–19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,5
20–29	3	6,8	2	5,1	3	5,8	2	3,2	10	5,1
30–39	34	77,3	30	76,9	31	59,6	27	43,5	122	61,9
40–49	3	6,8	5	12,8	16	30,8	24	38,7	48	24,4
50–59	4	9,1	1	2,6	1	1,9	3	4,8	9	4,6
60 и старше	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Также установлено, что среди освидетельствованных в МРЭК ВИЧ-инфицированных 37,6 % составляли женщины, 62,4 % мужчины (таблица 2).

При этом какой-либо закономерности не выявлено, хотя обращает на себя внимание

рост числа освидетельствованных среди мужчин за 2010 и 2011 гг., а также существенный рост освидетельствованных женщин в 2011 г. В этом году впервые число женщин превысило 40 % от всех освидетельствованных.

Таблица 2 — Распределение освидетельствованных по полу

Пол	Год								Всего за 2008–2011 гг.	
	2008		2009		2010		2011			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	27	61,4	25	64,1	35	67,3	36	58,1	123	62,4
Женщины	17	38,6	14	35,9	17	32,7	26	41,9	74	37,6

Анализ обследованного контингента в зависимости от места жительства показал, что основное их количество (81,7 %) проживали в городе, сельские жители составили 18,3 %.

Необходимый объем обследования (охват диагностическими мероприятиями), подтверждающими наличие у пациента болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека и позволяющий выделить реабилитационно-экспертные особенности патологии, а также объективизировать оценку степени выраженности нарушенных органов и систем организма, был представлен оценкой соматического и иммунологического статусов.

Осмотр и обследование пациентов производились в соответствии со стандартами обследования органов и систем организма, а также технологией и регламентами экспертно-реабилитационной диагностики (методы клинического исследования, инструментальной диагностики, клинико-лабораторного исследования, проф. диагностики и профессиональной экспертизы, статистической обработки материала).

Согласно приказу Министерства здравоохранения от 05.09.03 г. № 147, в настоящее время врачами-инфекционистами Республики

Беларусь используются две системы формулировки диагноза стадии ВИЧ-инфекции: если есть возможность определить содержание CD 4-лимфоцитов, используется классификация CDC 1993 г.; если такой возможности нет, то классификация ВОЗ 2006 г. При формулировке диагноза для медико-социальной экспертизы у пациентов при этой патологии нами использовалась оценка нижеперечисленных критериев:

I. Клинические критерии (наличие клинических признаков СПИДа и степень нарушения функций пораженных органов и систем):

а) наличие оппортунистических инфекций, приводящих к различным осложнениям (пневмония, токсоплазмоз ЦНС, криптопориоз, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз и др.);

б) онкологические заболевания (саркома Капоши, злокачественные лимфомы);

в) другие признаки (ВИЧ-деменция, ВИЧ-хакексия).

II. Иммунологические критерии:

а) наличие ВИЧ-инфекции (иммуноферментный анализ, тест в иммуноблотинге, полимеразная цепная реакция);

б) определение уровня CD4-лимфоцитов.

III. Наличие и выраженность сопутствующей патологии.

Анализ результатов обследования у вовлеченных в исследование пациентов, со-

гласно вышеуказанным классификациям, позволил диагностировать и соответственно классифицировать по МКБ-10 следующие заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией (таблица 3).

Таблица 3 — Распределение освидетельствованных по кодам МКБ-10

Код МКБ	Диагноз	Год				Всего за 2008–2011 гг., абс. (%)
		2008, абс. (%)	2009, абс. (%)	2010, абс. (%)	2011, абс. (%)	
B20–B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	41 (93,2)	38 (97,4)	52 (100,0)	62 (100,0)	193 (98,0)
B20	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных заболеваний	0 (0,0)	2 (5,1)	8 (15,4)	14 (22,6)	24 (12,4)
B20.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции	6 (13,6)	4 (10,3)	7 (13,5)	7 (11,3)	24 (12,4)
B20.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегало-вирусного заболевания	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,5)
B20.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза	6 (13,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,1)
B20.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций	1 (2,3)	0 (0,0)	4 (7,7)	4 (6,5)	9 (4,7)
B20.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
B21	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных заболеваний	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,0)
B21.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
B21.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,8)	4 (2,1)
B21.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
B22	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней	5 (11,4)	6 (15,4)	6 (11,5)	0 (0,0)	17 (8,8)
B22.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,2)	3 (1,6)
B22.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома	2 (4,5)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	3 (1,6)
B22.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках	12 (27,3)	13 (33,3)	23 (44,2)	29 (46,8)	77 (39,9)
B23	Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других состояний	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,2)	2 (1,0)
B23.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии	1 (2,3)	8 (20,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	10 (5,2)
B23.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний	1 (2,3)	3 (7,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	5 (2,6)
B24	Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная	2 (4,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,6)
Z21	Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ	2 (4,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,5)
R75	Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ]	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
Всего		44	39	52	62	197

Медико-социальная экспертиза с последующим установлением группы, причины и срока инвалидности обследуемому континенту проводилась на основании действующих в период выполнения исследования инструктивно-нормативных документов по определению инвалидности. По

результатам экспертного решения на основании нуждемости пациента в мерах медицинской, профессиональной, социальной реабилитации составлялась индивидуальная программа реабилитации инвалида. Результаты оценивались в динамике при повторном освидетельствовании.

С целью изучения влияния социальных и профессиональных факторов на тяжесть патологии, приводящей к ограничению жизнедеятельности, а также на выполнение рекомендованных реабилитационных мероприятий, изучался профессионально-трудовой статус пациентов МРЭК (образование, наличие работы на момент освидетельствования, профессия).

Установлено, что высшее образование имели 4,6 %; профессионально-техническое — 7,1 %;

среднее специальное — 26,4 %; общее среднее — 52,3 %; общее базовое — 6,6 %; начальное — 1,0 %; без образования — 2,0 % обследованных.

Имели работу на момент освидетельствования 41,1 % пациентов; не имели 58,9 %.

С целью изучения клинико-трудового прогноза у пациентов с данной патологией рассмотрены сроки от момента определения инфицирования (постановка на диспансерный учет) до определения ему инвалидности (таблица 4).

Таблица 4 — Распределение освидетельствованных по срокам от момента постановки на диспансерный учет до определения больному инвалидности

Число лет	Год								Всего за 2008–2011 гг.	
	2008		2009		2010		2011			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 год	2	4,5	5	12,8	2	3,8	3	4,8	12	6,1
2 года	7	15,9	4	10,3	3	5,8	13	21,0	27	13,7
3 года	1	2,3	3	7,7	5	9,6	3	4,8	12	6,1
4 года	1	2,3	1	2,6	4	7,7	3	4,8	9	4,6
5 лет	2	4,5	1	2,6	1	1,9	5	8,1	9	4,6
6 лет	2	4,5	0	0,0	2	3,8	1	1,6	5	2,5
7 лет	1	2,3	0	0,0	3	5,8	1	1,6	5	2,5
8 лет	3	6,8	2	5,1	0	0,0	1	1,6	6	3,0
9 лет	3	6,8	1	2,6	2	3,8	1	1,6	7	3,6
10 лет	3	6,8	3	7,7	5	9,6	1	1,6	12	6,1
11 лет	2	4,5	4	10,3	4	7,7	4	6,5	14	7,1
12 лет	10	22,7	0	0,0	3	5,8	6	9,7	19	9,6
13 лет	7	15,9	7	17,9	7	13,5	3	4,8	24	12,2
14 лет	0	0,0	6	15,4	5	9,6	10	16,1	21	10,7
15 лет	0	0,0	1	2,6	4	7,7	4	6,5	9	4,6
16 лет	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	0,5
17 лет	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	0,5
18 лет	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	1,0
19 лет	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	0,5
20 лет	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,5

В процессе исследования изучалось распределение освидетельствованных в МРЭК ВИЧ-инфицированных по структуре тяжести инвалидности (таблица 5). Результаты клинико-функционального обследования пациентов, определение у них имеющихся ограничений жизнедеятельности, в том числе трудоспособности позволяет сделать вывод, что первичная инвалидность пациентов старше 18 лет характеризуется высокой тя-

жестью. Так, из 197 пациентов, первично признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции за период 2008–2011 гг., I группа инвалидности определена 34 чел. (17,3 %); II группа — 114 чел. (57,9 %); III группа — 42 чел. (21,3 %). Еще у 7 (3,6 %) пациентов в возрасте до 18 лет установлена категория «ребенок-инвалид». При этом 1-я и 4-я степени утраты здоровья установлены в 1 (0,5 %) случае, 2-я — в 3 (1,5 %), 3-я — в 2 (1 %) случаях.

Таблица 5 — Распределение освидетельствованных по структуре тяжести первичной инвалидности

Группа инвалидности	Год								Всего за 2008–2011 гг.	
	2008		2009		2010		2011			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	0	0,0	11	28,2	10	19,2	13	21,0	34	17,3
II	35	79,5	17	43,6	28	53,8	34	54,8	114	57,9
III	9	20,5	10	25,6	13	25,0	10	16,1	42	21,3
Ребенок-инвалид	0	0,0	1	2,6	1	1,9	5	8,1	7	3,6
СУЗ 1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,5
СУЗ 2	0	0,0	1	2,6	0	0,0	2	3,2	3	1,5
СУЗ 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	1,0
СУЗ 4	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	0,5

Таким образом, ВИЧ-инфекция вызывает не только численное сокращение рабочей силы, связанное с преждевременным уходом с рынка труда людей с данной патологией, но и снижение ее качества, связанное с инвалидностью и временной нетрудоспособностью. Инвалидность при данной патологии характеризуется «злокачественностью»: высокой тяжестью, поражением лиц молодого возраста, быстрым наступлением с момента установления диагноза.

Выводы

1. Результаты проведенного исследования показали, что 95,9 % освидетельствованных в МРЭК больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» находятся в трудоспособном возрасте (18–59 лет). При этом период времени от определения инфицирования (постановки на диспансерный учет) до наступления инвалидности составляет от 1 до 20 лет (в среднем 4,2 года).

2. Первичная инвалидность при данной патологии характеризуется высокой тяжестью: доля инвалидов I и II группы в сумме составляет 75,2 %.

3. На момент освидетельствования были трудоустроены 41,1 % пациентов; не трудоустроены — 58,9 % пациентов, что свидетельствует о большой не только медицинской, но и социальной значимости данной проблемы. Это

подтверждается и тем, что с 2008 г. имеется тенденция к увеличению числа пациентов с данным диагнозом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. ЮНЭЙДС (2009). Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. Женева, ЮНЭЙДС. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_ru.pdf). — Дата доступа: 2 апреля 2012 года.
2. ЮНЭЙДС (2010). Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. Женева, ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]. — Режим доступа: (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC1958_GlobalReport2010_full_ru.pdf). — Дата доступа: 2 апреля 2012 года.
3. ЮНЭЙДС (2011). ДОКЛАД ЮНЭЙДС К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ СО СПИДОМ. Женева, ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]. — Режим доступа: (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_ru.pdf). — Дата доступа: 2 апреля 2012 года.
4. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, and WHO Regional Office for Europe, 2010 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/127656/e94500.pdf. — Дата доступа: 2 апреля 2012 года.
5. Информационный бюллетень «Эпидситуация по ВИЧ в Республике Беларусь на 1 января 2012 г.». Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».
6. Информационный бюллетень «Эпидситуация по ВИЧ в Гомельской области на 1 января 2012 г.». Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».
7. МОТ Рабочий документ № 1 МОТ/СПИД Значение ВИЧ/СПИДа для рынка труда и занятости Франклин Лиск Женева, Международное бюро труда, 2002. — С. 6–7.

Поступила 30.05.2012

УДК 616.24-002:616-08-031.81

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА, ИНВАЛИДНОСТИ И ПОКАЗАНИЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Л. В. Лицкевич, В. Б. Смычек, С. Н. Кравцова

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск

Республиканский научно-практический центр

медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск

432-й главный военный клинический медицинский центр, г. Минск

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов с ХОБЛ и 30 пациентов с хроническим необструктивным бронхитом с использованием методов экспертно-реабилитационной диагностики.

Результаты. Изучены особенности клинического течения и воздействия основных факторов риска. Разработаны критерии реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза, определения групп инвалидности, показания к определению временной нетрудоспособности и дана их оценка.

Заключение. При прогрессировании ХОБЛ определено достоверное ($\chi^2 = 38,12$, $p = 0,0001$) по сравнению с контролем снижение относительной частоты высокого реабилитационного потенциала с 0,7 (95 % ДИ 0,878–1,0) при ХОБЛ I; рост относительной частоты среднего реабилитационного потенциала до 0,6 (95 % ДИ 0,038–0,307) при ХОБЛ III, выявляется низкий реабилитационный потенциал у пациентов с ХОБЛ IV с относительной частотой 0,4 (95 % ДИ 0,225–0,626). Выявлено достоверное ($\chi^2 = 12,91$, $p = 0,012$) по сравнению с контролем увеличение относительной частоты одного случая ВН, снижение относительной частоты лиц с отсутствием случаев временной нетрудоспособности, увеличение средней длительности случая временной нетрудоспособности при тяжелой ХОБЛ до $15,5 \pm 3,62$ ($p < 0,05$); увеличение относительной частоты установления 2 группы инвалидности ($\chi^2 = 33,34$, $p < 0,0001$).

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, факторы риска, реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз, инвалидность, временная нетрудоспособность.