

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ В.Б.Смычек, ² Ю.Б.Запорованный

¹ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
пос. Городище, Минский район, Республика Беларусь

² Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия,
г. Гомель, Республика Беларусь

Изучено влияние распространения ВИЧ-инфекции на территории Гомельской области на структуру и уровень трудопотерь, связанных с инвалидностью при этой патологии. Выявлены особенности данной инвалидности: быстрый рост ее уровня, высокая тяжесть, быстрое наступление инвалидности, молодой возраст, высокая летальность, а также низкий процент реабилитации инвалидов. Учитывая динамику эпидемического процесса, следует ожидать дальнейший рост показателя первичной инвалидности при ВИЧ-инфекции в Гомельской области и Республике Беларусь.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; освидетельствование; первичная инвалидность; пациент.

Введение

Вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, чрезвычайно актуальны для Гомельской области, поскольку численность ВИЧ-инфицированных и заболеваемость данной патологией в регионе самая высокая в республике и имеет выраженную тенденцию к росту. Так, на 1 января 2015 года в Республике Беларусь зарегистрировано 17522 случая ВИЧ-инфекции, при этом в Гомельской области – 8297 случаев (количество людей, живущих с ВИЧ, – 5965 чел.). За 2014 год в Гомельской области выявлено 730 случаев ВИЧ-инфекции (51,07 на 100 тыс.), за 2013 год – 657 случаев (45,9 на 100 тыс.), прирост заболеваемости составил +11,3% [1, 2].

Учитывая особенности развития эпидемического процесса на территории Республики Беларусь, вовлечение в него преимущественно населения трудоспособного возраста, экономика и социальная сфера государства и, в большей степени, Гомельской области в настоящее время начали испытывать нарастающие медико-социальные последствия распространения данного заболевания, основными из которых являются первичная инвалидность (ПИ) и временная нетрудоспособность.

Цель работы – изучение уровня и структуры трудопотерь, обусловленных ПИ при ВИЧ-инфекции в Гомельской области.

Материал и метод

В ходе исследования осуществлен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, прошедших освидетельствование в учреждении «Гомельская медико-реабилитационная экспертная комиссия» в период с 2008 по 2013 гг. с диагнозом ВИЧ-инфекция (353 пациента).

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

Результаты и обсуждение

С целью изучения клинико-трудового прогноза у пациентов с данной патологией проведен анализ временных интервалов от постановки пациента на диспансерный учет до определения инвалидности, а также определены степень иммунологических и клинических нарушений, развивающихся у этих пациентов в динамике (табл. 1).

Из всех лиц с впервые установленной инвалидностью, 20,3% состояли на диспансерном учете в ЛПУ до двух лет, что подтверждает факт наличия инвалидизирующих последствий заболевания уже в первые годы. Тем не менее, ограничение жизнедеятельности, приводящее к инвалидности, может проявляться и спустя многие годы. Так в 13,0% случаев инвалидность впервые установлена спустя 15–16 лет. Следует отметить, что более часто и более выраженные иммунологические нарушения у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией наблюдались с 1-го по 3-й и с 10-го по 16-й год с момента постановки на диспансерный учет. Полученные данные свидетельствуют о том, что остается существенной доля выявления ВИЧ-инфекции у пациентов на позднем этапе данного заболевания, когда у них уже имеются выраженные

Таблица 1

Временные интервалы определения инвалидности после постановки на диспансерный учет с учетом степени иммунологических и клинических нарушений (классификация CDC 1993 г., ВОЗ)

| Время с момента постановки на диспансерный учет до определения инвалидности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Стадии ВИЧ-инфекции (по CDC) | до 1 года | 1 год | 2 года | 3 года | 4 года | 5 лет | 6 лет | 7 лет | 8 лет | 9 лет | 10 лет | 11 лет | 12 лет | 13 лет | 14 лет | 15 лет | 16 лет | 17 лет | 18 лет | 19 лет | ВСЕГО |
| | V1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| V2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| V3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 2 | 6 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 32 |
| C1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| C2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| C3 | 1 | 11 | 15 | 4 | 5 | 4 | 2 | 6 | 6 | 3 | 8 | 6 | 8 | 14 | 9 | 10 | 8 | 0 | 0 | 2 | 122 |
| Всего | 1 | 16 | 19 | 9 | 7 | 6 | 9 | 8 | 6 | 5 | 11 | 9 | 12 | 19 | 12 | 12 | 11 | 2 | 0 | 3 | 177 |

нарушения иммунитета и признаки инвалидности, но которые до этого не находились на диспансерном учете и, соответственно, не получали адекватную медицинскую и медико-социальную помощь. Это подтверждается и данными эпидемиологического наблюдения – в 2012 году по республике доля выявления ВИЧ-инфекции у пациентов сразу в стадии СПИДа составила 23,6% [3]. Второй «подъем» иммунологических нарушений (с 10-го по 16-й год) отражает естественное течение патогенеза данного заболевания, когда именно в этот временной период истощаются компенсаторные возможности иммунной системы, и нарастает клиника СПИДа. Вероятно, следует учитывать и возрастающий охват пациентов антиретровирусной терапией (АРТ) [4].

С целью анализа влияния ВИЧ-инфекции на медико-демографическую ситуацию в Гомельской области были изучены показатели тяжести ПИ при этой патологии в динамике. Данный показатель

рассчитывался как удельный вес лиц с тяжелой ПИ, то есть ПИ первой и второй групп, установленных впервые, по отношению к общему числу лиц, первично признанных инвалидами (табл. 2).

Как следует из данных, приведенных в табл. 2, первичная инвалидность этих пациентов характеризуется высокой тяжестью (за период 2008–2013 гг. – 76,2). Так, из 353 пациентов, первично признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции за период 2008–2013 гг., I группа инвалидности определена у 58 чел. (16,4%), II группа – у 211 чел. (59,8%), III группа – у 84 чел. (23,8%). Высокая тяжесть ПИ обусловлена тем, что наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими ограничения жизнедеятельности и, как следствие, инвалидность, являются выраженная патология головного мозга (47,9%), туберкулез (32,9%), новообразования (5,9%), которые сами характеризуются высокой тяжестью, а также высоким уровнем сопутствующей патологии (толь-

Таблица 2

Распределение освидетельствованных по структуре тяжести первичной инвалидности

| Группа инвалидности | Годы | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2008-2013 | |
| | Абс. | % |
| I | | | 11 | 28,9 | 10 | 19,6 | 15 | 25,9 | 8 | 12,9 | 14 | 14,0 | 58 | 16,4 |
| II | 36 | 81,8 | 17 | 44,7 | 28 | 54,9 | 33 | 56,9 | 38 | 61,3 | 59 | 59,0 | 211 | 59,8 |
| III | 8 | 18,2 | 10 | 26,3 | 13 | 25,5 | 10 | 17,2 | 16 | 25,8 | 27 | 27,0 | 84 | 23,8 |
| Тяжесть ПИ | 81,8 | | 73,6 | | 74,5 | | 82,8 | | 74,2 | | 73,0 | | 76,2 | |
| Всего | 44 | 100,0 | 38 | 100,0 | 51 | 100,0 | 58 | 100,0 | 62 | 100,0 | 100 | 100,0 | 353 | 100,0 |

ко сочетание ВИЧ-инфекции и гепатита выявлено у 59,5% освидетельствованных пациентов).

При анализе нозологической структуры инвалидности по МКБ-10 установлено, что она представлена следующими трехзначными рубриками заболеваний: B20 – 176 чел. (49,9%); B21 – 10 чел. (2,8%); B22 – 140 чел. (39,7%); B23 – 18 чел. (5,1%); B24 – 6 чел. (1,7%); Z21 – 2 чел. (0,6%); R75 – 1 чел. (0,3%).

При анализе четырехзначных рубрик уточнено, что 16,1% (57 чел.) – это болезни ВИЧ с проявлением множественных инфекций (код B20.7); 1,1% (4 чел.) – болезни, вызванные ВИЧ, с проявлением других неходжкинских лимфом (B21.2); 30,3% (107 чел.) – болезни, вызванные ВИЧ, с проявлением множественных болезней, классифицированных в других рубриках (B22); 2,5% (9 чел.) – болезни, вызванные ВИЧ, с проявлением (персистентной) генерализованной лимфаденопатии (B23.1).

Нарушение функций организма – это утрата или существенное отклонение от общепринятых статистических норм физиологической функции организма человека в соответствующем периоде (возрасте) его биологического развития [5].

Для унификации оценки выраженности нарушенных функций и критериев жизнедеятельности нами использован подход, принятый в отечественной медико-социальной экспертизе, с применением функциональных классов (ФК), которые отражают состояние функции или другого функцио-

нального параметра, ранжируются по 5-балльной шкале и принимаются за 100%.

ФК 0 характеризует нормальное состояние параметра, ФК 1 – легкое его нарушение (до 25%), ФК 2 – умеренное (от 26% до 50%), ФК 3 – значительное (от 51% до 75%), ФК 4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76% до 100%).

По результатам исследования (табл.3), преобладали нарушения следующих функций организма: иммунитет – 58,6%, пищеварение – 18,7%, статодинамические функции – 17,3%. Реже выявлялись нарушения функции психической сферы – 12,5%, системы кровообращения – 11,0%, дыхательной системы – 6,2%, сенсорных функций – 2,3%.

Указанные нарушения функций пациентов с ВИЧ приводили к ограничению жизнедеятельности. Каждый из критериев жизнедеятельности мог быть нарушен изолированно или сопровождался другими ограничениями, влияющими на уровень социальной адаптации. Критерии жизнедеятельности оценивались по следующим пунктам: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных критериев жизнедеятельности, выяснено, что способ-

Таблица 3
Степень нарушения функций организма у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией в 2008–2013 гг. (n/%)

| Нарушения функций организма | Степень выраженности по ФК | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------|------|-----|------|-----|------|------|------|------|-------|------|
| | ФК0 | | ФК1 | | ФК2 | | ФК3 | | ФК4 | | Всего | |
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Функции иммунитета | 146 | 41,4 | 2 | 0,6 | 32 | 9,1 | 81 | 22,9 | 92 | 26,1 | 207 | 58,6 |
| Статодинамические функции | 292 | 82,7 | 6 | 1,7 | 18 | 5,1 | 22 | 6,2 | 15 | 4,2 | 61 | 17,3 |
| Психическая сфера | 309 | 87,5 | 10 | 2,8 | 14 | 4 | 14 | 4 | 6 | 1,7 | 44 | 12,5 |
| Эндокринная система | 350 | 99,2 | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 2 | 0,6 | 0 | 0 | 3 | 0,8 |
| Система пищеварения | 287 | 81,3 | 15 | 4,2 | 24 | 6,8 | 22 | 6,2 | 5 | 1,4 | 66 | 18,7 |
| Дыхательная система | 331 | 93,8 | 12 | 3,4 | 6 | 1,7 | 4 | 1,1 | 0 | 0 | 22 | 6,2 |
| Система кровообращения | 314 | 89 | 7 | 2 | 19 | 5,4 | 11 | 3,1 | 2 | 0,6 | 39 | 11,0 |
| Языковые и речевые функции | 99 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| Сенсорные функции | 92 | 26,1 | 2 | 0,6 | 4 | 1,1 | 0 | 0 | 2 | 0,6 | 8 | 2,3 |
| Функции внутренней секреции | 99 | 28 | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,3 |

ность к самообслуживанию была ограничена у 290 чел. (82,2%), способность к передвижению – у 290 чел. (82,2%), способность к ориентации – у 86 чел. (24,4%), способность к общению – у 101 чел. (28,6%), способность контролировать свое поведение – у 64 чел. (18,1%), способность к трудовой деятельности – у 335 чел. (94,9%) (табл. 4).

С целью изучения особенностей клинического и трудового прогноза при данной патологии проведен анализ летальности у первично освидетельствованных в МРЭК пациентов, а также анализ результатов их переосвидетельствования (динамика инвалидности). Установлено, что из 353 чел., первично признанных инвалидами по ВИЧ-инфекции за период 2008–2013 гг., умерли 119 чел. (33,7%), в том числе в течение первого года после освидетельствования 77 чел. (64,7%).

Более чем у половины (53%) пациентов был выявлен относительно и абсолютно неблагоприятный трудовой прогноз; сомнительный прогноз был выявлен у 46,5%, что свидетельствует о тяжести как самого патологического процесса у пациентов МРЭК, так и тяжести трудопотерь, связанных с данным заболеванием. Вместе с тем, значительная часть пациентов, которым определена инвалидность, связанная с ВИЧ, продолжают работать. Так, из числа признанных инвалидами по этой патологии за период 2008–2013 гг. признаны нетрудоспособными 237 чел. (67,1%), даны трудовые рекомендации 116 чел. (32,9%).

Нами проведен анализ ПИ в Гомельской области за период 2005–2013 гг. как в целом по всем заболеваниям, так и вследствие ВИЧ-инфекции. Установлено, что за анализируемый период отмечается рост показателя ПИ, связанной с ВИЧ, в трудоспособном возрасте, который составил в 2005 г. – 0,21; в 2006 г. – 0,37; в 2007 г. – 0,36; в 2008 г. – 0,5; в 2009 г. – 0,44; в 2010 г. – 0,59; в

2011 г. – 0,68; в 2012 г. – 0,74; в 2013 г. – 1,2 на 10 тысяч трудоспособного населения.

Регистрация первых случаев инвалидности отмечена в 1994 и в 1995 г. (по 1 случаю в год). Однако достоверный подъем уровня инвалидности в области зарегистрирован с 2002 г. – спустя 7 лет после массового заражения наркоманов, включавшего инфицирование 787 потребителей внутривенных наркотических веществ в г. Светлогорске Гомельской области в 1996 г. Как следствие, основная часть пациентов, которым определена инвалидность, связанная с ВИЧ (62,9%), в исследуемый период, сосредоточена в этом городе [6].

В среднем по разным данным период от начала инфицирования до терминальной стадии ВИЧ-инфекции длится 7–10 лет. Подъем уровня ПИ, связанной с ВИЧ, в Гомельской области четко укладывается в этот временной промежуток и связан с особенностями течения патогенетического процесса при данном заболевании [4].

Кроме того, на рост данного показателя оказывает значительное влияние расширение доступа к антиретровирусной терапии, которая позволила уменьшить число смертей вследствие СПИДа, особенно в последние годы (в стране число пациентов, получающих курс АРТ, составило на 31.12.2012 г. 4274 чел. (96,4% от числа подлежащих) [3].

Возрастает и «вклад» данного профиля инвалидности в общую структуру ПИ лиц трудоспособного возраста области. Так, связанная с ВИЧ инвалидность составила в 2002 г. 0,11%, в 2003 г. – 0,16%, в 2004 г. – 0,23%, в 2005 г. – 0,4%, в 2006 г. – 0,8%, в 2007 г. – 0,8%, в 2008 г. – 1,4%, в 2009 г. – 1,3%, в 2010 г. – 1,7%, в 2011 г. – 1,8%, в 2012 г. – 1,9%, в 2013 г. – 2,9%, в 2014 г. – 2,97% всей ПИ в трудоспособном возрасте.

В результате, инвалидность, связанная с ВИЧ, становится серьезной медико-социальной пробле-

Таблица 4

Степень ограничения жизнедеятельности у пациентов МРЭК с ВИЧ-инфекцией в 2008–2013 гг.

| Ограничения жизнедеятельности | Степень выраженности по ФК | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | ФК0 | | ФК1 | | ФК2 | | ФК3 | | ФК4 | | Всего | |
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Самообслуживание | 63 | 17,8 | 44 | 12,5 | 93 | 26,3 | 101 | 28,6 | 52 | 14,7 | 290 | 82,2 |
| Передвижение | 63 | 17,8 | 47 | 13,3 | 104 | 29,5 | 88 | 24,9 | 51 | 14,4 | 290 | 82,2 |
| Ориентация | 267 | 75,6 | 13 | 3,7 | 33 | 9,3 | 23 | 6,5 | 17 | 4,8 | 86 | 24,4 |
| Общение | 259 | 73,4 | 13 | 3,7 | 45 | 12,7 | 25 | 7,1 | 11 | 3,1 | 94 | 26,6 |
| Контроль поведения | 289 | 81,9 | 8 | 2,3 | 26 | 7,4 | 16 | 4,5 | 14 | 4,0 | 64 | 18,1 |
| Трудовая деятельность | 18 | 5,1 | 1 | 0,3 | 80 | 22,7 | 192 | 54,4 | 62 | 17,6 | 335 | 94,9 |

мой Гомельской области, поскольку ее уровень (1,2 на 10 тысяч трудоспособного населения) в 2013 г. сравним с такими группами заболеваний, как болезни органов пищеварения (1,23 на 10 тыс. трудоспособного населения), болезни глаза (1,06), туберкулез (0,96).

Полученные данные динамики ПИ вследствие ВИЧ-инфекции в Гомельской области позволили с достаточной достоверностью прогнозировать ее уровень на ближайшие (2015–2018) годы. Аналитическое выравнивание фактической динамики с помощью линейного тренда позволяет сделать прогноз об увеличении в Гомельской области численности впервые признанных инвалидами вследствие данной патологии: в 2015 г. – 98 чел., в 2016 г. – 105 чел., в 2017 г. – 113 чел., в 2018 г. – 121 чел.

Высокое значение коэффициента детерминации ($R^2=0,9131$) свидетельствует о хорошем качестве модели и надежности прогноза: данное уравнение тренда объясняет 96% общей вариации данных в ряду динамики.

Фактическое (2002–2014 гг.) и прогнозируемое (2015–2018 гг.) число инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции в Гомельской области представлено на рисунке. Прогноз осуществлен методом экстраполяции с аппроксимацией динамического ряда на основе линейных уравнений регрессии.

Выводы:

1. ПИ у пациентов с ВИЧ-инфекцией в Гомельской области начала регистрироваться спустя 7 лет после вспышки данного заболевания у потребителей внутривенных наркотических веществ и имеет тенденцию к росту.

2. Инвалидность при ВИЧ-инфекции значительно отличается от инвалидности при других заболеваниях быстрым ростом ее уровня, высокой тяжестью, быстрой инвалидизацией, молодым возрастом и высокой летальностью пациентов, а также низким процентом их реабилитации.

3. Наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими ограничения жизнедеятельности и инвалидность, являются патология нервной системы, туберкулез, новообразования.

4. Выявлено значительное разнообразие проявлений ВИЧ-инфекции и сочетаний этих проявлений у данной группы пациентов, которые, в свою очередь, приводили к различным нарушениям функций (иммунитета, пищеварения, статодинамических функций и др.) и, как следствие, к различной степени ограничений жизнедеятельности (в основном, способности к трудовой деятельности, самообслуживанию и передвижению).

5. Нарушение функции иммунитета запускает сложный патогенетический механизм, вызывающий нарушение нескольких функций организма, и, как следствие, нарушение нескольких основных критериев жизнедеятельности, что может приводить к развитию синдрома взаимного отягощения и синдрома социальной компенсации.

6. Учитывая динамику эпидемического процесса – распространение ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь и в Гомельской области, следует отметить, что экономика и социальная сфера республики испытывают лишь первые последствия данной эпидемии, обусловленные трудовыми потерями. Прогнозируются дальнейший рост уровня ПИ, связанной с ВИЧ, а также соответствующие изменения нозологической структуры инвалидности.

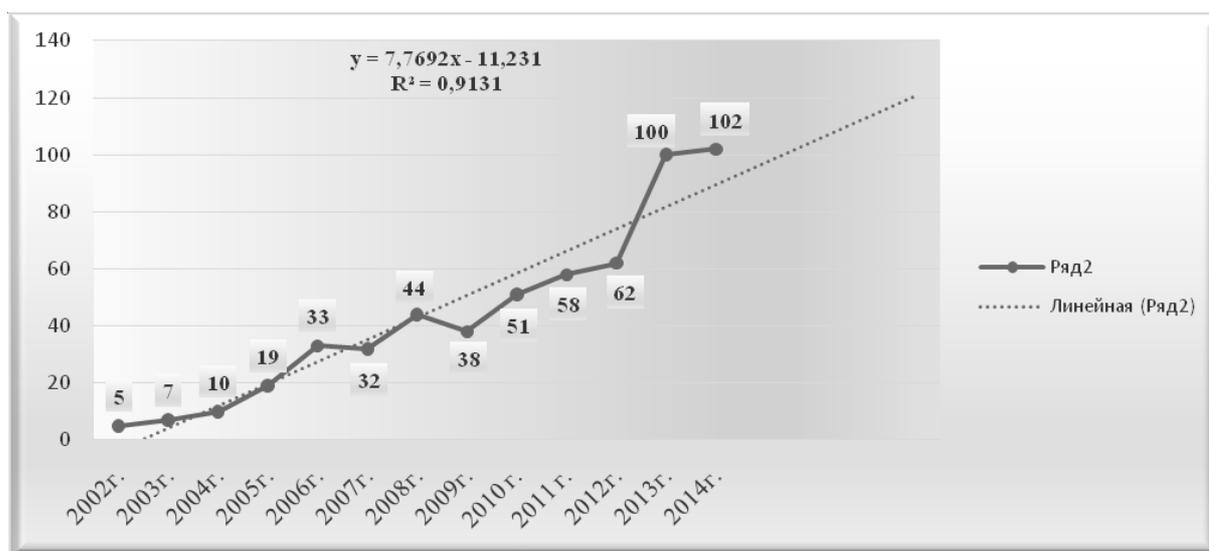


Рис. Показатели и прогноз уровня первичной инвалидности, связанной с ВИЧ-инфекцией, в Гомельской области

Литература

1. Эпидситуация по ВИЧ в Республике Беларусь на 1 января 2015 года // Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aids.by/search/index.php?q=>. – Дата доступа: 10.03.2015.
2. Эпидситуация по ВИЧ в Гомельской области на 1 января 2015 года // Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.svetlge.by/?p=3701>. – Дата доступа 10.03.2015.
3. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь на 01.01.2013 г. // Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aids.by/search/index.php?q=>. – Дата доступа 10.03.2015.
4. Белозеров, Е.С. ВИЧ-инфекция; 2-е изд. / Е.С.Белозеров, Е.И.Змушко. – М., 2003. – С.116–117.
5. International classification of functioning, disability and health // World health organization [Electronic resource]. – 2001. – Mode of access: http://Psychiatr.Ru/Download/1313?Name=ICF_18.Pdf&View=1. – Date of access: 10.03.2015.
6. Рытик, П.Г. ВИЧ-инфекция в Беларуси / П.Г.Рытик // *Здравоохранение*. – 2015. – №2. – С.18–25.

PRIMARY HIV-RELATED DISABILITY IN THE GOMEL REGION

¹ V.B.Smychek, ² Yu.B.Zaparovanny

¹ Republican Scientific and Practical Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodishche Settl., Minsk District, Republic of Belarus

² Gomel Regional Medical Rehabilitation Expert Commission, Gomel, Republic of Belarus

The effect of HIV infection spread on the structure and level of HIV-related labor losses was studied in the Gomel Region. The following peculiarities of this disability were defined: rapid growth of its level, high severity, sudden onset disability, young age, high lethality as well as the low rehabilitation rate of the disabled. Taking into account the epidemic process dynamics one should expect a further increase in the primary disability rate of HIV infection in the Gomel Region and the Republic of Belarus.

Key words: HIV infection, examination, primary disability, patient.

Поступила 11.03.2015 г.