

РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В данной статье отражается непосредственная взаимосвязь между собой социально-медицинских поведенческих факторов. Необходимость учёта их при проведении первичного опроса и воздействии на них, несомненно, уменьшит их частоту встречаемости, а значит, улучшит качество жизни ВИЧ-инфицированных и продлит жизнь.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, социальный статус, факторы риска.

OIV INFEKTSIYASI FONIDA BA'ZI TIBBIY VA IJTIMOIY OMILLARNING TARQALISHI

Qodirov D.A., Salohiddinov Z.S.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ushbu maqola ijtimoiy-tibbiy xulq-atvor omillari o'rtasidagi bevosita bog'liqlikni aks ettiradi. Dastlabki so'rovnoma davomida ularni hisobga olish va ularga ta'sir qilish zarurati, shubhasiz, ularning paydo bo'lish chastotasini kamaytiradi va shuning uchun OIV bilan kasallangan odamlarning hayot sifatini yaxshilaydi va umrini uzaytiradi.

Kalit so'zlar: OIV bilan kasallangan, ijtimoiy holat, xavf omillari.

PREVALENCE OF SOME MEDICAL AND SOCIAL FACTORS AGAINST THE BACKGROUND OF HIV INFECTION

Qodirov D.A., Salohiddinov Z.S.

Andijan state medical institute

Abstract

This article reflects the direct relationship between socio-medical behavioral factors. The need to take them into account when conducting a primary survey and influencing them will

undoubtedly reduce their frequency of occurrence, which means it will improve the quality of life of HIV-infected people and prolong life.

Keywords: HIV-infected, social status, risk factors.

ВИЧ-инфекция, если когда то была эпидемией, то за последние годы приобрела характер пандемии. Являясь глобальной угрозой для жизни человечества, и социально-значимым заболеванием, она все больше и больше затрагивает различные возрастные социальные слои населения. Несмотря на улучшение диагностики и на внедрение современных методов терапии, эпидемия ВИЧ/СПИД в мире продолжает развиваться быстрыми темпами. ВИЧ-инфекция за последние годы от концентрированной стадии, когда она распространяется в группах риска - наркоманы, проститутки, гомосексуалисты, перешла в генерализированную стадию. На этой стадии ВИЧ-инфекция выходит за пределы групп риска и поражает также социально-благополучные слои населения через гетеросексуальные половые контакты, в связи с чем инфекция все больше распространяется. Территориальные различия распространенности заболевания обусловлены воздействием природных, антропогенных и социальных факторов среды. Региональные отличия распространенности ВИЧ-инфекции связаны с различиями ряда социально-экономических показателей в регионах [2, 7, 11].

Все большую актуальность приобретают исследования, позволяющие выявить дополнительные внешние факторы и условия формирования региональных особенностей проявления социально-значимых заболеваний населения на различных территориях. С другой стороны, проблема ВИЧ инфекции – это мультифакторная проблема, которая требует неотложного решения как медицинских, так и психологических, педагогических, социальных и других проблем [1]. Осведомленность о ВИЧ/СПИДе среди населения остается очень низкой. Большая часть медицинских работников по-прежнему крайне недостаточно информирована или даже негативно настроена в отношении ВИЧ-позитивных пациентов. Именно поэтому крайне низким остается и общий уровень знаний среди населения. Все вышеизложенное указывает на актуальность представленной темы и диктует необходимость комплексного и всестороннего исследования влияния социальных факторов на реализацию профилактики ВИЧ-инфекции [4, 7, 13].

Цель исследования. Изучить и оценить, наряду с поведенческими факторами риска, такие факторы, как характеристики семейного статуса, жилищно-бытовых условий, социального и образовательного статуса на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Материалом явились ВИЧ-

инфицированные города Андижан. Диагностика ВИЧ-инфекции/СПИДа осуществлялась в лабораториях областного центра борьбы со СПИДом по специфическим (ИФА – для выявления антител в плазме крови по 4 поколениям тест-систем), экспресс (быстрые) тестам для выявления антител к ВИЧ в слюне, крови, сыворотке и плазме крови (агглютинационные, иммунофльтрационные, иммунохромато-графические и почечно-хроматографические тесты), иммуноблот и методом полимеразной цепной реакции, а также неспецифическими методами – определение количества СД-4 лимфоцитов с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендациями ВОЗ, ЮНЭЙДС, СДС [WHO/SDS/CSR/EDS/2001'16, UNIADS/01.22E]. Такая стратегия применялась с привлечением и участием специалистов областных и Республиканских центров по борьбе со СПИДом.

Применялись методы многомерного статистического анализа, ранговый корреляционный анализ по методам Пирсона, Спирмена и Кэндалла; χ^2 -критерий, критерий углевого преобразования Фишера, критерий Пирсона (χ^2), критерий относительного риска и тест Шеллинга-Вольфейля.

Для оценки различий были приняты четыре основных уровня достоверности: недостоверный (незначимый) – $P > 0,05$; предельный (низкий) – $P < 0,05$, средний – $P < 0,01$ и высокий – $P < 0,001$.

Результаты исследования. При изучении сравнительной оценки распространенности табакокурения (ТК) в популяции ВИЧ-инфицированных с различными неблагоприятными социальными статусами (таблица 1) отмечено, что при наличии неблагоприятного эпидемиологического статуса частота выявляемости ТК увеличивается в среднем в два раза ($P < 0,01$). Это выглядело так: при наличии плохого жилищно-бытового статуса (ПЖБС) табакокурение наблюдалась с частотой 36,7%, при наличии низкого образовательного статуса (НОС) – 33,9% и при наличии хронических стрессов (ХС) – 55,9%. Наибольшей частотой ТК выявляется в связи с хроническими стрессами, неблагоприятным семейным статусом и плохими жилищно-бытовыми условиями. В целом, вклад социально-экономических факторов в развитии ТК составляет в среднем 40,3%.

В таблице 2 обобщены данные статистического анализа по изучению вклада поведенческих социальных факторов риска в формировании эпидемиологических показателей распространенности злоупотребления алкоголем среди ВИЧ-инфицированной популяции. При этом выявлено, что при наличии различных поведенческих ФР частота выявляемости случаев злоупотребления алкоголем (ЗУА) существенно возрастает и наблюдается следующей частотой: в связи с плохим жилищно-бытовым статусом – 37,9% ($P < 0,05$), при наличии неблагоприятного семейного статуса – 66,8% ($P < 0,001$),

в связи с хроническими стрессами – 82,4%.

Таблица 1

Сравнительная характеристика распространенности табакокурения в популяции ВИЧ-инфицированных с различными неблагополучными социальными статусами.

Социально-экономический статус ВИЧ-пациентов	N	Доля ВИЧи лиц с табакокурением			
		Есть ТК		Нет ТК	
		абс.	%	абс.	%
Плохой жилищно-бытовой статус	272	100	36,7*	55	20,2
Неблагополучный семейный статус	211	101	47,8*	54	25,6
Неблагополучный социальный статус	449	124	27,6****	31	6,9
Низкий образовательный статус	289	48	33,9*	57	19,7
Хронические стрессы	170	95	55,9	60	35,3

Таблица 2

Вклад поведенческих социальных факторов риска в формировании эпидемиологических показателей распространенности злоупотребления алкоголем среди ВИЧ-инфицированной популяции.

Социально-экономический статус ВИЧи пациентов	N	Доля ВИЧи лиц, злоупотребляющих алкоголем			
		Есть ЗУА		Нет ЗУА	
		абс.	%	абс.	%
Плохой жилищно-бытовой статус	272	103	37,9*	57	20,9
Неблагополучный семейный статус	211	141	66,8****	19	9,0
Неблагополучный социальный статус	449	133	29,6****	27	6,0
Низкий образовательный статус	289	83	28,7	77	26,6
Хронические стрессы	170	140	82,4****	20	11,8

Сравнительно высокие показатели частоты ЗУА имеют место при ХС, НСС и ПЖБС. Под влиянием этих факторов риска или при наличии неблагополучного социально-экономического статуса у ВИЧ-инфицированных предрасположенность к ЗУА увеличивается в среднем в 2,9 раз ($P < 0,01$). На частоту ЗУА в 49,1% случаев среди ВИЧ-инфицированной популяции влияют поведенческие социальные факторы.

В таблице 3 представлены данные о распространенности потребления наркотических средств в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами.

Как видно из представленных данных в таблице 3, в развитии наркомании существенное значение имеют социально-экономические факторы. Выявлено, что при наличии ПЖБУ среди ВИЧ-инфицированного населения потребители

наркотических средств составляет – 51,8% ($P<0,001$), при неблагополучном семейном статусе (НБСС) – 64,5% ($P<0,001$), при неблагополучном социальном статусе (НБСЦС) – 30,7% ($P<0,001$), при НОС – 31,5% ($P<0,05$) и при ХС – 49,4% ($P<0,05$).

Таблица 3

Сравнительная характеристика распространенности потребления наркотических средств в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами.

Социально-экономический статус ВИЧ-пациентов	N	Доля лиц, потребляющих наркотические средства			
		Есть ПНС		Нет ПНС	
		абс.	%	абс.	%
Плохой жилищно-бытовой статус	272	141	51,8***	47	17,2
Неблагополучный семейный статус	211	136	64,5***	12	5,8
Неблагополучный социальный статус	449	138	30,7***	10	2,2
Низкий образовательный статус	289	91	31,5*	57	19,7
Хронические стрессы	170	84	49,4*	64	37,6

В связи социально-экономическими ФР число лиц потребляющих наркотиков увеличивается в 2,1 раз ($P<0,01$). На увеличение ПНС в 45,6% случаев влияют отмеченные 5 факторы.

Далее, нами изучена сравнительная характеристика распространенности микроэлементозов (МТОЗ)ов в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами. Данные в этом отношении представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительная характеристика распространенности МТОЗов в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами.

Социально-экономический статус ВИЧ-пациентов	N	Доля ВИЧ-лиц с МТОЗами			
		Есть МТОЗы тяжелой степени		Нет МТОЗы	
		абс.	%	абс.	%
Плохой жилищно-бытовой статус	272	141	51,8**	52	19,1
Неблагополучный семейный статус	211	115	54,5*	78	36,9
Неблагополучный социальный статус	449	178	92,2***	19	4,2
Низкий образовательный статус	289	102	35,2 ^{НД}	91	31,4
Хронические стрессы	170	99	58,2*	69	40,6

Из данных таблицы 4 следует, что при наличии ПЖБУ у ВИЧ-

инфицированного населения МТОЗы диагностируется с частотой 51,8%, при НБСС – 54,5%, при НБСЦС – 92,2%, в связи с НОС – 35,2% и при ХС – 58,2%. При наличии этих ФР распространенность МТОЗов увеличивается статистически достоверно более чем в 2,6 раза ($P<0,01$). Из них наибольший вклад имели хронические стрессы и неблагополучный социальный статус. Вклад социально-экономических факторов в развитии МТОЗов у ВИЧ-инфицированной популяции, в целом, составляет 58,4%.

Так, ПМТ в связи с ПЖБУ наблюдается с частотой 88,6% ($P<0,001$), при НБСС – его распространенность составляет 93,8% ($P<0,001$), при НОС – 61,9% ($P<0,05$) и при ХС – 50,6% ($P<0,05$).

Таблица 5

Сравнительная характеристика распространенности пониженной массы тела (ПМТ) в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами.

Социально-экономический статус ВИЧ-пациентов	N	Доля ВИЧ-пациентов с ПМТ			
		Есть ПМТ		Нет ПМТ	
		абс.	%	абс.	%
Плохой жилищно-бытовой статус	272	241	88,6***	31	11,4
Неблагополучный семейный статус	211	198	93,8***	13	6,2
Неблагополучный социальный статус	449	416	92,6***	5	7,4
Низкий образовательный статус	289	179	61,9*	139	48,1
Хронические стрессы	170	86	50,6*	63	37,1

Сравнительно высокие показатели ПМТ имеют место при наличии неблагополучного семейного и социального статуса (по 93,8% и 92,6% соответственно).

Выводы. Таким образом, эпидемиологическая недалёковидность либо популяционный недоучет в профилактике ФР у ВИЧ-инфицированных обезоруживает в определенной степени современного клинициста, не настраивая их на более «прицельное» и активное действие в отношении терапевтического континуума от вторичных соматических заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции.

Таким образом, утверждено, что наличие поведенческих факторов (курение, умеренное интенсивное употребление алкоголя, злоупотребление алкоголем, значительно выраженный МТОЗ, тяжелый МТОЗ, плохой жилищно-бытовой статус, неблагополучный семейный статус, низкий образовательный статус и хронические стрессы и другое) приводят к «агрессивному» скоплению неблагополучных эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной популяции. Они являются приоритетными объектами для планирования и реализации «спасительной профилактики» у ВИЧ-инфицированных, позитивно влияющих на «конечные

эпидемиологические точки» у ВИЧ-инфицированного населения.

Использованная литература:

1. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., и др. Распространённость поведенческих факторов риска сердечнососудистых заболеваний в Российской популяции по результатам исследования ЭССЕ – РФ. Профилактическая медицина. 2019; 17(5);
2. Баланова Ю.А., Шильнова с.А., Деев А.Д. и др. ожирение и российской популяции – распространённость и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. Российский кардиологический журнал. 2020; 23(6): 123-30.doi 10/ 15829/1560 4071-2018-6-123-130.
3. Бойцов С.А. эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практической здравоохранении на региональном уровне: методические рекомендации. Москва 2016. doi 10. 17116/profmed 2016 metodo 1
4. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова, Е. Н. Виноградова, Е. Е. Воронин, А. А. Яковлев. — СПб., 2004. — С. 608—609
5. ВИЧ-инфекция и СПИД в Европе. Отчет Европейского центра эпидемиологического мониторинга СПИДа // Инфекции, перед пол. путем. -2014.-№1.-С. 19-22
6. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень, 2021: 46.
7. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. Новосибирск 2020;284.
8. Гиясова Г.М. Особенности распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди женщин, составляющих группы повышенного риска в Узбекистане //Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – 2015. – 17с.
9. Евтушенко С.К., Дервянко И.Н. О классификации поражений нервной системы у ВИЧ-инфицированных лиц и при синдроме приобретенного иммунодефицита // Биомедицинский журнал.-2012.-№2.-С.223-297
10. Ермак Т. Н , Кравченко А В , Груздев Б М Вторичные за-болевания у больных ВИЧ-инфекцией — 15-летнее на-блюдение. Тер. арх. 2014; 4: 18—20.
11. Ермак Т. Н. Ревкова Т. М., Скворцов П. А. Клиническая диагностика пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией. Эпидемиол. и инфекц. бол 2015; 4: 52—54.

12. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Шахгильдян В.И., Панкова Г.Б. Оппортунистические заболевания у больных ВИЧ-инфекцией: 15-летнее наблюдение. // В Кн. VI Российский съезд врачей-инфекционистов. С-Петербург. – 2013. – СПб.: 122
13. Ермак Т.Н., Литвинова Н.Г., Самитова Э.Р., Кравченко А.В., Груздев Б.М. Пневмоцистная пневмония в сочетании с туберкулезом как первые клинические проявления на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (заметка из практики) // Терапевтический архив.–2005. - №11.–С.21-23
14. Третьяков В.В., Самародская И.В., Бойцов С.А. Анализ показателей смертности в группах регионов с разным уровнем социально экономического развития. Менеджер здравоохранения. 2021: 7: 46-56.
15. Хакимов М.М., Акбаров А.С., Бойбусинов Э.У. Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ-инфекций и структура ВИЧ-инфицированных инфекций // Мед. Журнал Узбекистана.-2021.-№5-6.- С48-50