

416 человек в 2012 г.). Уровень инвалидности III группы вследствие ЦВБ был более высоким, чем в РФ, он также снижался на 5,9% (с 5,1 в 2008 г. до 4,8 в 2012 г.). В Москве число инвалидов III группы вследствие ЦВБ составило 26 364 (39,8%) человека, их численность увеличилась на 10,5% (с 5315 человек в 2008 г. до 5872 человек в 2012 г.). Уровень инвалидности III группы также был невысоким, он оставался без изменений – 5,9 на 10 тыс. инвалидов.

Проведенный анализ динамики показателей первичной инвалидности вследствие ЦВБ свидетельствует как о снижении отдельных показателей инвалидности при ЦВБ, так и о их росте, что обуславливает необходимость усиления профилактических мер как на первичном, так и на вторичном уровне.

Поступила 23.08.13

Received 23.08.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.98:578.828.6]-092:612.017.1.064]+616-002.5-036.86:312.6(470.45)«2009–2011»

Быхалов Л.С., Гичкун Л.П., Деревянченко Л.В., Литвинова М.В., Калуженина Н.И., Коробкин В.В., Простяков В.М., Елисеева О.Г., Тарасова Е.С.

АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2009–2011 гг.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» Минтруда России, 400136, г. Волгоград

В работе изучены показатели инвалидности при ВИЧ-инфекции и туберкулезе в Волгоградской области. Исследована структура инвалидности при коинфекции ВИЧ/туберкулез в динамике, охарактеризованы медико-социальные параметры, что может быть использовано в целях прогнозирования инвалидности и в реабилитационном процессе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; туберкулез; коинфекция ВИЧ/туберкулез; инвалидность; медико-социальные параметры.

ANALYSIS OF DISABILITY DUE TO HIV-INFECTION AND TUBERCULOSIS IN THE VOLGOGRAD REGION IN 2009–2011

Bykhalov L.S., Gichkun L.P., Derevyanchenko L.V., Litvinova M.V., Kaluzhenina N.I., Korobkin V.V., Prostyakov V.M., Eliseeva O.G., Tarasova E.S.

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Volgograd Region, 400136, Volgograd, Russian Federation

The rates of disability in HIV-infection and tuberculosis in the Volgograd region were studied. The structure of disability in coinfection of HIV/tuberculosis in dynamics was investigated; medico-social parameters that can be used for disability forecasting purposes and rehabilitation process were characterized.

Key words: HIV-infection; tuberculosis, coinfection HIV/ tuberculosis; disability; medical social settings.

ВИЧ-инфекция – хронически прогрессирующий процесс, на поздних стадиях (4А, 4Б, 4В, 5) проявляется вторичными инфекциями. Связанные с ней заболевания с широким полиморфизмом клинических проявлений и различной степенью нарушений функций организма приводят к ограничению жизнедеятельности больных и нередко к инвалидности. Эти состояния обуславливают социальную недостаточность, нарушают социальные связи и интеграцию больного в общество. ВИЧ-инфицированные лица нуждаются в мероприятиях по социальной защите на протяжении всей жизни [1].

Клиника ВИЧ-инфекции в стадии вторичных проявлений характеризуется чрезвычайно высокой ко-

инфицированностью туберкулезом. Отмечено, что у 75% обследованных больных с данной патологией различные формы туберкулеза впервые возникли на фоне ВИЧ-инфекции, 25% – имели в анамнезе туберкулез органов дыхания [2].

Анализ интенсивных показателей инвалидности в динамике при коинфекции ВИЧ/туберкулез с учетом медико-социальных параметров больных поможет выявить подходы в экспертной оценке и реабилитации данной категории лиц.

Цель исследования – изучить интенсивные показатели инвалидности при ВИЧ-инфекции и туберкулезе, структуру инвалидности, при коинфекции ВИЧ/туберкулез в Волгоградской области с учетом некоторых медико-социальных параметров.

Материал и методы

Изучены медицинские акты, посыльные листы, формы № 7-собес бюро МСЭ ФКУ «ГБМСЭ по Волгоградской области» за 2009–2011 гг.

Для корреспонденции:

Быхалов Леонид Сергеевич – канд. мед. наук, врач по МСЭ фтизиатр бюро медико-социальной экспертизы № 32; 400136, г. Волгоград, ул. Новороссийская, 41; e-mail: leonby-vgd@yandex.ru.

Результаты и обсуждение

Инвалидность вследствие болезней, вызванных ВИЧ, у взрослого населения в структуре первично и повторно признанных инвалидами в РФ составляет 0,1–0,2% с уровнями 0,15 и 0,21 на 10 тыс. взрослого населения в 2009 г. [3]. По полученным данным, в Волгоградской области уровни первичной и повторной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции составляют 0,04–0,05 на 10 тыс. населения и находятся в пределах средних показателей по РФ (табл. 1).

Показатели первичной и повторной инвалидности по туберкулезу в РФ за последние три года держатся на уровнях 2,2–2,5, 5,5–5,9 с более высокими показателями у трудоспособного населения 2,8–2,9, 6,65–7,1. В Волгоградской области интенсивные показатели у впервые признанных инвалидами по туберкулезу составляют 4,2–5,4 на 10 тыс. населения с пиком уровней в трудоспособном возрасте 5,6–7,0. Показатели повторно признанных инвалидами находятся на уровнях 10,6–10,7 и 13,5–13,7 в трудоспособном возрасте (табл. 2).

Анализируя интенсивные показатели впервые и повторно признанных инвалидами вследствие туберкулеза в Волгоградской области, можно говорить о стабилизации и снижении динамики выхода на инвалидность. Несмотря на снижение показателя первичной инвалидности по туберкулезу, уровни остаются очень высокими по сравнению с общими показателями по РФ.

До настоящего времени в Волгоградской области не проводился анализ инвалидности вследствие ко-инфекции ВИЧ/туберкулез, а данные официальных статистических отчетов БМСЭ не располагают этой информацией, так как в них используются только

показатели и структура инвалидности отдельно по туберкулезу или ВИЧ-инфекции. Выявленные региональные особенности обусловили необходимость более глубокого анализа выхода на инвалидность вследствие туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией в Волгоградской области.

С 2009 по 2011 г. в ФКУ ГБ МСЭ по Волгоградской области прошли освидетельствование 196 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. В общем количестве освидетельствованных по туберкулезу в Волгоградской области ВИЧ-инфекция встречалась в среднем в 2,2% случаев (табл. 3).

В данной табл. 3 представлена возрастающая динамика освидетельствований больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Изучена структура первичной инвалидности вследствие туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Волгоградской области. Всего в период с 2009 по 2011 г. впервые освидетельствован на группу инвалидности 81 человек. В 100% случаев ($n = 81$) была установлена группа инвалидности, так как освидетельствуемые имели стойкие нарушения функций организма с различной степенью выраженности, от умеренных до резко выраженных, с различными ограничениями категорий жизнедеятельности (табл. 4).

Характеризуя данные табл. 4, можно выделить возрастающую динамику показателей первичной инвалидности у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом.

Структура первичной инвалидности вследствие ВИЧ-ассоциированного туберкулеза с учетом групп инвалидности выглядит следующим образом (табл. 5).

Инвалидность I группы была установлена в среднем в 5% случаев с ростом показателя в 2011 г. II группа инвалидности в среднем составила 72% случаев с некоторым снижением в 2011 г. III группа составила

Таблица 1

Показатели первичной и повторной инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ в РФ и в Волгоградской области за период 2009–2011 гг. на 10 тыс. населения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Первичная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции в РФ	0,2	0,2	0,2
Первичная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции по Волгоградской области	0,04	0,04	0,05
Первичная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции у трудоспособного населения в РФ	0,2	0,25	0,4
Первичная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции у трудоспособного населения по Волгоградской области	0,05	0,06	0,07
Повторная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции в РФ	0,2	0,25	0,25
Повторная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции по Волгоградской области	0,05	0,06	0,07
Повторная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции у трудоспособного населения в РФ	0,2	0,2	0,2
Повторная инвалидность вследствие ВИЧ-инфекции у трудоспособного населения по Волгоградской области	0,13	0,13	0,11

Таблица 2

Показатели первичной и повторной инвалидности по туберкулезу в РФ и в Волгоградской области за период 2009–2011 гг. на 10 тыс. населения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Первичная инвалидность вследствие туберкулеза в РФ	2,5	2,2	2,1
Первичная инвалидность вследствие туберкулеза по Волгоградской области	5,41	4,65	4,2
Первичная инвалидность вследствие туберкулеза у трудоспособного населения в РФ	2,8	2,9	2,8
Первичная инвалидность вследствие туберкулеза у трудоспособного населения по Волгоградской области	7,0	6,1	5,6
Повторная инвалидность вследствие туберкулеза в РФ	5,9	5,6	5,5
Повторная инвалидность вследствие туберкулеза по Волгоградской области	10,6	10,8	10,7
Повторная инвалидность вследствие туберкулеза у трудоспособного населения в РФ	6,7	7,1	5,5
Повторная инвалидность вследствие туберкулеза у трудоспособного населения по Волгоградской области	13,5	13,7	13,7

Таблица 3

Общие показатели освидетельствований больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего освидетельствовано больных туберкулезом	3432	100	3306	100	3188	100
Из них больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией	41	1,95	67	2	88	2,76

Таблица 4

Результаты первичных освидетельствований больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего освидетельствовано впервые больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом	21	100	28	100	32	100
Из них признано инвалидами впервые	21	100	28	100	32	100
В том числе трудоспособного возраста	21	100	28	100	32	100

23% случаев впервые признанных инвалидами за исследованный период.

У ВИЧ-инфицированных пациентов активный туберкулез может развиваться на любой стадии ВИЧ-инфекции, а в более поздние периоды ВИЧ-инфекции возникает иммуносупрессия, которая приводит к изменению клинической структуры туберкулеза [4]. Произведено исследование клинико-нозологической структуры впервые признанных инвалидами за 2009–2011 гг. Направленные в БМСЭ пациенты имели ВИЧ-инфекцию на стадии 3(А, Б), 4 (А, Б, В) по классификации, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России № 166 от 17.03.06. Туберкулезный процесс, по нашим наблюдениям, выявлен в среднем через 7–8 лет после установления диагноза ВИЧ-инфекции, рецидивы возникали через 2–3 года после клинического излечения. Клинико-морфологические формы туберкулеза у впервые признанных инвалидами за исследуемый период представлены в табл. 6.

Из представленной табл. 6 видно, что в большинстве случаев (49,2%) наиболее часто встречающейся клинико-морфологической формой у впервые признанных инвалидами за исследуемый период является инфильтративный туберкулез легких, 2-е место занимает диссеминированный туберкулез (25,6%), на 3-м месте фиброзно-кавернозный туберкулез легких (9,2%). Сравнительно небольшую долю составляют генерализованные формы (6,6%): легочная форма сочетается с туберкулезом центральной нервной системы, лимфатической системы, туберкулезом костей и мочевыделительной системы. Генерализованные формы туберкулеза заслуживают особого внимания, так как протекают с прогрессированием туберкулеза и иммунодефицитного состояния и приводят к более высоким группам инвалидности [5].

Таблица 5

Структура первичной инвалидности вследствие ВИЧ-ассоциированного туберкулеза с учетом групп инвалидности в Волгоградской области за период 2009–2011 гг.

Группа инвалидности	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	1	4,7	1	3,6	2	6,3
II	16	76,2	20	71,4	22	68,7
III	4	19,1	7	25	8	25
Всего ...	21	100	28	100	32	100

Был проанализирован показатель иммунного статуса: количество CD4⁺-клеток. Средний показатель CD4⁺-клеток составил у инвалидов I группы 93,5 кл/мкл (43–202 кл/мкл), II группы 369 кл/мкл (85–539 кл/мкл), III группы 516 кл/мкл (185–911 кл/мкл). CD4⁺-клетки (Т-хелперы) являются индукторами специфического ответа при туберкулезе. Снижение их количества или функциональной активности приводит к прогрессированию туберкулезного процесса [5].

Были изучены социальные параметры инвалидов с учетом половых, возрастных различий, места проживания, образовательного и профессионального статуса. Распределение по гендерным различиям выглядит следующим образом: основной контингент (78,2%) составили мужчины, женщины соответственно 21,8%. Средний возраст признанных инвалидами с двойной инфекцией составил 34,6 года. Значительная часть признанных инвалидами вследствие коинфекции ВИЧ/туберкулез проживала в городе – 88%, только

Таблица 6

Клинико-морфологические формы туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией у впервые признанных инвалидами в 2009–2011 гг.

Нозологическая форма	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Очаговый туберкулез	1	4,8	3	10,7	2	6,3
Инфильтративный туберкулез	10	47,6	14	50	16	50
Диссеминированный туберкулез	5	23,8	7	25	9	28,1
Фиброзно-кавернозный туберкулез	3	14,3	2	7,1	2	6,3
Казеозная пневмония	0		0		1	3,1
Цирротический туберкулез	0		0		0	
Туберкулома	0		0		0	
Туберкулез плевры	0		0		1	3,1
Мочеполовой туберкулез	0		0		0	
Туберкулез костей	0		0		0	
Абдоминальный туберкулез	0		0		0	
Туберкулез лимфатических узлов	0		0		0	
Генерализованный туберкулез	2	9,5	2	7,2	1	3,1
Всего ...	21	100	28	100	32	100

12% – жители сельской местности. Основную часть (62%) инвалидов составили лица с основным общим образованием, из них начальное профессиональное образование имели 25%, среднее профессиональное 58%, не имели профессии 17%. Среднее (полное) общее образование имели 38% инвалидов, из них наибольший удельный вес (45%) составили инвалиды, которые не имели профессионального образования, начальное профессиональное образование в этой группе получили 36% инвалидов, среднее профессиональное образование – 16% и высшее профессиональное образование – 3%. Основные представленные профессии – слесарь, токарь, техник-электрик, повар-кондитер, автокрановщик, водитель и др. Не имели постоянной работы на момент освидетельствования 96% больных, что говорит о социальной, профессиональной дезадаптации данной категории лиц.

Заключение

В Волгоградской области отмечается увеличение показателя первичной инвалидности по ВИЧ-инфекции с 0,04 до 0,05 и более высокими цифрами у трудоспособных лиц до 0,07 на 10 тыс. населения соответствующего возраста. Несмотря на снижение показателей выхода на первичную инвалидность по туберкулезу 5,4–4,2 на 10 тыс. населения, показатели сохраняются на высоком уровне по сравнению с общероссийскими данными (2,5–2,2). ВИЧ-инфекция у больных туберкулезом различных локализаций является инвалидизирующей составляющей, встречается в среднем в 2,2% случаев, тем самым увеличивая число признанных инвалидами в общей популяции инвалидов по туберкулезу. Отмечается возрастающая динамика экстенсивных показателей первичной и повторной инвалидности у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом. В структуре первичной инвалидности преобладает II группа и составляет 72% случаев. Наиболее распространенной клинико-морфологической формой туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией у впервые признанных инвалидами является инфильтративный туберкулез легких, на втором плане выступает такая остропрогрессирующая форма, как диссеминированный туберкулез легких, которая может приводить к быстрой генерализации процесса. Нарушение иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных в виде снижения количества и/или активности иммунокомпетентных клеток приводит к активации и прогрессии туберкулезной инфекции и тем самым к более высоким группам инвалидности и затрудняет реабилитацию данной категории больных. Описанные медико-социальные параметры инвалидов по туберкулезу в сочетании с ВИЧ-инфекцией

говорят о том, что инвалидность наступала в трудоспособном возрасте, чаще у мужчин с нарушениями дыхательной и иммунной систем, социально дезадаптированных, что приводит к ограничению в различных сферах деятельности инвалида и определяет необходимость комплексных мер реабилитации с учетом их медико-социальных потребностей.

ЛИТУРАТУРА

1. Чикова Р.С., Макаров А.Ю., Гусак Ю.Л., Дубровская Н.В., Попова Н.В. Опыт освидетельствования неврологических больных с ВИЧ-инфекцией. *Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2001; 184–90.
2. Борзенко А.С., Попкова Н.Л. Особенности диагностики туберкулеза у ВИЧ инфицированных и больных СПИД. В кн.: *Материалы VII Российского съезда фтизиатров*. М.; 2003.
3. Гришина Л.П., Запарий Н.С. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов в Томской области: итоги, задачи и новые решения : Материалы научно-практической конференции*. Томск; 2011: 12–4.
4. Кравченко А.В., Щелканова А.И., Ермак Т.Н. и др. Анализ больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Московском регионе. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2005; 10: 34–7.
5. Зимина В.Н., Кравченко А.В., Батыров Ф.А., Васильева И.А., Тошевилов М.В., Мальцев Р.В. Генерализованный туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний. *Инфекционные болезни*. 2010; 8(3): 5–8.

REFERENCES

1. Chikova R.S., Makarov A.Ju., Gusak Ju.L., Dubrovskaja N.V., Popova N.V. The experience of examination of neurological patients with HIV infection. *Bulletin of the all-Russian society of specialists on medical social expertise and rehabilitation industry*. 2001: 184–90. (in Russian)
2. Borzenko A.S., Popkova N.L. Peculiarities of diagnostics of TB in HIV infected persons and AIDS patients. In: *Materials of the VII Russian Congress of phthisiatricians. [Materialy VII Rossiyskogo s'ezda ftiziatrov.]* 2003. (in Russian)
3. Grishina L.P., Zaparij N.S. *Medical-social expertise and rehabilitation of disabled people in the Tomsk region: results, problems and new solutions: Materials of the scientific conference. [Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya invalidov v Tomskoy oblasti: itogi, zadachi i novye resheniya : Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii.]* 2011: 12–4. (in Russian)
4. Kravchenko A.V., Shhelkanova A.I., Ermak T.N. et al. Analysis of TB patients are coinfectd with HIV, in Moscow region. *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2005; 10: 34–7. (in Russian)
5. Zimina V. N., Kravchenko A. V., Batyrov F. A., Vasil'eva I. A., Toshhevnikov M. V., Mal'cev R. V. Generalized tuberculosis in patients with HIV infection at the stage of secondary diseases. *Infectious diseases*. 2010; 8(3): 5–8. (in Russian)

Поступила 06.08.13
Received 06.08.13