

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель экспертного совета
Андижанского государственного
медицинского института
д.м.н. Мадазимов М.М.

«_____» _____ 2025 г.

**Махсумова Донохон Камоловна
Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович**

**СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА
ФАКТОРОВ РИСКА ВИЧ АССОЦИИРОВАННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(Монография)

Андижан-2025

УДК: 616-036.22+616-084+616.3

Авторы:

Махсумова Д.К.

доцент кафедры подготовки семейных врачей Андижанского государственного медицинского института, PhD

Салохиддинов З.С.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой подготовки семейных врачей Андижанского государственного медицинского института

Рецензенты:

Махмудова Л.И.

доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии Бухарского государственного медицинского института, DSc

Валиева М.Ю.

доцент кафедры подготовки семейных врачей Андижанского государственного медицинского института, PhD

Монография утверждена и рекомендована к изданию Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института от « ___ » _____ 2025 года Протокол № _____

**Секретарь Экспертного совета АГМИ,
к.м.н., доцент:**

Г.Н.Маматхужаева

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| <u>ВВЕДЕНИЕ</u> | 6 |
| <u>ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОПУЛЯЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПОДХОДЫ, УСПЕХИ, ТРУДНОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</u> | 9 |
| 1.1. Эпидемиологические аспекты формирования хронических гастродуоденальных заболеваний среди населения на фоне ВИЧ-инфекции..... | 10 |
| 1.2. Распространенность факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции..... | 16 |
| 1.3. Современные вопросы изучения проблемы клинического течения и профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции..... | 22 |
| <u>ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</u> | 28 |
| 2.1. Объекты исследования и характеристика обследованной популяции..... | 28 |
| 2.2. Методы медицинского обследования..... | 30 |
| 2.2.1. Эпидемиологические методы исследования..... | 30 |
| 2.2.2. Клинические методы исследования..... | 33 |
| 2.2.3. Методы диагностики ВИЧ-инфекции..... | 34 |
| 2.2.4. Методы статистической обработки | 35 |
| <u>ГЛАВА III. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ</u> | 36 |
| <u>ГЛАВА IV. ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ</u> | |

| | |
|--|----|
| <u>ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....</u> | 48 |
| 4.1. Характеристика и оценка характера питания у ВИЧ-инфицированной популяции..... | 48 |
| 4.2. Характеристика и эпидемиологическая оценка распространенности потребления наркотических веществ, насваая и курения у ВИЧ-инфицированной популяции..... | 53 |
| 4.3. Характеристика и оценка распространенности потребления алкоголя, низкой физической активности и состояние жевательного аппарата у ВИЧ-инфицированной популяции..... | 56 |
| 4.4. Распространенность социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции..... | 58 |
| 4.5. Распространенность инфекционных факторов риска, характеристика наследственной предрасположенности и изменений массы тела у ВИЧ-инфицированного населения..... | 61 |
| 4.6. Эпидемиологическая характеристика и оценка «главных» известных факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированной популяции..... | 64 |
| <u>ГЛАВА V. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....</u> | 70 |
| <u>ГЛАВА VI. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....</u> | 86 |
| 6.1 Исследования связи хронических гастродуоденальных заболеваний с алиментарными факторами риска среди ВИЧ-инфицированного населения..... | 86 |
| 6.2 Сравнительная оценка степени связи хронических гастродуоденальных | |

| | |
|--|-----|
| заболеваний с основными изменяемыми факторами риска на фоне ВИЧ-инфекции..... | 87 |
| 6.3. Сравнительная оценка степени связи хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-популяции с социально-экономическими факторами риска..... | 89 |
| 6.4. Сравнительный анализ и оценка степени связи инфекционных, наследственных и «главных» факторов риска с хроническими гастродуоденальными заболеваниями у ВИЧ-позитивного населения... | 90 |
| <u>ГЛАВА VII. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</u> | 93 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 100 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 110 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..... | 129 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность темы диссертации. В настоящее время в мире инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) остается одной из главных социально-экономических глобальных проблем мирового сообщества. По данным организации ЮНЭЙДС в 2022 году число инфицированных ВИЧ во всем мире составило 38,4 миллиона человек. Ежедневно более 4000 человек заражаются ВИЧ, а 650 000 человек ежегодно умирают от той или иной формы ВИЧ.¹

В результате эффективных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, проводимых в мире в последние годы, увеличилась продолжительность жизни этих больных, что привело к высокой частоте вторичных заболеваний у ВИЧ-популяции. В российских исследованиях подтверждено, что 85,5% ВИЧ-инфицированных имеют заболевания желудочно-кишечного тракта.²

В научных исследованиях, проведенных в нашей стране Уруновой Д.М. и соавт. (2022), заболевания органов пищеварения наблюдались в 73% случаев у лиц, инфицированных ВИЧ. Диарея, тошнота, рвота, боль в животе, дисфагия и анорексия часто наблюдаются у больных с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Не только в Узбекистане, но и во всем мире, несмотря на то, что заболевания органов пищеварения часто встречаются у больных ВИЧ/СПИДом, нередко осложняются тяжелыми осложнениями и создают большие экономические и социальные проблемы для системы здравоохранения, количество научных работ, проводимые в этой области, очень низки.

Однако одной из проблем является профилактика функциональных и органических патологий органов пищеварения, вызванных избыточным приемом нестероидных препаратов для симптоматического лечения, хроническим стрессом, обусловленным стигмой и дискриминацией у этих

¹ <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>

² https://journals.eco-vector.com/MAJ/article/view/11680/ru_RU

больных (курение, употребление алкоголя, неправильное питание). Исходя из вышеизложенной проблемы, с учетом факторов риска гастроуденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированных, проведение исследований, направленных на оптимизацию эффективности скрининга, профилактики и разработку новых профилактических алгоритмов, является одной из приоритетных задач системы здравоохранения.

В настоящее время ВИЧ-инфекция остается глобальной проблемой как заболевание, вызывающее тяжелые осложнения для человека и общества, включая рождаемость, продолжительность жизни, убыль населения. С момента возникновения заболевания хорошо изучены его этиопатогенез, пути передачи, клинические проявления, современные методы диагностики, лечения и профилактики (Покровский В.В. и др., 2020). В 90-е годы XX века - изменение социально-экономических факторов в мире, ослабление иммунитета и благоприятная эпидемиологическая обстановка привели к развитию коморбидных и мультиморбидных (туберкулез, наркомания, вирусные гепатиты В и С, сопутствующие оппортунистические инфекции) форм ВИЧ-инфекции (Беляков Н.А., и соавт. 2016). С момента внедрения антиретровирусной терапии (АРВТ) для лечения ВИЧ-инфекции это заболевание включено в перечень контролируемых хронических заболеваний (Ладная Н.Н., 2020, Белкин М.Н., 2018). В результате увеличилась продолжительность жизни больных, увеличились коморбидные заболевания, сопровождающие и отягощающие ВИЧ-инфекцию. Во многих случаях больных СПИДом поражают оппортунистические инфекции желудочно-кишечного тракта - цитомегаловирусы. Применение АРВТ хоть и несколько снижает действие этих вирусов, но не устраняет его полностью. ЦМВ чаще всего поражает пищевод и толстую кишку (Jennifer Brown et al., 2012).

Необходимость изучения распространенности и профилактики хронических гастроуденальных заболеваний на фоне ВИЧ обусловлена следующими причинами: во-первых, исследования, проведенные за

последние 30 лет, показывают, что желудочно-кишечный тракт является наиболее поражаемым органом у больных ВИЧ-инфекцией. Из-за этого почти у всех пациентов возникают симптомы и осложнения, связанные с пищеварительной системой (Bhaijee, Feryl et al., 2011); во-вторых, во многих случаях оппортунистические инфекции органов пищеварения на фоне ВИЧ проявляются как индикаторное заболевание СПИДа у пациентов с низким уровнем CD4+ Т-клеток, не принимающих АРВТ (Nina Shynco, S. Mogan, 2014); в-третьих, лечение препаратами АРВТ влияет на клиническое течение ВИЧ-инфекции и вызывает широкое распространение *H. pylori* и диспепсических явлений (Aleksandra Radovanovic Spurnic et al., 2021), в-четвертых, оппортунистические инфекции, особенно ЦМВ, в результате ВИЧ-инфекции поражают органы пищеварительной системы (Jennifer Brown, William R. Brown, et al., 2012).

ВИЧ-инфекция распространяется по всему миру, несмотря на принимаемые меры по борьбе с ней. Ежегодно этим заболеванием заражаются 1,5 миллиона человек, и каждую минуту происходит 1 смерть (ЮНЭЙДС, 2022 г.). По официальным данным 2022 года, в нашей стране этим заболеванием страдают около 45 000 человек, из них 45% женщины и 55% мужчины (Газета.uz). По распространенности ВИЧ/СПИД Андижанская область занимает высокое место в нашей республике, заболевание постепенно «стареет», то есть наблюдается, что оно чаще встречается у лиц 35-49 летнего возраста (Худайкулова Д.Т., 2016). До настоящего времени в Узбекистане нет единой систематизированной концепции ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных с учетом эпидемиологических условий. В то же время в последние годы наблюдается резкий рост числа ВИЧ-инфицированных больных, а с другой стороны, несмотря на достижения медицины, ГДК по-прежнему остается значимой клинической и популяционной проблемой. Среди больных ВИЧ в последние годы наблюдается распространение соматических заболеваний, особенно гастродуоденальных.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОПУЛЯЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПОДХОДЫ, УСПЕХИ, ТРУДНОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Как известно, результаты эпидемиологических исследований и их широкое использование на практике во многих странах мира уже способствовали изменению эпидемиологических ситуаций в отношении ХГДЗ [16; с.36-46, 18; с.210-216, 28; с.76-80, 113; с.80-89, 135; с.148-157]. В Узбекистане также, в определенной степени, ослабились господствующие мнения «генералистов» о бесспорной приоритетности клинических и морфологических исследований в пользу эпидемиологических (обзорных) работ [69; с.32-35].

Однако, эпидемиологические методы изучения ОХНЗ и их результаты с полной своей мощью еще не приходили в обиход практикующих врачей или организаторам здравоохранения в целом. Если быть еще более точным взглядам современной профилактической науки, то, можно будет смело утверждать, что до сих пор не найдены «профилактические дозы» неинфекционных заболеваний и вследствие этого, продолжается эпидемия этих патологий, в том числе ХГДЗ со всеми своими социально-экономическими и медицинскими последствиями [5; с.93-96, 7; с.1-3, 44 с.7-10].

Из доступной литературы становится ясным еще один научный факт о том, что практически все эпидемиологические исследования, проведенные до настоящего времени, в основном коснулись взрослых, пожилых, подростков и юношей или детей и осуществлялись без учета ВИЧ-инфекции [62; с.1153-1157, 73; с. 18-23, 90; с.113-121, 100; с.30-39, 95; с.135-139, 131; с.1315-1331, 138; с.243-251]. Следовательно, проблемы

эпидемиологического изучения ХГДЗ у популяции ВИЧ-инфицированных /больных СПИДом, сегодня об этом также утверждается в обзорной современной литературе, стали особенно острыми и злободневными [63; с.55-60, 76; с.68-84, 77; с. 46-70, 84; 1-3, с. 92; с.15-20, 109; с.104-105].

Нам представилась возможность обобщить и интерпретировать вокруг этого нового научного направления результаты современных исследований, выразить свои точки зрения проблеме изучения популяционно-клинических аспектов ХГДЗ среди различных слоев населения на фоне ВИЧ-инфекции.

1.1. Эпидемиологические аспекты формирования хронических гастродуоденальных заболеваний среди населения на фоне ВИЧ-инфекции

Данные литературы подтверждают, что наиболее эффективный способ борьбы с ВИЧ – эпидемией – профилактика, что требует проведения специальных исследований в целях определения и объективной оценки эпидемиологических аспектов формирования ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированной популяции. Однако, как показывает современная наука и практика, такие исследования до сих пор практически не осуществлялись. В то же время можно будет говорить о распространенности ВИЧ-инфекции в мире и ее проблемах в связи с хроническими неинфекционными заболеваниями, а также об ассоциированных с ВИЧ-инфекцией экономических, демографических и социальных последствиях, которых трудно переоценить [22; с.7-26, 24; с. 9-25, 30; с.1-3, 89; с. 220-230, 93; с.20-24].

Исследователями давно показано, что проблема наркомании, все более ухудшающаяся наркоситуация непосредственно связана с эпидемией ВИЧ-инфекции. Когда наркоманы используют один и тот же шприц на всю компанию, не стерилизуя их, из соображений экономии денег, либо из за

дружеских чувств, вирусы ВИЧ остаются в игле и могут передаваться другим людям вместе с кровью. Как только среди наркоманов появляется хотя бы один, зараженный ВИЧ, через некоторое время члены группы (около 70% в течение 2-3 лет) становятся ВИЧ-инфицированными [27; с.1-3, 31; с.7-13, 41; с. 51-58].

Несмотря на то, что пациенты употребляющие инъекционные наркотики не часто обращаются за помощью в наркологические учреждения, в последние годы, уровень ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных пациентов растет из года в год. По оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), 12 миллионов человек в 151 странах употребляют наркотики, 1,7 млн из них заражены ВИЧ. Почти 10% случаев ВИЧ-инфекции обусловлены небезопасной практикой употребления инъекционных наркотиков. Около 3 млн бывших и активных потребителей инъекционных наркотиков инфицированы ВИЧ [32; с.1-3].

По данным ВОЗ, к 2021 г. в мире от 34 до 44 млн человек были заражены вирусом иммунодефицита человека, принадлежащим к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов и приводящим к развитию фатального синдрома приобретенного иммунного дефицита. Начиная с 1996 г. в России наблюдают массовое распространение ВИЧ-инфекции практически по всей территории страны. По итогам 2021 года число живущих с ВИЧ в России составило 851754 человека, что составляет около 0,58 % населения страны [34; с.3-19, 48; с.122-130].

Представляет интерес малоизвестное клиническое сообщение о том, что угнетение клеточного иммунитета (отсутствие иммунодефицита или незначительный: CD4 >500 мкл; умеренный иммунодефицит: CD4 350 - 499 мкл; выраженный иммунодефицит: CD4 200 - 349 мкл; тяжёлый иммунодефицит: CD4 <200 мкл или <15%.) при СПИДе приводит к развитию целого ряда инфекций с внутриклеточной локализацией, протекающих в

острых атипичных и крайне тяжелых формах, в том числе и в желудочно-кишечном тракте. [29; с.19-21, 33; с.51-58, 35; с.5-6].

Если говорить о взаимоотношениях ХГДЗ и ВИЧ-инфекции, то еще раз следует подчеркнуть, что данная проблема в настоящее время остается открытой и недостаточно изученной или нет в доступной литературе эпидданных о ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. Это, логично преопределило необходимость представления обзора литературных данных о распространенности ХГДЗ среди различных слоев населения не только с ВИЧ-инфекцией, но и без нее [12; с.24-30, 19; с.58-62, 133; с.613-624].

В литературе встречаются достаточное количество популяционных научных фактов в отношении эпидемиологических аспектов ОХНЗ [8; с.76-104, 11; с.18-22]. В частности, они свидетельствуют о том, что заболеваемость ОХНЗ / ХГДЗ и социально-экономические потери от них до сих пор не падают и в перспективе будут иметь тенденцию неуклонного роста, в том числе у ВИЧ-позитивной популяции [60; с.300-302]. Так, есть работы, где установлено, что свыше 2/3 больных ХГДЗ остаются вне поля зрения лечебно-профилактической помощи и эпидсобытия от них протекают «без препятствий» к континууму. То есть если на обиход практического врача не приходят эпидемиологические результаты, то на этих больных существенно не сказывается вся практическая медицина.

Результаты исследования проведенного на репрезентативных выборках Республики Армения свидетельствуют, что в период с 1990 по 2015 гг. болезни органов пищеварения среди взрослого населения составили: на первом месте представлена гастритами (54,6%), на втором месте — желчнокаменной болезнью (18,4%), и на третьем — язвенная болезнь желудка (14,9%). Из за болезней желудочно-кишечного тракта дни временной нетрудоспособности составили от 40,9 до 31,1 дней на 100 работников ($p < 0,001$). Кроме того, установлено, что за исследуемый период наблюдалось достоверное сокращение длительности одного случая

заболевания с временной нетрудоспособностью по всем трем нозологическим группам: язвенной болезни на 10,8% ($p < 0,001$), гастрита, дуоденита на 13,7% ($p < 0,01$) и болезнью печени на 10,2% ($p < 0,05$) [74; с.172-174].

Исследования проведенные в нашей республике показали, что функциональные заболевания лидируют среди остальных болезней органов пищеварения. В Узбекистане выявляемость функциональных болезней у взрослых составляет 15-25%. Основную патологию среди других болезней ЖКТ представляют заболевания желудка. Эти заболевания социально значимы не только распространенностью, но и связаны с временной нетрудоспособностью у работающего населения. Встречаемость болезни органов пищеварения выявлен у взрослых - 56,6 %, у детей - 34,5 %, у подростков до 17 лет - 8,9 %. [108; с.100-105].

В ретроспективном исследовании, проведенном в Хорезмской области, были изучены истории болезни 1950 больных, лечившихся по поводу язвенной болезни. Из них 1280 (66%) мужчин, 870 (34%) женщин. У 99% была выявлена дуоденальная язва, у 0,6% язва желудка и у 0,4% встречались обе болезни [70; с.103-104]. Однако, данные результаты касаются только для ХГДЗ у ВИЧ-негативного населения. Подобных исследований среди ВИЧ-позитивной популяции нам не удалось найти в доступной литературе. Поскольку эпидемия ВИЧ/СПИД пока не отступает такого содержания научных направлений бесспорно остаются перспективными у ВИЧ-инфицированных [10; с.37-41, 21; с.205-220, 75; 88; с.143-146, 91; с.1-4].

Мы убедились еще раз в том, что в настоящее время в литературе отсутствует единая общепринятая концепция подобной систематизации учета эпидемиологических условий и эпидситуаций в отношении ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных лиц, которые помогли бы выяснить роль различных ФР в формировании ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции.

Одним словом, анализируя пройденный путь, следует признать, что в отношении соматических – неинфекционных патологий на фоне ВИЧ, в том числе ХГДЗ, было сделано далеко не все возможное. В нашей республике в связи с более поздним началом нарастания ВИЧ / СПИД представился счастливый медицинский шанс с учетом успехов и недоучетов других государств разработать и провести мероприятия, которые в какой-то мере смогли противостоять / сдержать начинающуюся эпидемию в стране. Безусловно, в республике современная наука в первую очередь должна определить приоритеты профилактики НИЗ / ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции и направить необходимые ресурсы на борьбу с ними. Во всяком случае, международный опыт работы с ВИЧ-негативным населением, в частности, в области разработки эпидемиологии и профилактики ХГДЗ уже давно подтвердил такого характера рекомендаций и, ВОЗ XXI век объявила веком профилактики [49; с.43-49, 68; с.31-37].

По данным Минздрава РФ смертность от болезней органов пищеварения в течение последних ряда лет стабильно остается на 4-5 ранговом месте. При этом отмечается неуклонный рост данного показателя. В 1990 году по данным Росстата смертность населения от болезней органов пищеварения (K00-K92) составляла 28,7 на 100 000 населения, к 2001 году выросла практически в 2 раза (47,9) и в 2014 году составила 67,2 на 100 000 населения [119; с.105-109]. За 2019 год заболеваемость от органов пищеварения составляет: 16918,2 тысяч, из них язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки 1225,8 тысяч, смертность от болезней органов пищеварения 44.2 на 100 000 человек населения [54; с.21-25, 67; с. 5-12, 116; с.105-108].

Данные ВОЗ подтверждают, что заболевания дигестивной системы являются одним из главных причин инвалидности и смертности от них. За период с 2000 по 2019 год показатель смертности от болезней органов пищеварительной системы в странах Америки сложился следующим

образом: 37,2 смертей на 100 000 населения, из них 43,3 смертей среди мужчин и 31,3 смертей среди женщин. [136; с.1-3, 140; с.549-558].

Сравнительно большей частотой ХГДЗ выявлены среди ВИЧ-негативной популяции дальнего зарубежья. В частности, распространенность ХГДЗ в некоторых странах отмечаются следующим образом: 90% населения Алжира заражены *H. Pylori*, [124; с. 333-337, 143; с.1-4]. После внедрения эндоскопического исследования [128; с.750-753, 137; с.95-99] в странах Африки было установлено, что ГДЗ встречаются чаще, чем на других континентах [122; с.3344-3358]. Самый низкий показатель по распространенности ХГДЗ В Океании и составляет 24.4% [129; с.420-429], По странам этот показатель выявлялся 18,9% в Швейцарии, до 87,7% в Нигерии [147; с.2-12].

В Узбекистане также проводились исследования по распространенности гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ-негативного населения. Эти исследования проводились среди детей [37; с.20-22, 105; с. 69-72], подростков [107; с. 112–114], школьников [106; с.111-117] и лиц пожилого возраста [83; с.146-152], также изучались клинические симптомы заболевания, факторы риска [51; с.119–122], которые приводят к развитию заболевания. Кроме того, исследованы генотипы возбудителя *H. Pylori* [57; с.68-70,118; с.202–207], распространенные в нашей стране [58; с.48–51], их влияние на организм [59; с.48-67], изменения слизистой оболочки [1; с.7–11, 2; с.5-10], трофические нарушения [117; с.117–128].

В целом, к настоящему времени в литературе накопились определенные эпидматериалы по различным аспектам ХГДЗ. Практически во всех этих исследованиях, которые в основном проводились среди ВИЧ-негативных группах населения, однозначно подчеркиваются, что заболеваемость ХГДЗ не падает [61; с.82-94], методы получения информации о распространенности ХГДЗ по результатам обращаемости больных за медицинской помощью недостаточно объективны и не отражают

истинную ситуацию в отношении этих патологий, в подавляющем большинстве случаев используются недостаточно апробированные и унифицированные скрининговые подходы. Эти довольно масштабные исследования логично указывают на разную распространенность ХГДЗ, а также на то, что в каждой популяции свои «эпидемиологические пути» развития этих патологий и следовательно, приоритетным научным направлением современной профилактической гастроэнтерологической науки является продолжение поиска новых факторов риска ХГДЗ не только среди ВИЧ-негативного населения, но и у ВИЧ-позитивной популяции.

1.2. Распространенность факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции

В настоящее время, безусловно, представляется важным выяснение особенностей выявления факторов риска ХГДЗ на уровне ВИЧ-позитивной популяции, постольку поскольку, гастроэнтерологический континуум, ассоциированный ХГДЗ, может быть следствием наличия ФР ХГДЗ и ВИЧ-инфицирования [47; с.5-20].

Известно, что при ВИЧ/СПИДе снижение количества CD4-лимфоцитов является одним из основных и ведущих факторов риска. При ВИЧ-инфекции постепенно нарушается функция лимфоцитов-хелперов/индукторов со спонтанной активацией В-клеток и развитием поликлональной гипергаммаглобулинемией. Повышается концентрация циркулирующих в крови иммунных комплексов, что сопровождается снижением иммунитета, ослаблением резистентности к вторичным инфекциям и опухолям. За счет прямого цитопатического действия вируса или в результате опосредованного действия (аутоиммунные механизмы) повреждаются различные внутренние органы, в том числе желудочно-кишечный тракт, двояким образом. В

большинстве случаев под влиянием ВИЧ вторичные заболевания вызываются органами пищеварительной системы. [23; с.7-16].

В имеющийся литературе есть немногочисленные сведения о ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в Узбекистане. По ним очевидно следующее: 1) эпидемиологические проблемы только начинают изучаться в научных исследованиях; 2) наблюдается рост ВИЧ-инфицированных женщин и случаи рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей; 3) ВИЧ-инфицированные женщины составляют 24,1% от общего числа ВИЧ-инфицированных, из них 50,4% женщин в возрасте 18-30 лет, более 40% из них заразились половым путем; 4) наблюдается перманентный рост ВИЧ-инфекции за счет потребителей инъекционных наркотиков и все случаи ВИЧ-инфицирования в нашей республике были связаны с гетеро- и гомосексуальными половыми актами [36; с.36-39].

ВИЧ-инфекция считается одним из основных факторов риска хронических неинфекционных и гастроинтестинальных заболеваний. В ВИЧ-отрицательных популяциях она является одним из важнейших факторов риска неинфекционных хронических и желудочно-кишечных заболеваний и часто предшествует факторам риска ХГДЗ. Люди с повышенным риском ХГДЗ – это ВИЧ-положительные или ВИЧ - отрицательные лица с такими факторами риска, как: алиментарный фактор, хеликобактерная инфекция, неблагоприятный семейный анамнез, низкое потребление фруктов и овощей, нарушения жевательной функции, употребление наркотиков, кислотно-пептидный агрессивный фактор, употребление крепкого чая/кофе, курение, неблагоприятный социальный статус, МТОЗ, медикаментозные факторы, злоупотребление алкоголем, стрессовые факторы риска, низкий уровень образования, липопротеинемия, сниженная толерантность к углеводам, атеросклероз и др. факторы риска [6; с.294-304,8; с.426-430].

Проведенные эпидемиологические исследования у долгожителей Узбекистана выделяют следующие основные факторы опасности при

возникновении гастродуоденальных язв (ГДЯ): лекарства против нестероидного воспаления, инфицирование *Helicobacter pylori*, курение, употребление алкоголя, горькая пища, преморбидные болезни (преульцероз) и длительное течение хронических неинфекционных заболеваний [83; с.146-152].

Как было уже отмечено выше, ХНИЗ широко распространен во всем мире и вносит значительный вклад в глобальную заболеваемость и смертность. Все, независимо от возраста (дети, взрослые, пожилые) и пола (женщины, мужчины) в равной степени подвержены факторам риска, которые к ним приводят. Факторы риска, такие как быстрая урбанизация, стресс и старение населения, также способствуют развитию ХНИЗ. [40; с.23-45, 44; с.4-13] В России, как и во всем мире ХНИЗ занимает одно из первых мест среди других причин заболеваемости и смертности. Заболевание распространено среди трудоспособного населения, нанося значительный ущерб экономике страны и негативно влияя на качество жизни больных. Некоторые неинфекционные заболевания можно предотвратить, поскольку их причины часто связаны с поведенческими факторами риска [7; с. 43-62, 25; с.41-50].

Результаты исследования STEPS, проведенный у нас в республике по изучению распространенности факторов риска развития ХНИЗ среди населения Узбекистана в 2019 году путем опроса выявила следующие характеристики (рис.1): 16,5% населения страны в настоящее время являются потребителями табака (курительного и бездымного), из них 32,9% мужчины. 4,7% жителей в настоящее время являются потребителями алкоголя. Это в основном мужчины (8,7%) и лишь 0,8% женщин; 16% населения страны потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день, более трети (36,6%) жителей всегда или часто досаливают, или добавляют соленый соус к своей пище перед ее употреблением; 26,1% населения не соответствуют рекомендациям ВОЗ по физической активности,

необходимой для поддержания здоровья; 19% женщин в возрасте 30–49 лет хотя бы один раз в жизни прошли скрининг рака шейки матки; почти третья часть (38%) жителей страны, включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию, имеет повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм. рт. ст.; 56,4% населения страны имеют избыточную массу тела, 23,5% – ожирение. Более половины мужчин (64,4%) и женщин (55,4%) имеют абдоминальное ожирение (СОТБ $>0,90$ для мужчин и СОТБ $>0,86$ для женщин); у 8,4% жителей зарегистрировано повышенное содержание глюкозы в крови, либо они в настоящее время принимают антидиабетические лекарственные препараты; у 13,5% населения выявлено нарушение гликемии натощак.



Рис.1. Основные факторы риска ХНИЗ по данным STEPS- 2019

Большинство женщин находящихся в фертильном возрасте обычно планируют беременность, рождение детей. Исследователи изучили распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта у женщин фертильного возраста живущих в Хорезмской области. Анализ полученных результатов показал, что из 1610 больных, страдающих болезнями пищеварительной системы выявлены следующие хронический панкреатит у 47(2,9 %) хронический холецистит у 440 (27,3%), цирроз

печени у 14 (0,8%), хронический гепатит у 103 (6,3%), неспецифический язвенный колит у 18 (1,1 %), хронический энтероколит у 144 (9%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 126 (7,8%), хронический гастрит у 1047 (65%) обследованных женщин. [4; с. 9-11, 114; с.181-188].

Однако, данные результаты касаются только для ХГДЗ у ВИЧ-негативного населения. Подобных исследований среди ВИЧ-позитивной популяции нам не удалось найти в доступной литературе. Поскольку эпидемия ВИЧ/СПИД пока не отступает такого содержания научные направления бесспорно остаются перспективными у ВИЧ-инфицированных [55; с.35-52, 78; с.43-50, 112; с.71-74]. В пользу развития эпидемиологических исследований в популяции ВИЧ-инфицированных свидетельствует ряд факторов:

1) к концу 2021 г. общее число людей, живущих с ВИЧ/СПИД, составило в мире 38,4 млн [33,9 млн–43,8 млн] человек. Женщины и девочки составляли 54% всех людей, живущих с ВИЧ;

2) в некоторых странах мира на женщин и девочек приходилось около 63% всех новых случаев ВИЧ-инфицирования в 2021 году;

3) биологические, эпидемиологические и социальные факторы увеличивают риск инфицирования детей, подростков, юношей, женщин и мужчин. Риск инфицирования женщин по сравнению с мужчинами примерно в 2 раза больше [119; с. 49-76];

4) основой успеха борьбы с ВИЧ/СПИД, как показывает международный опыт, является только популяционная профилактика, а также своевременная информированность населения, медицинских персоналов и органов местных властей о факторах риска, современных особенностях течения и лечения ХГДЗ и об опасности ВИЧ-инфекции [79; с. 97-98, 81; с.86-90, 85; с.13-18];

5) для обеспечения успеха лечебно-профилактических программ у больных ВИЧ/СПИД необходима работающая система мониторинга, которая должна включать постоянного скрининга, контроля и коррекции конкурирующих нозологий и их факторов риска, в том числе ХГДЗ и предъязвенных состояний среди ВИЧ-позитивного населения. Пока такая система не налажена и не разработана, следовательно, опасность континуума от ХНИЗ в целом и ХГДЗ в частности, на фоне ВИЧ-инфекции остается высоким [52; с.1-2, 54; с.21-24, 102; с.15-16].

6) примерно у 50% ВИЧ-инфицированного населения латентный период составляет около 10 лет. Именно в этот период формируется вторичные ВИЧ-ассоциированные НИЗ и их факторы риска. Для раннего выявления подобных хронических заболеваний неинфекционного характера, в том числе ХГДЗ, потребуются эпидемиологические исследования как важный «инструмент» для ранней диагностики и профилактики, влияющий на качество жизни больных ВИЧ/СПИД [46; с.43-58, 47; с.5-20, 64; с.185-223];

7) с появлением антиретровирусной терапии (ВААРТ) риск развития сопутствующих / конкурирующих НИЗ (вследствие резкого угнетения иммунной системы в первые месяцы после курса лечения ВААРТ), в том числе ХГДЗ с факторами риска, резко возросла [14; с.19-25, 15; с.32-36, 36; с.36-39, 96; с.11-18, 99; с.109-112];

8) есть исследования, при которых отмечено, что у ВИЧ-инфицированных лиц сравнительно часто и раньше развиваются «главные» факторы риска ОХНЗ – ДЛП, АГ, висцеральное ожирение, метаболический синдром и гипергликемия. Данные результаты подчеркивают необходимость эпидемиологического обследования ВИЧ-инфицированных лиц на наличие ФР НИЗ / ХГДЗ [25; с. 23-40, 26; с.128-139, 50; с.47-52, 121; с.1-5, 127; с.1-3].

В целом, можно будет предположить, что популяция живущих с ВИЧ-инфекцией в 100,0% случаев нуждаются в постоянном скрининге, адекватной

профилактике и своевременной коррекции ХГДЗ и их факторов риска на протяжении всей жизни. Ранняя диагностика факторов риска и ХГДЗ, бесспорно, улучшает прогноз и снижает гастроэнтерологический континуум у ВИЧ-инфицированных лиц.

1.3. Современные вопросы изучения проблемы клинического течения и профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции

Отмечено, что широкое распространение ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции в основном обусловлено нарушением иммунной системы человека, первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями [104; с.122-125, 111; с.101-106]. В основе иммунологических нарушений лежат воздействие неблагоприятных экологических, климатометеорологических, гелиогеофизических и эпидемиологических факторов, широкая и порой неоправданная «агрессивная» антибиотикотерапия и необоснованное применение глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов [42; с.155-165, 43; с.119-127, 56; с.49-70].

Анализ современного течения ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции показывает, что у больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции редко встречаются «чистые» их формы, отмечается раннее присоединение / комбинирование множественных факторов и полипатий, что указывает на снижение устойчивости к различным заболеваниям или инфекциям. Такое течение, по литературным данным, составляет более 50% в общей ВИЧ-инфицированной популяции [20; с.68-91, 80; с.101-106, 94; с.106-110].

У 60-70% больных ВИЧ-инфекцией имеет место сочетание ВИЧ-инфекции и хронического вирусного гепатита (ХВГ) а на диспансерном учете в Российских территориальных центрах СПИД состоят только 55% от общего числа пациентов [101; с.13-14, 103; с.64-67]. Большинство исследователей сходятся во мнении о более тяжелом течении ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции и об

увеличении частоты развития осложнений связанной с данными сочетанными патологиями.

У пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией сравнительно больше наблюдаются конкурирующие и сопутствующие патологические процессы: практически у всех больных имеются симптомы поражения тонкой кишки [134; с.389-396, 144; с.1-3, 146; с.1-11], а у 25-35% эти симптомы выходят на передний план заболевания. К ним относят боли в животе, диарею, рвоту и пр. Отмечаются хронические профузные поносы с частотой от 6 до 25 раз в сутки с общим объемом от 1 до 17 л, что усугубляет (наличие мальабсорбции выраженной потери жидкости и электролитов) и без того тяжелое состояние больного. Эти симптомы главным образом обусловлены гомосексуальными связями больного СПИДом и, кроме этого, наблюдается довольно типичная клиническая тетрада – генерализованная лимфаденопатия, лихорадка и потери массы тела в сочетании с диареей [123; с.1-7, 125; с. 1-6, 126; с.150-160, 130; с.64-70, 132; с.111-118].

В литературе скопились достаточно разнообразные и обширные сведения, посвященные к раскрытию особенностей клинического течения ХГДЗ у ВИЧ-негативной популяции. Так, такие сведения обобщены и представлены среди популяции наркоманов (ПИНи). Отмечено, что у ПИНов с гастродуоденальными заболеваниями чаще встречаются боли в животе (58,4%), эпизодические (67,9%) и приступообразные боли (34,9%), диспепсические симптомы (28,5%) и прочие симптомы (27,4%). Клиническими особенностями гастродуоденальных патологий у наркотизирующихся населения являлись наличие сезонной слабо выраженной четкости обострения течения болезни (34,7%) и конкретных усиливающих (нарушение режима питания, острые пищи, нервный фактор, прием молока, прием жирной пищи) и облегчающих факторов (рвота, пища, медикаментозные средства, героин) в 86,5% и 20,8% случаев – соответственно [110; с.91-101,].

По результатам Р.Б.Абдуллаева (2020) были выявлены заболевания органов пищеварения у женщин фертильного возраста, проживающих в Хорезмской области. Анализ полученных результатов показал, что чаще всего у женщин встречается хронический гастрит, которым страдают 1/3 больных с заболеваниями пищеварительной системы. Высокий процент женщин (27,3%) страдают и хроническим холециститом. Особо нужно подчеркнуть тот факт, что хронические заболевания пищеварительной системы преобладают над остальными нозологическими единицами.

Р.Б.Абдуллаев и А.Д.Дусанов доказывают отрицательное влияние курения табака «насвай» на слизистую оболочку желудка у больных с хроническим гастритом [таблица 1].

Таблица 1

Распределение больных хроническим гастритом по группам с учетом продолжительности курения табака «насвай» (цит. из Р.Б.Абдуллаева, 2020;)

| 1-я группа (1-5 лет) | 2-я группа (6-10 лет) | 3-я группа (11 лет и выше) |
|--|--|--|
| Поверхностный гастрит (ПГ)-7; гипертрофический гастрит (ГГ)-5 | ПГ-3; ГГ-10; АГГ-4; ХГ с поражением желез без атрофии-7, атрофический гастрит без перестройки эпителия-7, атрофический гастрит с перестройкой эпителия-5 | ПГ-3; ГГ-10; АГГ-4; ХГ с поражением желез без атрофии-7, атрофический гастрит без перестройки эпителия-7, атрофический гастрит с перестройкой эпителия-5 |

В зависимости от употребления "насвая" изменяется поражение слизистой оболочки желудка. В группе лиц употребляющих "насвай" более 11 лет (3 группа) поверхностный гастрит и ХГ с поражением желез все для единого встречались с атрофией. Ведущую роль в этих наблюдениях играют выраженные формы атрофического гастрита [2, с.5-10].

По итогам исследований проведенных в нашей республике, у больных ЯБЖ, ассоциированной с хеликобактериозом, показало изменение ряда параметров по сравнению с донорами. Было отмечено увеличение относительной величины Т-лимфоцитов с фенотипом CD3 до $46 \pm 1\%$

($p < 0,05$), снижение $T_c(CD8)$ ($p < 0,01$). Если в контрольной группе иммунорегуляторный индекс (ИИ) составлял 2,1, то у больных ЯБЖ ИИ = 2,9 ($p < 0,001$) вследствие заметно понижения субпопуляции Т-супрессоров – $T_c(CD8)$ [97; с.25-29].

Представленные данные, а также и другие в доступной литературе приводимые результаты, свидетельствуют о необходимости повышенной настороженности современных врачей к ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных популяции и ВИЧ-негативных пациентов юношей, женщин и пожилого возраста, особенно на фоне полипатий и вторичных иммунодефицитных состояний [38; с.104-105].

Следовательно, можно и логично предполагать, что планирование и осуществление профилактических мер в отношении ХГДЗ и других НИЗ через уменьшение / коррекции прежде всего поведенческих ФР в условиях, способствовавших их формированию и закреплению, будет эффективна и рациональна, в том числе у ВИЧ-инфицированных популяции. Это, во-первых, существенно снизит распространенность ФР, и во-вторых, значительно уменьшит социально-экономический ущерб от ХНИЗ / ХГДЗ [39; с.40-61, 49; с.43-49, 53; с.54-62, 65; с.31-37]. Обращает внимание и методология вмешательств, от которых напрямую зависела медицинская и экономическая эффективность профилактических популяционных программ.

В целом, на сегодняшний день среди ВИЧ-негативного населения проведено множество клинических, экспериментальных, эпидемиологических и профилактических исследований, в которых, во-первых, получена значительная эффективность в отношении факторов риска и терапевтического континуума; во-вторых, выработаны общие подходы к организации и проведению эпидемиологического скрининга и профилактического вмешательства. В них был достигнут существенный клинический, профилактический и прогностический эффект [115; с.42-46].

Однако, эти исследования проводились только среди ВИЧ-негативного населения и в основном в 80-е годы прошлого столетия. На наш взгляд, в них универсального алгоритма профилактического вмешательства не существует

и следовательно, потребуется их разработка и внедрение для массового использования в будущих популяционно-профилактических исследованиях.

С другой стороны, в настоящее время существенно изменились эпидемиологические условия и эпидемиологические ситуации, а также парадигмы в профилактической медицине в отношении как НИЗ / ХГДЗ, так и ФР их развития, ВИЧ-инфекция приобрела характер пандемии. Меняется соотношение ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных в сторону увеличения доли ВИЧ-инфицированных лиц [66; с.98-100,71; с.4-5, 72; с.101-104, 86; с.71-75]. Современных отечественных исследований, посвященных оценке эффективности скрининговых исследований ХНИЗ / ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции отсутствует.

Следовательно, разработка эпидемиологических подходов к организации и проведения профилактического скрининга – нужна и необходима, особенно в отношении ХГДЗ и их факторов риска [145; с.1-7]. В настоящее время большое внимание клиницистов привлекает проблема изучения клинического течения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. Это обусловлено тем, что иммунодефициты подтверждаются как одно из звеньев развития затяжного и хронического течения гастроинтестинальных заболеваний [45; с.20-41].

Исследователи выявили, что заболеваемость туберкулезом у больных с ВИЧ-инфекцией среди населения, вставшего на учет в 2016 г., была в 50,9 раз выше (1897,6 на 100 тыс. инфицированных ВИЧ), чем в среднем по РФ у неинфицированных ВИЧ (37,3 на 100 тыс. населения). При этом развитие туберкулеза у ВИЧ-инфицированного населения может быть связано как с реактивацией ранее существовавшей туберкулезной инфекции, так и с возникновением первичных активных форм заболевания. В 2016 г. в мире зарегистрировано 1,03 млн новых случаев заболевания туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных, умерли от туберкулеза 374 тыс. ВИЧ-положительных пациентов [3; с.11-16].

При изучении распространенности хеликобактерной инфекции у ВИЧ-инфицированных с диспепсией в период с 1993 по 2014 г. хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, выявлялся почти в два раза чаще у ВИЧ-отрицательных пациентов (50,2%), чем у ВИЧ-положительных (28,1%). Была исследована частота желудочно-кишечных кровотечений среди ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов в США. По результатам анализа среди ВИЧ-положительных больных кровотечение из верхнего отдела пищеварительной системы составило 1%, кровотечение из нижнего отдела - 5,6%, кровотечение из раны - 1,9%, изменения при воспалении кишечника - 0,6. %. В тех же случаях 6,9%, 0,6%, 4,3%, 1,4% и 0,4% были обнаружены у ВИЧ-отрицательных пациентов. [139; с.1221-1230, 142; с.1-11].

Таким образом, в настоящее время привлекательным представляется широкое использование у ВИЧ-инфицированной популяции методов популяционной стратегии высокого риска для раннего выявления НИЗ / ХГДЗ и их факторов риска наряду с клиническими и фундаментальными исследованиями [82; с. 871-879, 98; с.56-60].

Эффективность этих подходов среди ВИЧ-негативных подтверждена, а у ВИЧ-инфицированной популяции – не доказана. Следовательно, необходима разработка эффективных способов их применения в целях оптимизации методов ранней диагностики, профилактики и лечения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции.

Из представленного литературного обзора очевидно, что перспективным направлением в настоящее время следует признать разработку системы популяционного наблюдения и профилактического вмешательства, направленный на ХГДЗ и их факторов риска; эффективную и качественную профилактику в отношении таким пациентам на фоне ВИЧ-инфекции.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объекты исследования и характеристика обследованной популяции

Для исследования было отобрано ВИЧ-инфицированное население Андижана, которое по данным областного статистического комитета, согласно специальному расчету являлось репрезентативным для всего населения города. Исследование проводилось в соответствии с научной программой "Разработка и практическое применение новых технологий ранней диагностики, профилактики и лечения внутренних болезней на фоне ВИЧ-инфекции, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Выборка для одномоментного эпидемиологического исследования

Для формирования репрезентативной группы из 507 ВИЧ-инфицированных в возрасте 20-69 лет был использован метод комплексной выборки населения, сочетающий случайную и последовательную выборку. Источником выборки послужил список ВИЧ-инфицированных лиц, прикрепленных к региональному центру СПИДа. Принцип случайного отбора респондентов заключался в том, что каждый ВИЧ-инфицированный населения г. Андижана имели равные шансы попасть в выборку для проведения обследования. Формирование выборки и работа с популяцией осуществлялось строго по заранее составленному протоколу и в следующей последовательности: определена дата начала исследования и дата ее завершения → строго учтены правила формирования выборки → для обеспечения высокого отклика (100,0%) проводилась тщательная и активная подготовительная работа с ВИЧ-инфицированной популяцией и персоналом скрининг центра → перед началом скрининга осуществлялось пробное эпидемиологическое обследование на случайной выборке из 50 ВИЧ-позитивного населения → во

время тренировочного первичного исследования стандартизованы популяционные подходы, отработаны методы обращения и приглашения популяции в скрининг центр, порядок и процедура комплексного медицинского обследования.

В случае ошибки выборки (случаи неправильной информации о ВИЧи, попавшего в выборку; лица моложе 20 лет; случаи смерти ВИЧ-инфицированных лиц, попавших в выборку до начала исследования), эти лица были исключены при подсчете отклика. В случае отсутствия респондента (все случаи отказа от участия в обследовании лиц, попавших в выборку; умершие в период проведения исследования, случаи не установления контакта с респондентом при многократных попытках) замена его другим лицом не допускалась.

Были обследованы 507 человек (100,0%), из них 244 (48,1%) мужчин и 263 (51,9%) женщин. Все обследованные были представителями коренного населения (узбеки – 503 (99,2%), таджики – 2 (0,4%) и другие аборигены – 2 (0,4%)). В возрасте 20-29 лет были 197 (38,9%) ВИНи, 30-39 лет – 235 (46,4%), 40-49 лет – 65 (12,8%), 50-59 лет – 8 (1,6%) и 60-69 лет – 2 (0,4%).

Программа и процедура обследования

Проведение процедуры обследования и движение ВИЧи популяции в скрининг центре было запланировано заранее (регистратура → процедурный кабинет → ЭКГ кабинет → ФЭГДС кабинет → кабинет врача-супервайзера → биохимическая / иммунологическая лаборатория), чтобы дать возможность четкому распределению потока пациентов ВИЧи-популяции. В назначенное время приглашаемый обращался в регистратуру, где получил соответствующие анкеты, затем в процедурном кабинете врача, производилось взятие крови. В кабинете врача группой специалистов – врачей, состоящая из 4 интервьюеров проводилось комплексное медицинское обследование. Перед тем, как ВИЧи-пациент уходит от врача, последний обязательно оценивал данные физического обследования (осмотра,

пальпации, перкуссии и аускультации), анамнестических сведений и ЭКГ для исключения острых ургентных событий.

2.2. Методы медицинского обследования

Обследование, проводимое в скрининговом центре, включало эпидемиологические, клинические и специальные методы выявления ВИЧ-инфекции.

2.2.1. Эпидемиологические методы исследования

Применялись опросные, инструментальные и биохимические методы.

Опросные методы: каждого обследованного пациента просили заполнить анкету, специально разработанную на основе анкеты ВОЗ. Вопросы касались вредных привычек, образа жизни, физической активности, попыток справиться с вредными привычками, соблюдения режима лечения, питания, ИМТ и того, выезжал ли обследуемый в "горячие точки". Вопросы учитывали пищевые привычки обследуемого, историю ХГДЗ, состояние жевательной системы, аппетит, боль (локализация, время начала, связь с питанием, частота и сезонность), дисфагию, потерю веса, признаки внутреннего кровотечения и предыдущие анализы.

Каждый респондент был обследован с использованием специальной анкеты, состоящей из пяти разделов и 118 вопросов, для подтверждения диагноза СПИД/ВИЧ-инфекции. «Анкета-первичного обследования состояния пациента и стадию ВИЧ-инфекции» включала в себя следующих вопросов и обследований: 1) подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, 2) установление путей заражения ВИЧ-инфекции, 3) установление заболеваний и состояний, обусловленных ВИЧ-инфекцией и клинической стадии ВИЧ-инфекции, 3) подробного личного, семейного и медицинского анамнеза, 4)

физикальных обследований, 5) лабораторных и других исследований, 6) осмотра специалистов, 6) определение клинической и иммунологической стадии болезни.

Методы выявления и оценки факторов риска.

АД оценивалось на основании средних показателей двух измерений, проведенных интервалом не менее 2-х минут. К лицам, имеющим АД согласно критериям ВНОК, относили указавших на наличие САД ≥ 140 и/или диастолического АД ≥ 90 мм.рт.ст. Наличие фактора курения признавалось в случаях выкуривания в течение суток хотя бы одной сигареты. При оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) использовались общепринятые массовые (весовые) концентрации этанола: 1) для пива – 0,04г этанол/мл, 2) для сухого вина (шампанское) – 0,0927г этанола/мл напитка, 3) для крепленого вина – 0,1227г этанола/мл напитка, 4) для водки / коньяк – 0,3227г этанола/мл напитка. Критерием избыточного употребления алкоголя принималось потребление более 20г чистого алкоголя в день.

Оценка массы тела (МТ) проводилась по индексу Кетле (ИК) – отношение массы тела в кг к квадрату значения роста в метрах по формуле: $\text{вес}/\text{рост}^2 \times 100$, при показателях ИК ≥ 25 фиксировалась ИМТ [WHO, 1997].

Расчет потребления фруктов и овощей, а также пищевые привычки популяции проводилось по рекомендациям ГНИЦПМ РФ. Критерием низкого потребления овощей и фруктов принималось их употребление в среднем менее 400г в день.

У ВИЧи популяции – наркоманов соответственно по МКБ-10 [ДСМ-14] в определенной последовательности выяснялись вопросы касающихся вида употребляемых наркотиков

Инструментальные методы:

- электрокардиография проводилась в покое на электрокардиографе «б НЭК» в 12 общепринятых отведениях. Электрокардиограммы оценивались с позиций Миннесотского кода.

- антропометрические исследования проводились на обычных медицинских весах и ростомере с точностью до 0,5 см – рост и 0,1 кг – вес.

- ФЭГДС проводили на аппарате «Olympus» по методике Г. Б. Гершмана, которая представляет собой последовательное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в течение одной процедуры и, если будет необходимость можно будет произвести биопсию органов пищеварительного тракта, оценить слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки проводили по критериям эндоскопического раздела «Сиднейской классификации».

- ультразвуковые исследования проводились на аппарате Toshiba-SAL-32В и включали обследование состояния гастродуоденальной зоны кишечника, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в режиме реального времени.

Биохимические исследования:

- **определение уровня липидов** осуществлялось на автоанализаторе «АА-2» фирмы «Техникон». Определяли уровни холестерина, триглицеридов, общих липидов (ОЛИП) и β -липопротеидов (β -ЛИП). За ГХС принимали значения ХС $\geq 5,0$ ммоль/л, за ГТГ – уровень ТГ $\geq 2,0$ ммоль, за гиперлипидемию – уровень общих липидов (ОЛИП) ≥ 800 мг%, за гипербетталипопротеидемию (Г β ЛИП) – уровень β -ЛИП ≥ 55 ед.

- **уровень глюкозы** в капиллярной крови определяли ортотолуидиновым методом. Оценка показателей гликемии проводились согласно Методическим рекомендациям НИИ Эндокринологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, с учетом рекомендаций экспертов ВОЗ (2006).

- определение уровня микро- и макроэлементов (натрия, калия, кальция, железа) осуществлялось методом атомной абсорбции на атомно-абсорбционных спектрофотометрах типа ААС-3 и ААС-IN.

2.2.2. Клинические методы исследования.

В обследовании ВИЧи популяции использовался комплекс стандартных методов диагностики, включающие общеклинические, лабораторные (клинический анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ кала) и физические. Обращали внимание на длительность «желудочно-кишечного» анамнеза, длительность ГДЗ, наличие наследственной отягощенности, табакокурения, систематический прием нестероидных противовоспалительных препаратов, связь начала обострения с употреблением ПАВ и стрессом, сезонность течения заболевания. Проводили анализ амбулаторных карт и историй болезни. Используя опыт работы современных исследователей – анализировались и учитывались ранние клинические синдромы: болевой, диспепсический, диарейный, астеновегетативный и «синдром малых признаков», отсутствие или наличие перитонеальной симптоматики.

В процессе интрагастрального мониторинга кислотности у здоровых людей был выявлен суточный циркадный ритм продукции соляной кислоты и существенные его изменения у больных хроническим гастритом (антральный, тела желудка, пангастрит), дуоденитом (антропилородуоденит), язвенной болезнью, рефлюкс-эзофагитом.

Для выявления геликобактерной инфекции использовали уреазный тест. Материалом для исследования служили биоптаты из антрального и фундального отделов желудка. Визуальную оценку степени колонизации СО желудка проводили при исследовании препаратов, окрашенных по Гимзе. Маленький кусочек слизистой желудка при биопсии помещают в

специальный раствор. Если *H. pylori* обнаруживается, то за счет продуцируемой уреазы раствор будет менять цвет на малиновый. Результат доступен через 15-30 минут.

Диагноз ХГДЗ (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит, ЯБЖ, ЯБДПК) ставился на основании стандартных опросных данных, результатов клинических, биохимических и инструментальных исследований. Диагноз ХГДЗ сформулировался согласно критериям «Сиднейской системы», верификация диагноза у каждого пациента базировалась на анализе клинических проявлений (типичных субъективных, физикальных симптомов и клинических синдромов), анамнестических сведений и данных комплексных исследований.

2.2.3. Методы диагностики ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция диагностировалась соответственно классификации ВОЗ (2006) с использованием специфических и неспецифических методов. Реализована стратегия 3 с привлечением и непосредственным участием специалистов Андижанского областного центра СПИД [одно тестирование с двумя подтверждением положительного результата]:

- Биологический материал для постановки ИФА и иммуноблота (цельная кровь, сыворотка крови);
- Методы – скрининговое (первичное) исследование (ИФА – тест системы 3 и/или 4 поколения) или быстрые тесты;
- Подтверждающий тест: ИФА (тест – системы 3 и 4 поколений) и Иммунотест (на заключительном этапе). На все этапы лабораторного процесса обеспечены контроль качества согласно с разработанными и утвержденными стандартными операционными процедурами (СОП-форма №01).

2.2.4. Методы статистической обработки результатов исследований

Данные обработаны на персональном компьютере при поддержке операционной системы Windows 10, при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2016. Использовался многомерный статистический и ранговый корреляционный анализ. Рассчитывались средние значения количественных показателей и их среднеквадратическое отклонения ($M; \pm\delta$). Достоверность различий изучаемых показателей оценивалось с помощью критерия Стьюдента (t): недостоверный – $P > 0,05$, достоверность низкий – $P < 0,50$, средний – $P < 0,01$ и высокий $P < 0,001$.

ГЛАВА III. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В последние годы проводимые исследования по гастродуоденальным заболеваниям свидетельствуют, что распространенность этих патологий во многих популяциях неоднозначны. Показатели эпидемиологических исследований заболеваний органов пищеварения зависят от профилактических мероприятий против факторов его риска.

Эпидемиологические расследования в нынешнее время проводятся в разных частях мира. В результате распространенность желудочно-кишечных заболеваний может варьироваться от исследования к исследованию и может следовать различным закономерностям.

В исследованиях проводимых у ВИЧ -негативного населения инфекция *Helicobacter pylori* была обнаружена у 80%. Положительные штаммы инфекции встречались в основном неатрофических и атрофических гастритах. В период с 1990 по 2019 годы распространенность язвенной болезни в мире исследовалась в масштабе 204 стран. В 2019 г. глобальная распространенность составила в среднем 8,09 [6,79–9,58] млн, что на 25,82% больше, чем в 1990 г.[120; с.1-7, 141; с.1831-1841].

Особый интерес представляет распространенность гастродуоденальной болезни среди ВИЧ-инфицированного населения. Распространенность гастродуоденальной болезни у 507 ВИЧ-инфицированных, прошедших комплексный первичный скрининг и составила 59,6%.

По данным анкетирования среди ВИЧ инфицированных хронические гастроинтестинальные заболевания выявлены следующим образом: у 9,8%, хронический дуоденит, у 6,1% хронический гастрит, хронический гастродуоденит в целом-у 16,1%, у 19,5% язвенная болезнь желудка, у 24,3% язвенная болезнь 12 перстной кишки, и у 43,8% язвенная болезнь в целом [таблица 2].

Таблица 2.

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным анкетирования среди ВИЧ-популяции 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|-------------------------------|-------------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------------|------------|---------|
| | ХрГ (1) | ХрД (2) | ХГД (3) | ЯБЖ (4) | ЯБД ПК (5) | ХГДЗ | | | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| ВИЧ-популяция 20-69 лет (507) | 6,1 (31) | 9,8 (50) | 16,1 (81) | 19,5 (99) | 24,3 (121) | 59,6 (301) | 2-1 5-3 | 4-1 5-2 | 5-1 |

Доля язвенной болезни среди болезней желудочно-кишечного тракта по сравнению с общей заболеваемостью увеличилась в 2,7 раза ($P<0,001$) и составила 43,8%. (Рисунок 2).

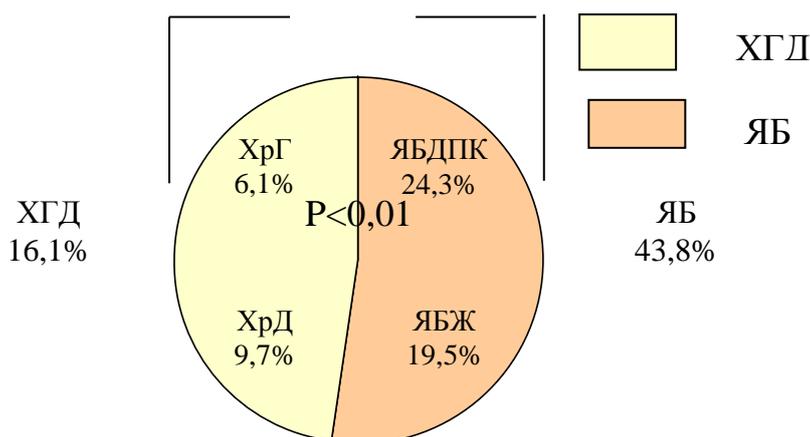


Рис.2. Структура ХГДЗ в ВИЧ-популяции по данным анкетирования

Структура ХГДЗ в значительной степени способствовала развитию хронического дуоденита, до 3,6% или в 1,6 раза больше, чем хронического гастрита ($P<0,05$). Частота дуоденальных язв также была выше в структурах ХГД по сравнению с пептическими язвами, до 4,8% или в 1,3 раза выше ($P<0,05$) (рис. 2).

Распространенность и особенности выявления различных ФР на основе анкетных данных среди ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-положительных женщин в возрасте 20-69 лет представлены в таблице 3 и на рисунке 3.

Таблица 3

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным анкетирования среди ВИЧ-популяции женщин 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------|----------|------------|------------|-----------------------------------|------------|---------|
| | ХрГ (1) | Хрд (2) | ХГД (3) | ЯБЖ (4) | ЯБД ПК (5) | Всего ХГДЗ | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Женщины (263) | 4,9 (13) | 6,8 (18) | 11,9 (31) | 8,0 (21) | 16,3 (42) | 35,7 (94) | 2-1 4-1 | 5-4 5-2 | 5-1 |

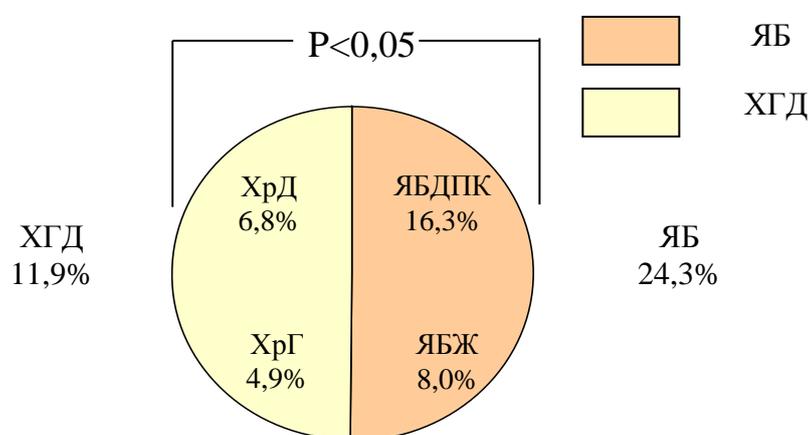


Рис.3. Состав ХГДЗ у ВИЧ-популяции женщин по данным анкетирования

Как видно из представленных данных на рис.3, распространенность ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных лиц/женщин составила 35,7%; язвенная болезнь имела самую высокую распространенность ХГДЗ (24,3%), в то время как язвенная болезнь была относительно низкой (12,9%, 2-кратная, P<0,001) хронические гастродуодениты (11,9%). В структуре ХГД преобладают хронические дуодениты (6,8%) по сравнению с хроническими гастритами (4,9%) на 1,9% (P>0,05). Дуоденальные язвы встречались чаще (16,3%), чем ЖЯ (8,3%). В целом, язвы двенадцатиперстной кишки встречались в два раза чаще, чем пептические язвы в женской популяции ВИЧ/СПИДа (P<0,01).

Также была проведена оценка распространенности и частоты выявления отдельных ХГДЗ в популяции ВИЧ-инфицированных мужчин в возрасте 20-69 лет. Данные по этому вопросу обобщены в таблице 4 и представлены на рисунке 4.

Таблица 4

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным анкетирования среди ВИЧ-инфицированной популяции мужчин 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------------|------------|------------|
| | ХрГ (1) | ХрД (2) | ХГД (3) | ЯБЖ (4) | ЯБД ПК (5) | Всего ХГДЗ | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Мужчины (244) | 7.5 (18) | 13.1 (32) | 20.5 (50) | 32.1 (78) | 32.5 (79) | 84.5 (207) | 2-1 3-2 | 4-2 5-2 | 4-1 5-1 |

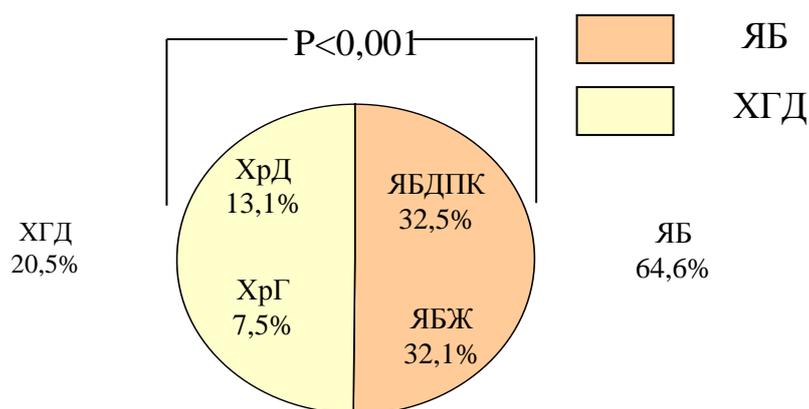


Рис.4. Состав ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции мужчин по данным анкетирования

Полученные данные (Таблица 4, Рисунок 4) показали, что ХГДЗ в популяции ВИЧ-инфицированных мужчин определялась с частотой 84,8%. Результаты анкетного опроса показали, что язвенная болезнь составила 64,6% в структуре ХГДЗ в изучаемой популяции ВИЧ-инфицированных мужчин, а частота хронического гастродуоденита (20,5%) была на 44,1%, т.е. в 3,2 раза меньше ($P<0,001$), чем частота ЯБ в структуре ХГДЗ, хронический

дуоденит (13,1%) встречался относительно чаще (в 1,7 раза), чем хронический гастрит (7,5%) ($P < 0,05$).

В целом, у ВИЧ-инфицированных мужчин наблюдалась более высокая частота (в 2,5 раза) ХГДЗ по сравнению с ВИЧ-положительными женщинами ($P < 0,001$). Для отдельных ХГДЗ наблюдались сходные тенденции в распространенности у мужчин и женщин соответственно (рис.5): 64,6% и 24,3% ($P < 0,01$) для ЯБ, 20,5% и 11,9% ($P < 0,05$) для ХГД, 7,5% и 4,9% ($P < 0,05$) для ХрГ, 13,1% и 6,8% ($P < 0,01$) для ЯБЖ и 32,5% и 16,3% ($P < 0,01$) для ЯБДПК.

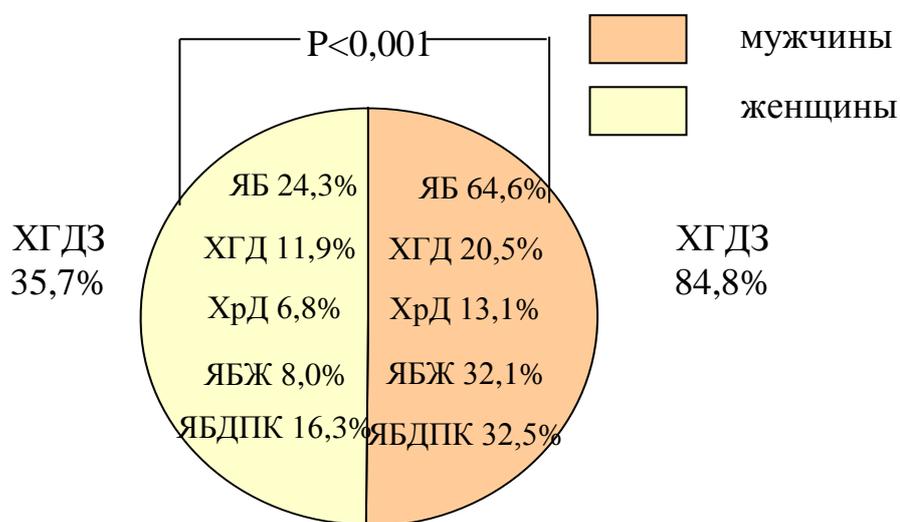


Рис.5. Состав ХГДЗ у ВИЧ инфицированных в сравнении у мужчин и женщин по данным анкетирования

Основную часть, то есть 84,8% случаев ХГДЗ были мужчины и только 35,7%-ВИЧ-инфицированные женщины ($P < 0,01$). Особую озабоченность вызывает статистика заболеваемости пептическими язвами среди ВИЧ-инфицированных мужчин в возрасте 20-69 лет. Кроме того, была изучена распространенность ХГДЗ при эндоскопии среди ВИЧ-инфицированных лиц.

По данным анализа можем узнать, что распространенность некоторых форм гастродуоденальных заболеваний и общего ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных 20-69 лет была различной. В 4,9% случаев был хронический поверхностный гастрит, в 1,2% был хронический эрозивный

гастрит, в 5,9% случаях это хронический поверхностный дуоденит, в 3,9% хронический эрозивный дуоденит, в 43,4% пептическая язва, а 59,6% язвенная болезнь в целом.

Таблица 5

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным эндоскопических исследований среди ВИЧи популяции 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность некоторых ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------|----------|----------|------------|------------|-----------------------------------|--------|-------------------------|
| | ХрПГ (1) | ХрЭГ (2) | ХрПД (3) | ХрЭД (4) | ЯБ (5) | ХГДЗ (6) | | | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| ВИЧи популяция 20-69 лет (507) | 4,9 (25) | 1,2 (6) | 5,9 (30) | 3,9 (20) | 43,4 (220) | 59,6 (301) | 3-4 | 4-2 | 1-2 3-2 5-1,2,3,4 |

Как видно представленных в таблице 5, заболеваемость язвенной болезнью на фоне ВИЧ-инфекции в 9 раз меньше ХрПГ ($P<0,001$), в 36,2 раза больше ХрЭГ ($P<0,001$), в 7,4 раза меньше ХрПД ($P<0,001$) и в 11 раз меньше ХрЭД ($P<0,001$).

На рисунке 6 представлена частота выявления отдельных форм гастродуоденальных поражений при эндоскопии в структуре ХГДЗ в популяции ВИЧ-инфицированных в возрасте 20-69 лет.

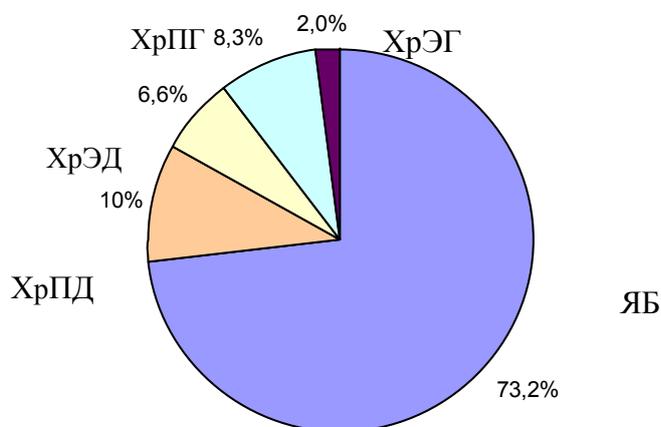


Рис.6. Состав ХГДЗ по данным эндоскопии у ВИЧи популяции 20-69 лет.

Изучение состава этих патологий (рис.6) говорит о том, что язвенная болезнь составляет большую часть среди остальных и отмечался в 73,2%. Хронический эрозивный гастрит выявлялся 2,0%, хронический эрозивный дуоденит 6,6%, хронический поверхностный гастрит 8,3% и хронический поверхностный дуоденит 10,0%. В отношении распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний по данным эндоскопических исследований у ВИЧи популяции женщин 20-69 лет также выявлены неоднозначные изменения или эпидемиологические ситуации (таблица 6).

Таблица 6

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным эндоскопических исследований среди ВИЧи популяции женщин 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность некоторых ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|----------------------|-----------------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------------------------------|------------|------------------|
| | ХрПГ (1) | ХрЭГ (2) | ХрПД (3) | ХрЭД (4) | ЯБ (5) | ХГДЗ | | | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| Женщины (263) | 3,4 (9) | 1,5 (4) | 4,6 (12) | 2,3 (6) | 24,0 (63) | 35,7 (94) | - | 1-2 3-4 | 3-2 5-1,2,3,4 |

По данным эндоскопического исследования распространенность ХГДЗ среди ВИЧи популяции женщин 20-69 лет составила 35,7%. Отдельные формы ХГДЗ выявлены со следующей частотой: ХрПГ – 3,4%, ХрЭГ – 1,5%, ХрПД – 4,6%, ХрЭД – 2,3% и ЯБ – 24,0%. На уровне популяции ВИЧ-инфицированных женщин частота выявляемости различных форм ХГДЗ разнятся до 22,5% (P<0,001). Такая же тенденция наблюдается и при анализе структуры ХГДЗ (рис.7)

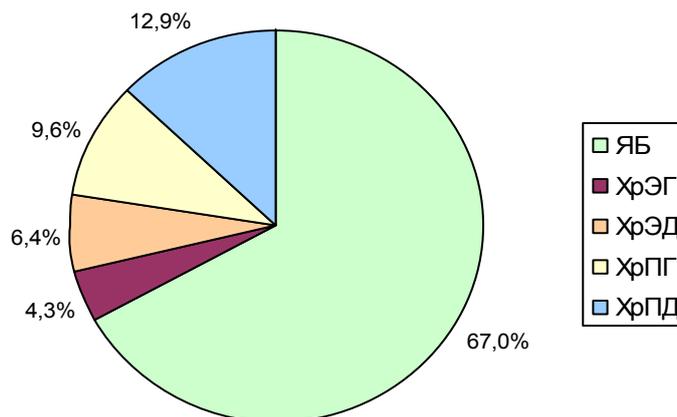


Рис.7. Структура ХГДЗ у ВИЧи популяции женщин 20-69 лет по данным эндоскопического исследования

Результаты показали, что значительный вклад внесли язвенные болезни, на долю ХГДЗ пришлось 67,0%, на втором месте-хронический поверхностный дуоденит (12,9%), на третьем – хронический поверхностный гастрит (9,6%), на четвертом – хронический эрозивный дуоденит (6,4%) и на пятом хронический эрозивный гастрит (4,3%).

В таблице 7 показана распространенность ХГДЗ, измеренная с помощью эндоскопии у мужчин в возрасте 20-69 лет.

Таблица 7

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний по данным эндоскопических исследований среди ВИЧи популяции мужчин 20-69 лет

| Группа обследованных | Распространенность некоторых ХГДЗ | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|----------------------|-----------------------------------|----------|----------|----------|-----------|------------|-----------------------------------|------------|-----------|
| | ХрПГ (1) | ХрЭГ (2) | ХрПД (3) | ХрЭД (4) | ЯБ (5) | ХГДЗ | | | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | P<0.05 | P<0.01 | P<0.001 |
| Мужчины (244) | 4,9 (12) | 2,6 (6) | 8,4 (20) | 4,5 (11) | 32,5 (79) | 52,6 (128) | 1-2 4-2 3-1 | 1-2 3-2 | 5-1,2,3,4 |

Как показано в таблице 7, распространенность ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных мужчин в возрасте 20-69 лет составила 52,6%. Поверхностный гастрит был обнаружен у 4,9% ВИЧ-инфицированных женщин, эрозивный гастрит - у 2,6%, поверхностный дуоденит - у 8,4%, эрозивный дуоденит - у 4,5% и пептическая язва - у 32,5%, причем каждая форма ХГДЗ широко варьировала среди исследуемой популяции. Значительно более высокая частота наблюдалась при ЯБ, по сравнению с другими типами ХГДЗ: ХрПГ (в 6,6 раз реже, $P < 0,001$), ХрЭГ (в 12,5 раз реже, $P < 0,001$), ХрПД (в 4 раза реже, $P < 0,001$) и ХрЭД (в 7,2 раза реже, $P < 0,001$), с Частота была ниже.

На рисунке 8 рассматривается структура заболеваемости ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных и мужчин в возрасте 20-69 лет.

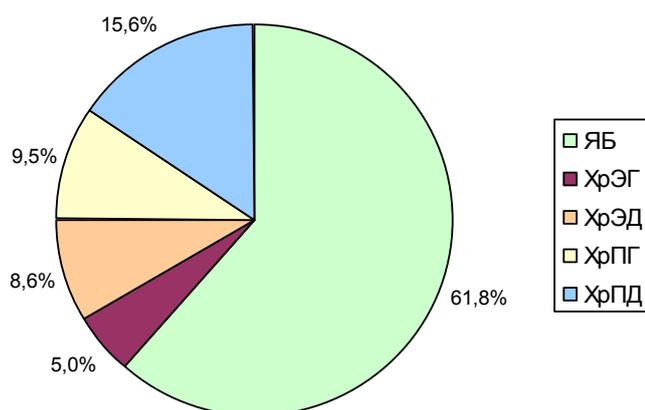


Рис.8 Состав ХГДЗ в ВИЧ популяции мужчин 20-69 лет по данным эндоскопического исследования

При изучении структуры хронических заболеваний ЖКТ по данным эндоскопии у ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте 20-69 лет (рис.8), было установлено, что в структуре ХГДЗ на долю ЯБ приходится 61,8%, хронического эрозивного гастрита-5,0%, хронического эрозивного дуоденита-8,6%, хронического поверхностного гастрита-9,5% и хронического поверхностного дуоденита-15,6%. Пропорции были определены следующим образом. В частности, ЯБ чаще встречается при

ХрЭГ (в 12,4 раза, $P < 0.001$), ХрЭД (в 7,3 раза, $P < 0.001$), ХрПГ (в 6,5 раза, $P < 0.001$) и ХрПД (в 4 раза, $P < 0.001$), при этом показатели ниже, чем при язвенной болезни.

Таким образом, отмечается повышенный вклад язвенного процесса в патогенетическую структуру ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции, как в популяциях ВИЧ-инфицированных женщин, так и ВИЧ-инфицированных мужчин. Поэтому структура ХГДЗ была сравнена эндоскопически у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин (рис.9).

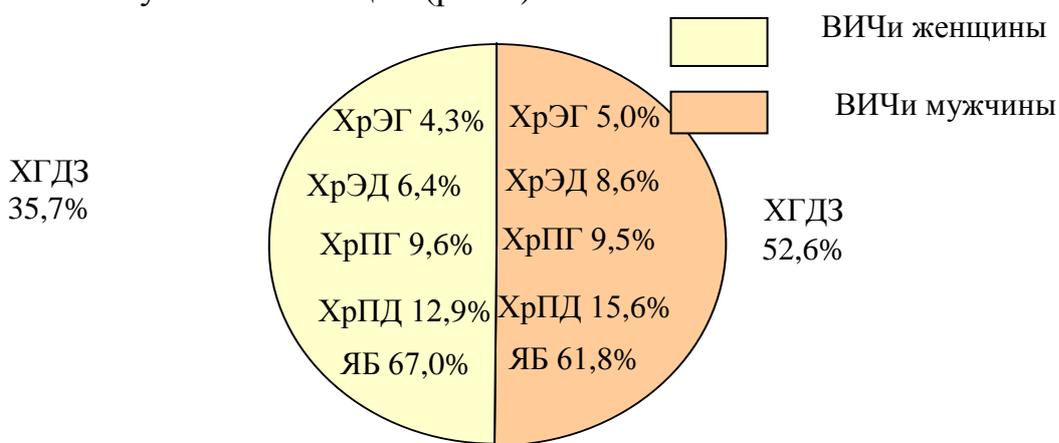


Рис.9. Состав ХГДЗ в сравнении мужчин и женщин ВИЧ-инфекцией по данным эндоскопии

Из рисунка 9 видно, что в составе ХГДЗ в обоих полах лидером, как и ожидалось, принадлежит ЯБ, среди других, наиболее эпидемиологически важными показателями являются ХрПД, ХрПГ и ХрЭД. Самое последнее место имеет распространенность ХрЭГ.

ХГДЗ встречались на 16,9% или в 1,5 раза ($P < 0,05$) чаще у мужчин, чем у женщин. Наши результаты снова подтверждают высокую выявляемость и распространенность этих патологий у ВИЧ-положительного населения, без склонности к снижению. распространенности ХГДЗ в зависимости от возраста ВИЧ-положительной популяции. В таблице 8 представлены результаты исследования распространенности ХГДЗ среди ВИЧ-положительного населения по возрасту.

Таблица 8

Распространенность хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ-популяции в зависимости от возраста

| Возрастной диапазон n | Распространенность ХГДЗ | | | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|-----------------------------------|------------|-------------------|
| | ХрГ (1) | ХрД (2) | ХГД (3) | ЯБЖ (4) | ЯБДПК (5) | ЯБ (6) | Всего ХГДЗ | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| 20-29 лет (197) | 5,6 (11) | 3,0 (6) | 17 (8,6) | 15,2 (30) | 20,3 (40) | 35,5 (70) | 44,2 (87) | 1-2 5-4 | 4-1 | 1-2 5-1 6-3 |
| 30-39 лет (235) | 7,7 (18) | 5,5*(13) | 13,2*(31) | 21,7 (51) | 24,7 (58) | 46,4 (109) | 59,6*(140) | - | 4-1 | 5-1,2 6-3 |
| 40-49 лет (65) | 3,1 (2) | 43,3*** (28) | 46,4 (30) | 27,7* (18) | 32,3* (21) | 60,0* (39) | 92,3** (60) | 2-4 | - | 2-1 4-1 5-1 |
| 50-59 лет (8) | 0,0 (0) | 37,5*** (3) | 37,5 (3) | 0,0 (0) | 25,0 (2) | 25,0 (2) | 62,5* (5) | 2-5 | - | 2-1 5-4 |
| 60-69 лет (2) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | - | - | - |
| 20-69 лет (507) | 6,1 (31) | 9,8 (50) | 16,1 (81) | 19,5 (99) | 24,3 (121) | 43,8 (220) | 59,6 (301) | 2-1 | 4-2 5-2 | 5-1 4-1 |

Как видно из таблицы 8, распространенность ХГДЗ в популяции ВИЧ/СПИДа в зависимости от возраста увеличилась в два раза до 48,1% ($P < 0,01$). Показатели распространенности по возрастным группам: 60-69 лет: 0%; 50-59 лет: 62,5% ($P < 0,05$); 40-49 лет: 92,3% ($P < 0,01$); 30-39 лет: 59,6% ($P < 0,05$); 20-29 лет: 44,2%; 20-69 лет: 59,6%.

Распространенность заболеваний, как ЯБ и ХГД увеличивалась в зависимости от возраста: 50-59 лет: 62,5 и 37,5% ($P < 0,05$), 40-49 лет: 60,0% и 46,4% ($P < 0,05$); 30-39 лет: 46,4% и 13,2% ($P < 0,001$); и соответственно 20-29 лет: 35,5% и 8,6% ($P < 0,001$), 20-69 лет 43,8% и 16,1% ($P < 0,01$). В 60-69 лет эти болезни не определялись 0% и 0%.

Возрастные изменения ХрГ и ХрД на популяционном уровне были определены в следующем порядке (Таблица 8): в 50-59 лет – у 0,0% и 37,5% ($P < 0,001$), в 40-49 лет 3,1% и 43,3% ($P < 0,001$), в 30-39 лет – у 7,7% и 5,5%

($P > 0,05$), в 20-29 лет 5,6% и 3,0% ($P < 0,05$), и в 20-69 лет – у 6,1 и 9,8% ($P < 0,05$). В 60-69 лет – 0,0 и 0,0% эти заболевания также не определялись.

При оценке возрастных особенностей распространенности ЯБЖ и ЯБДПК у ВИЧ-инфицированных населения наблюдались более высокие результаты. Частота распространенности выше указанных заболеваний в разных группах соответственно составили: в возрасте в 50-59 лет, 0% и 25,0% ($P < 0,001$); в 40-49 лет, 27,7% и 32,3% ($P > 0,05$); в 30-39 лет – по 21,7% и 24,7% ($P > 0,05$) 20-29 лет – по 15,2% и 20,3% ($P < 0,05$), в 60-69 лет, 0%(0); и 20-69 лет, 19,5% и 24,3% ($P < 0,05$).

Следовательно, в популяции ВИЧ-инфицированных результаты эпидемиологических исследований имеют важное научно-практическое значение; во-первых, для раннего выявления ХГДЗ и во-вторых, в ориентации лечебно-профилактических программ гастродуоденальных патологий у ВИЧ-позитивного населения.

ГЛАВА IV. ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Одним из методов, применяемых в популяционных исследованиях для оценки значимости тех или иных факторов риска в формировании эпидемиологических условий является изучение характеристики и оценка распространенности ФР НИЗ в определенной группе населения.

Для анализа распространенности исследуемых ФР проведена оценка частоты определения выявления факторов риска гастродуоденальных заболеваний в ВИЧ-инфицированной популяции.

4.1. Характеристика и оценка характера питания у ВИЧ-инфицированной популяции

В таблице 9 представлены данные об характере питания ВИЧ-инфицированной популяции и особенностях ее нарушений.

Таблица 9

Характеристика особенностей питания и ее нарушений в ВИЧ-инфицированной популяции 20-69 лет

| Обследованные группы населения | Число обследованных | Характеристика питания и патогенных пищевых привычек | | | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|---|---------------------|--|------------|--------------------|------------|-----------------|------|------------------------|------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|------|---|------|--|------------|---|-----------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Нерегулярное питание (1) | | Еда всухомятку (2) | | Передавание (3) | | Прием пищи на ночь (4) | | Злоупотребление острой пищи (5) | | Злоупотребление жирной пищи (6) | | Злоупотребление крепкого чая и кофе (7) | | Злоупотребление ненаркотических ЛС (8) | | Низкое потребление овощей и фруктов (9) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 |
| ВИЧ-инфицированная популяция мужчин 20-69 лет | 244 | 143 | 58,6 | 179 | 73,4 | 121 | 49,5 | 98 | 40,2 | 232 | 95,1 | 232 | 95,1 | 232 | 95,1 | 85 | 34,8 | 202 | 82,7 | 2-1 2-3 2-4 9-3 | 5-4 6-4 7-4 9-4 | - |
| ВИЧ-инфицированная популяция женщин 20-69 лет | 263 | 22 | *** 8,4 | 92 | ** 35,0 | 131 | 49,8 | 131 | 49,8 | 221 | * 84,0 | 247 | 93,9 | 258 | 98,1 | 47 | ** 17,9 | 162 | * 61,5 | 9-2 6-9 | 5-2 6-2 7-2 | 2-1 3-1 4-1 5-1 |
| Общая ВИЧ-позитивная популяция 20-69 лет | 507 | 165 | 32,5 | 271 | 53,5 | 252 | 49,7 | 229 | 45,2 | 453 | 89,3 | 479 | 94,5 | 490 | 96,6 | 132 | 26,0 | 364 | 71,8 | 2-1 3-1 | 5-1 6-1 9-1 | 7-1 |

Как видно из представленного анализа, удельный вес алиментарного фактора у ВИЧ-инфицированной популяции выражалось существенно высокими показателями и целым рядом расстройств питания: злоупотребление крепкого чая и кофе (ЗЧК) – у 96,6%, Злоупотребление острой пищей (ЗОП) – у 89,3%, злоупотребление жирной пищей (ЗЖП) – у 94,5%, низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ) – у 71,8%. еда в сухом виде (ЕСМ) – у 53,5%, переизбыток (ПеРЕ) у 49,7%, прием пищи на ночь (ППН) – у 45,2%, нерегулярное питание (НРП) – у 32,5 обследованных, и злоупотребление ненаркотическими лекарственными средствами (ЗНЛС) – у 26,0%. Алиментарные факторы риска - ЗЖП, НПОФ, ЗЧК, ЗОП, и ЕСМ по сравнению с другими факторами риска более чем в 3,7 раза ($P < 0,001$) часто встречались в исследуемой популяции.

Из данных таблицы 9 также очевидно, что частота распространенности отмеченных алиментарных факторов были различными у мужчин и женщин.

Выявляемость ФР нарушения питания у 20-69 летних ВИЧ-инфицированных в зависимости от пола составила соответственно: НПОФ – по 82,7 и 61,5%, ЗНЛС – по 34,8 и 17,9% ($P < 0,01$); ЗЧК – по 95,1% и 98,1% ($P < 0,05$), ЖП – по 95,1% и 93,9% ($P < 0,05$), ЗОП – по 95,1% и 84,0% ($P < 0,05$), ППН – по 40,2% и 49,8% ($P > 0,05$), ПеРЕ – по 49,5% и 49,8% ($P > 0,05$), ЕСМ – по 73,4% и 35,0% ($P < 0,01$), и НРП – по 58,6% и 8,4% ($P < 0,001$).

В таблице 10 приведены особенности нарушения питания возрастного характера, с помощью специального анкеты-опросника даны характеристики и оценены пищевые привычки в популяции ВИЧ-инфицированных 20-69 лет.

Таблица 10

Выявляемость нарушения питания у ВИЧ-инфицированных лиц 20-69 лет

| Обследованные группы населения | Число обследованных | Особенности питания и характеристика пищевых привычек | | | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|--------------------------------|---------------------|---|------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|------------------------|------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|------|---|-------|--|------------|---|------------|---------------------------------------|-------|-------|
| | | Нерегулярное питание (1) | | Еда всухомытку (2) | | Передавание (3) | | Прием пищи на ночь (4) | | Злоупотребление острой пищи (5) | | Злоупотребление жирной пищи (6) | | Злоупотребление крепкого чая и кофе (7) | | Злоупотребление ненаркотических ЛС (8) | | Низкое потребление овощей и фруктов (9) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 |
| 20-29 лет | 197 | 38 | 19,3 | 88 | 44,7 | 100 | 50,7 | 89 | 45,2 | 167 | 84,8 | 183 | 92,9 | 189 | 95,9 | 35 | 17,8 | 143 | 72,7 | 4-1 | 2-1 | 5-1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5-4 | 3-1 | 6-1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-4 | 5-2 | 7-1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7-3 | 6-2 | 9-1 |
| 30-39 лет | 235 | 96 | ** 40,9 | 131 | * 55,7 | 106 | 45,1 | 106 | 45,1 | 214 | 91,1 | 226 | 96,2 | 227 | 96,6 | 69 | * 29,4 | 181 | 77,0 | 9-1,2 | 5-4 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5-2,1 | 6-4 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-2,1 | 7-4 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7-2,1 | - | - |
| 40-49 лет | 65 | 31 | ** 47,7 | 48 | * 73,8 | 39 | 60,0 | 30 | 46,2 | 63 | * 69,9 | 61 | 93,8 | 64 | 98,5 | 25 | ** 38,5 | 36 | * 55,4 | 2-1 | 7-1 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5-1 | 6-4 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-1 | 7-4 | - |
| 50-59 лет | 8 | 0 | 0,0 | 2 | 25,0 | 5 | * 62,5 | 4 | 50,0 | 7 | 87,5 | 7 | 87,5 | 8 | 100,0 | 2 | 25,0 | 3 | ** 37,5 | 6-3 | 3-2 | 5-2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5-4 | 4-2 | 6-2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-4 | 9-7 | 7-2 |
| 60-69 лет | 2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | * 100 | 2 | 100 | 2 | 100,0 | 1 | ** 50,0 | 1 | * 50,0 | - | 5-3 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-3 | 6-3 | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7-3 | 7-3 | - |
| 20-69 лет | 507 | 165 | 32,5 | 271 | 53,5 | 251 | 49,5 | 230 | 45,4 | 453 | 89,3 | 479 | 94,5 | 490 | 96,6 | 132 | 26,0 | 364 | 71,8 | 2-1 | 5-1 | 6-8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7-9 | 6-1,4 | 7-8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6-9 | 7-1,4 | 7-8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7-8 | 9-1 | - |

Согласно таблице 10 количество нерегулярных приемов пищи возрастает с возрастом в ВИЧи популяции увеличилось до 47,7% или в 2,5 раза в зависимости от возраста, среди 50-59- и 60-69-летних этот фактор риска не выявлен. НРП наблюдался в 20-29 лет (19,3%), 30-39 лет 40,9%, 47,7% в 40-49 лет.

«Еда всухомятку» выявляется высокой частотой в возрасте 40-49 лет (73,8%), 30-39 лет (55,7%) и 20-29 лет (44,7%). В три раза меньше данная пищевая привычка наблюдается у лиц 50-59 летних ($P < 0,01$), а в возрастной группе 60-69 лет – не встречалось (0,0%). Возрастная характеристика распространенности переедания у респондентов выявляется следующим образом: в 60-69 лет 25,0%, в 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 60,0%, в 30-39 лет – 45,1%, и в 20-29 лет – 50,7%.

«Прием пищи на ночь» у 50-59 и 60-69 летних лиц наблюдалось у каждого второго обследованного (по 50,0%), 45,2% выявлялся среди лиц до 30 лет, в 30-39 лет – у 45,1% и в 40-49 лет – у 46,2%.

В обследованной группе Злоупотребление острой пищи составило у 20 летних 92,9%, у 30-39 летних – 96,2%, в группе 40-49 лет – 93,8%, в 50-59 лет – 87,5% и 60-69 лет – у 100,0% ($P > 0,05$).

Высокая выявляемость наблюдалась "злоупотребления жирной пищей" во всех возрастных группах: и была распознана в 60-69 лет-100,0% ($P > 0,05$), в 50-59 лет – 87,5% ($P > 0,05$); в 40-49 лет-93,8% ($P < 0,05$), в 30-39 лет-96,2% ($P > 0,05$); в 20-29 лет-92,9%.

Злоупотребления крепким чаем и кофе была высокой во всех возрастных группах: в 20-29 лет - 95,9%, у 30 летних - 96,6%, у 40 летних - 98,5% ($P > 0,05$), в 50-59 и 60-69 лет соответственно по 100,0% ($P > 0,05$). «Злоупотребление ненаркотическими препаратами» увеличивалось с возрастом 32,2%, или в 2,8 раза, с возрастом опрошенных, с 17,8% (20-29 лет) до 50,0% (60-69 лет) ($P < 0,01$). В остальных возрастных группах

отмечаются с частотой – 29,4% (в 30-39 лет, $P < 0,05$), 38,5% (в 40-49 лет, $P < 0,01$) и 25,0% (в 50-59 лет, $P > 0,05$).

Следующий анализ показывает частоту распространенности НПОИФ в исследуемой популяции в зависимости от возраста, как показано в таблице 10, которая демонстрирует относительно высокую частоту НПОИФ в возрастных группах 20-29 (72,7%), 30-39 (77,0%) и 40-49 (55,4%) лет. Половина респондентов в группе пожилых имеет НПОИФ, но в возрастной группе 50-59 лет этот показатель значительно меньше (37,5%, $P < 0,05$).

Таким образом, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных должна быть направлена на раннее выявление и снижение в рационе питания указанных факторов.

4.2. Характеристика и эпидемиологическая оценка распространенности потребления наркотических веществ, насая и курения у ВИЧ-инфицированной популяции

Велика роль факторов риска в развитии заболеваний. К таким факторам можно отнести прием психоактивных веществ, злоупотребление насвая и курение. Изучение их распространения, проведение исследований по ним является одним из важных научных направлений. По этой причине важно изучить эти факторы риска, чтобы предотвратить развитие ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированных. С этой связи мы исследовали выявляемость потребления насвая, психоактивных веществ, и курения в ВИЧ-инфицированной популяции с целью разработки профилактических и скрининговых мер и стратегий. В таблице 11 приведены риск факторы.

Таблица 11

Выявляемость потребления наркотических веществ, насая и курения среди ВИЧ-инфицированного населения

| Обследованные группы населения | Характеристика факторов риска | Статистика различия по t-критерию (P) |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

| | ПНВ (1) | Нас (2) | Курение (3) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
|------------------------|------------------|---------------|------------------|------------|--------|------------|
| | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Популяция женщин (263) | 3,0 (8) | 0,0 (0) | 3,4 (9) | - | - | 1-2 3-2 |
| Популяция мужчин (244) | 57,5*** (140) | 84,0 (205) | 59,8*** (146) | 2-1 2-3 | - | - |
| Общая популяция (507) | 29,2 (148) | 40,9 (205) | 30,6 (155) | 2-1 | - | - |

Сравнительно большей частотой, по сравнению ПНВ, выявлялись эпидемиологические показатели потребления наса (в 1,4 раза, $P<0,05$) и курения (на 1,0%, $P>0,05$).

Различия статистически значимых встречались в частоте этих риск факторов общей популяции. Потребление наркотиков составили у женщин и мужчин, соответственно – по 3,0 и 57,5% ($P<0,001$), потребление насая – по 0,0% и 84,0% ($P<0,001$) и курение – по 3,4% и 59,8% ($P<0,001$).

Также исследовалось выявляемость потребления наркотиков, насая и курения среди ВИЧ-инфицированного населения с учетом возраста обследованных (таблица 12).

Таблица 12

Выявляемость потребления наркотических веществ, наса и курения среди ВИЧ-инфицированного населения в зависимости от возраста

| Возрастной диапазон (n) | Распространенность ХГДЗ | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------|----------------|
| | ПНВ (1) | Нас (2) | Курение (3) |
| | % (n) | % (n) | % (n) |
| 20-29 лет (197) | 15,7 (31) | 31,5 (62) | 16,8 (33) |
| 30-39 лет (235) | 35,7 (84) | 38,7 (91) | 37,9** (89) |
| 40-49 лет (65) | 47,7 (31) | 70,8** (46) | 43,3** (28) |

| | | | |
|------------------|--------------|-----------------|----------------|
| 50-59 лет (8) | 25,0 (2) | 50,0* (4) | 62,5*** (5) |
| 60-69 лет (2) | 0,0 (0) | 100,0*** (2) | 0,0 (0) |
| 20-69 лет (507) | 29,2 (48) | 40,9 (205) | 30,6 (155) |

Из данных приведенных в таблице следует, что распространенность ПНВ, употребления наса и курение среди общей ВИЧ популяции 20-69 лет составили – 29,2%, 40,9% и 30,6% - соответственно. Характеристика выявляемости потребления наркотиков зависящее от возраста больше всего было отмечено у представителей 40-49, 30-39, и 50-59 лет и составило 47,7%, 35,7% и 25,0%. В 60-69 лет этот признак не отмечался. В 3 раза меньше выявлен в группе 20-29 летних.

Встречаемость употребления насвая в каждой изученной возрастной группе составила 20-29 лет - 31,5%, 30-39 лет - 38,7%, 40-49 лет-70,8% ($P < 0,001$), 50-59 лет - 50,0% и 60-69 лет - 100,0% ($P < 0,001$). Уровень курения в общей респонденции составил 30,6%, больше всех результаты наблюдались в группах лиц 50-59 лет (62,5%), 40-49 лет (43,3%) и 30-39 лет (37,9%), никто не курил в возрастной группе 60-69 лет (0,0%), а группа 20-29 лет имеющая наименьшую встречаемость имела - 16,8% ($P < 0,001$).

В целом, регулярное и последовательное наблюдение встречаемости употребления психоактивных веществ, насвая и курения в популяции ВИЧ, несомненно, значительно повысит посвященность о ВИЧ/СПИДе среди общества, работников практического здравоохранения и лечебно-профилактических организаций, без сомнений улучшит медицинское, экономическое и социальное воздействие последующих усилий по профилактике.

4.3. Характеристика и оценка распространенности потребления алкоголя, низкой физической активности и состояние жевательного аппарата у ВИЧ-инфицированной популяции

К факторам риска развития ХГДЗ в последние годы относятся употребление алкоголя, низкая физическая активность и недолжное состояние жевательного аппарата.

С этой целью были выяснены эпидемиологические аспекты возникновения вышеперечисленных факторов у людей с ВИЧ-инфекцией.

В таблице 13 приведены данные о распространенности употребления алкоголя, низкой физической активности и недолжного состояния жевательного аппарата (НДСЖА) у ВИЧ-инфицированной популяции.

Таблица 13

Характеристика и оценка распространенности потребления алкоголя, низкой физической активности и состояние жевательного аппарата у ВИЧ-инфицированной популяции

| Обследованные группы населения | Характеристика изученных ФР | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------|----------------|---------------------------------------|------------|------------|
| | УА | НФА | НДСЖА | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Популяция женщин (263) | 2.7 (7) | 85.6 (225) | 46.7 (123) | - | - | 2-1 3-1 |
| Популяция мужчин (244) | 62.7*** (123) | 91.8 (224) | 84.4* (206) | 2-1 3-1 | - | - |
| Общая популяция (507) | 31.7 (160) | 88.5 (449) | 64.9 (329) | - | 2-1 3-1 | - |

Как видно из представленных в таблице данных, употребление алкоголя было зарегистрировано у 31,7% ВИЧ-положительных лиц. На этот фактор пришлось 62,7% мужчин и в 23,2 раза чаще выявлен у женщин (2,7%,

$P < 0,001$). Встречаемость низкой физической активности среди общей популяции составила 88,5%, у мужчин – 91,8% и у женщин – 85,6% ($P > 0,05$).

Недолжное состояние жевательного аппарата (отсутствие 1-2 коренных зубов) определен 64,9% у 20-69 летних ВИЧ-инфицированных. В группах ВИЧ-и женщин НДСЖА была у 46,7%, а в группе мужчин была обнаружена у 84,4% ($P < 0,05$). Распространенность употребления алкоголя, низкой физической активности и НДСЖА у людей с ВИЧ-инфекцией в зависимости от возраста приведены таблице 14.

Таблица 14

Распространенность потребления алкоголя, низкой физической активности и характеристика состояния жевательного аппарата у ВИЧ-инфицированной популяции в зависимости от возраста

| Возрастной диапазон (n) | Распространенность ХГДЗ | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| | ПНВ (1) | Нас (2) | Курение (3) |
| | % (n) | % (n) | % (n) |
| 20-29 лет (197) | 13,2 (26) | 89,3 (176) | 43,6 (86) |
| 30-39 лет (235) | 40,4*** (95) | 89,4 (210) | 74,0* (174) |
| 40-49 лет (65) | 53,8*** (35) | 78,5 (51) | 92,3** (60) |
| 50-59 лет (8) | 50,0*** (4) | 100,0* (8) | 87,5** (7) |
| 60-69 лет (2) | 0,0 (0) | 100,0*** (2) | 100,0** (2) |
| 20-69 лет (507) | 31,7 (160) | 88,5 (449) | 64,9 (329) |

По результатам таблицы 14, встречаемость употребления алкоголя выявлялось с различием в следующих уровнях: в 20-29 лет – 13,2%, 30-39 лет – 40,4%, 40-49 лет – 53,8%, 50-59 лет – 50,0% и в 60-69 лет – не встречалось (0,0%). С возрастом выявляемость данного фактора риска увеличивается в 4 раза ($P < 0,001$).

Выявляемость гиподинамии в каждой возрастной категории обнаруживается следующим образом: 20-29 лет 89,3%, 30-39 лет 89,4%, 40-49 лет 78,5%, 50-59 лет 100, 0% ($P < 0, 05$), 60-69 лет -100,0% ($P < 0, 05$).

Недолжное состояние жевательного аппарата как фактор риска был выявлен у 64,9% респондентов ВИЧ-инфицированных. С высокой распространенностью НДСЖА: 60-69 лет-100,0% ($P < 0, 01$), 40-49 лет-92,5% ($P < 0,01$), 50-59 лет-87,5% ($P < 0,001$), 30-39 лет-74,0% ($P < 0, 01$); в возрастной группе 20-29 лет этот фактор присутствовал у 43,6%. Частота выявления НДСЖА с возрастом увеличивалась на 54,6% или в 2 2 раза ($P < 0, 01$).

4.4. Распространенность социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции

Проведенные в большом количестве исследования за недавнее время показали, что выявляемость социально-экономических причин, способствующих развитию заболеваний в популяции не снижается. Это обсуждалось в главе обзора литературы. Эти факторы вписаны в перечень главных факторов риска, способствующих «в потерянные годы жизни с учетом инвалидности».

Поэтому представляет большой интерес проведение анализа эпидемиологической встречаемости этих факторов риска в популяциях ВИЧ-инфицированных, как это было сделано в настоящем исследовании (таблица 15).

Таблица 15

Встречаемость социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции

| Обследованные группы населения | Характеристика изученных ФР | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|------------|-------------|---------------------------------------|--------|---------|
| | НОС (1) | НСС (2) | СФ (3) | НСФ (4) | ПЖБУ (5) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------|------------|---|
| Популяция женщин (263) | 46,0 (121) | 85,6 (225) | 28,9 (76) | 37,6 (99) | 32,7 (86) | 2-1 1-3 4-1 | 4-5 2-5 | - |
| Популяция мужчин (244) | 68,9* (168) | 91,8 (224) | 38,5* (94) | 45,9* (112) | 76,2** (186) | 2-1 1-3 4-1 | 4-3 2-3 | - |
| Общая популяция (507) | 57,0 (289) | 88,6 (449) | 33,5 (170) | 41,6 (211) | 53,6 (272) | 2-1 1-3 5-3 | 4-3 2-3 | - |

По результатам анализов, представленных в таблице, социально-экономические факторы риска имеют высокие показатели и проявляются следующим образом: неблагополучный социальный статус (НСС) – 88,6%, низкий образовательный (НОС) – 57,0%, плохие жилищно-бытовые условия (ПЖБУ) – 53,6%, неблагополучный семейный фактор (НСФ) – 41,6% и стрессовые факторы (СФ) – 33,5%. Все факторы которые были изучены, у мужчин обнаруживались с большей частотой, чем у женщин. Исследованные социально-экономические факторы риска доминировали и среди ВИЧ-позитивных женщин и мужчин, выглядели следующим образом: ПЖБУ – по 32,7 и 76,2% ($P < 0,05$), и 76,2% ($P < 0,05$), НСФ – по 37,6% и 45,9% ($P < 0,05$), СФ – по 28,9% и 38,5% ($P < 0,05$), НСС – по 85,6% и 91,8% ($P > 0,05$), и НОС – по 46,0% и 68,9% ($P < 0,05$).

Таблица 16

Распространенность социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции в зависимости от возраста

| Возрастной диапазон n | Распространенность ХГДЗ | | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|--------------------------|-------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|-----------------------------------|------------|--------|
| | НОС (1) | НСС (2) | СФ (3) | НСФ (4) | ПЖБУ (5) | | | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| 20-29 лет (197) | 52,8 (104) | 89,3 (176) | 24,9 (49) | 46,7 (920) | 39,6 (78) | 2-1 2-4 | 2-5 | 2-3 |
| 30-39 лет (235) | 62,6* (147) | 89,7 (211) | 35,3* (83) | 40,8 (96) | 64,3* (151) | 2-1 1-3 5-4 | 2-3 2-4 | - |
| 40-49 лет (65) | 50,8 (33) | 78,5 (51) | 53,8** (35) | 29,2* (19) | 56,9* (37) | 2-1 2-3 5-4 | 2-4 | - |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|------------|--------------------------|
| 50-59 лет (8) | 50,0 (4) | 100,0* (8) | 25,0 (2) | 37,5 (3) | 62,5* (5) | 5-4 | 2-1 2-3 | 2-3 5-3 |
| 60-69 лет (2) | 50,0 (1) | 50,0* (1) | 50,0** (1) | 50,0* (1) | 0,0 (0) | - | - | 1-5 2-5 3-5 4-5 |
| 20-69 лет (507) | 57,0 (289) | 88,6 (449) | 33,5 (170) | 41,6 (211) | 53,6 (272) | 2-1 1-3 5-3 | 4-3 2-3 | - |

Числовой анализ, приведенный в таблице 16, показывает распространенность социально-экономических факторов риска в зависимости от возраста. Из таблицы видно, что распространенность этих факторов риска среди исследуемой популяции ВИЧ/СПИДа выглядит следующим образом.

Распространенность НОС в исследуемой популяции 20-69 лет составила 57,0%. Частота выявления этого фактора риска в других возрастных категориях увеличивалась на 12,6% или в 1,3 раза ($P < 0,05$) с увеличением возраста: 52,8% ($P < 0,05$) в возрасте 20-29 лет, 62,6% ($P < 0,05$) в возрасте 30-39 лет, 50,8% в возрастной группе 40-49 лет, по 50,0% в категориях 50-59 и 60-69 лет. Распространенность НСС по возрастным группам составила 89,3% для 20-29 лет, 89,7% для 30-39 лет, 78,5% для 40-49 лет, -100,0% для 50-59 лет, 50,0% для 60-69 лет ($P < 0,05$), и 88,6% для 20-69 лет.

Частота СФ была относительно высокой - 53,8% ($P < 0,01$) в 40-49 лет и 50,0% ($P < 0,01$) в 60-69 лет. СФ в 20-29 лет явилась 24,9%, 35,3% в 30-39 лет и 25,0% в 50-59 лет. Анализ выявляемости НСФ у ВИЧ-позитивных лиц составило, что частота этого фактора с возрастом увеличивалась в 1,7 раза, с 29,2% (40-49 лет) до 50,0% (60-69 лет), т.е. на 20,8% ($P < 0,05$); частота НФ среди 20-29 – летних составила 46,7%, 40,8% в 30-39 лет и 37,5% в 50-59 лет.

Среди исследуемой популяции встречаемость ПЖБУ также была высокой и по возрасту распространенность явилась 39,6% в возрастной категории 20-29 лет и 64,3% ($P < 0,05$), в возрастной группе 30-39 лет, в 40-49

лет –56,9% ($P < 0,05$), 50-59 лет – 62,5%, 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – 53,6%. Логично предположить, что эпидемиологические данные будут способствовать формированию "целевых" профилактических мероприятий с экономической точки зрения здравоохранения. Эти меры должны быть достаточными как по масштабу, так и по эффективности.

4.5. Распространенность инфекционных факторов риска, характеристика наследственной предрасположенности и изменений массы тела у ВИЧ-инфицированного населения

Известно, что независимые факторы риска, способствующие формированию и обострению ХГДЗ, включают инфекционные факторы, генетические факторы и изменения массы тела в сторону уменьшения или увеличения.

Поэтому в настоящем исследовании эти факторы рассматривались в контексте ВИЧ-инфекции и популяции, а также определялись "эпидемиологические пути", ведущие к ХГДЗ, на основе тех, которые рассматривались в контексте ВИЧ-инфекции.

Полученные нами в этом направлении представлены в таблице 17.

Таблица 17

Распространенность геликобактерной инфекции, характеристика наследственной предрасположенности и изменений массы тела у ВИЧ-инфицированного населения

| Обследованные группы населения | Характеристика изученных ФР | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------|------------|-------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | КПАФ (1) | ГХС (2) | ГТГ (3) | ГКК (4) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Популяция женщин (263) | 80,6 (212) | 29,7 (78) | 26,2 (69) | 65,4 (172) | 1-4 6-4 | 1-2 4-2 6-3 | 1-3 1-5 6-5 |
| Популяция мужчин (244) | 92,6* (226) | 36,8 (90) | 34,4* (84) | 79,5* (194) | 1-4 6-4 | 1-2 1-5 6-5 4-2 | 1-3 6-3 2-3 5-3 4-3 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|
| Общая популяция (507) | 86,4 (438) | 33,1 (168) | 30,2 (153) | 72,2 (366) | 6-4 | 1-2 | 6-5 |
| | | | | | | 1-3 | |
| | | | | | | 1-5 | |
| | | | | | | 6-5 | |
| | | | | | | 6-3 | |
| 6-2 | | | | | | | |

Анализ показал, что хеликобактерная инфекция (94,3%) и недостаточный вес (ПМТ) (83,0%) были относительно распространены при ВИЧи среди населения в возрасте 20-69 лет, что видно из данных, представленных в таблице 17. Наследственный фактор (НФ) (13,8%) и ИМТ (4,1%) встречались значительно реже.

Распространенность этих факторов риска у ВИЧи популяции женщин и мужчин составили соответственно: ГБИ – по 92,4% и 96,3% ($P > 0,05$), НФ – по 12,5% и 15,7% ($P > 0,05$), ПМТ – по 72,6% и 94,3% ($P < 0,05$) и ИМТ – по 3,4% и 4,9% ($P > 0,05$). Мы убедились в том, что ПМТ встречаются у обследованных по сравнению с ИМТ более чем в 20,7 раз ($P < 0,001$). По сравнению с НФ и ИМТ – в 7 и 23 раз больше наблюдается такой инфекционный фактор ХГДЗ как геликобактериоз ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$). Среди мужчин отмечено более высокая распространенность отмеченных ФР, чем у женщин: ГБИ – на 3,9% ($P > 0,05$), НФ – на 3,2% ($P > 0,05$), ПМТ – на 21,7% ($P < 0,05$) и ИМТ – на 1,5% ($P > 0,05$).

Далее были изучены и оценены возрастные показатели выявления характеристики ГБИ, НФ, ПМТ и ИМТ среди ВИЧи подлжительных лиц. данные представлены в таблице 18.

Возрастные особенности выявляемости и характеристики геликобактерной инфекции, наследственной предрасположенности и изменений массы тела у ВИЧ-инфицированного населения

| Возрастной диапазон n | Распространенность ХГДЗ | | | | Статистика различия по t-критерию | | |
|--------------------------|-------------------------|----------------|----------------|--------------|-----------------------------------|------------|--------------------------|
| | ГБИ (1) | НФ (2) | ПМТ (3) | ИМТ (4) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| 20-29 лет (197) | 95,4 (188) | 13,7 (27) | 65,5 (129) | 3,0 (6) | 1-3 | - | 1-2 1-4 3-2 3-4 |
| 30-39 лет (235) | 96,2 (226) | 14,5 (34) | 93,6* (220) | 5,5* (13) | - | - | 1-2 1-4 3-2 3-4 |
| 40-49 лет (65) | 89,2 (58) | 7,7* (5) | 95,4* (62) | 3,1 (2) | 3-1 | - | 1-2 1-4 3-2 3-4 |
| 50-59 лет (8) | 62,5* (5) | 37,5** (3) | 100,0* (8) | 0,0 (0) | 1-2 3-1 | 3-2 | 1-4 2-4 3-4 |
| 60-69 лет (2) | 50,0* (1) | 50,0*** (1) | 100,0* (2) | 0,0 (0) | - | 3-1 3-2 | 1-4 2-4 3-4 |
| 20-69 лет (507) | 94,3 (478) | 13,8 (70) | 83,0 (420) | 4,1 (21) | - | - | 1-2 1-4 3-2 3-4 |

Как видно из таблицы 18, ГБИ был относительно распространен более молодом возрасте: в категориях 20-29 лет 95,4%, 30-39 лет 96,2% и 40-49 лет 89,2%; а в возрастных группах 50-59 лет и 60-69 лет он выявлялся в меньшей мере: 62,5%, (P<0,05) и 60-69 лет 50,0% (P< 0,05); в среднем в возрастной группе 20-69 лет частота встречаемости этого инфекционного фактора составила 94,3%.

Наследственная отягощенность к ХГДЗ отмеченной общей популяции 20-69 лет, как уже было отмечено выше, выявлялся с частотой не более 13,8%. С возрастом выявляемость данного фактора среди

ВИЧ-инфицированных возрастает до 50,0% или в 6,5 раз ($P < 0,001$). Высокая частота распространенности НФ отмечены в возрастных группах 60-69 лет – 50,0% ($P < 0,001$) и 50-59 лет – 37,5% ($P < 0,01$). Сравнительно редко отмечалось среди лиц в возрасте 40-49 лет (7,7%), 30-39 лет (14,5%) и 20-29 лет (13,7%).

Анализ подтвердил высокую распространенность ПМТ во всех возрастных группах исследуемой популяции. Распространенность ПМТ в зависимости от возраста составила 20-29 лет - 65,5% и 30-39 лет - 93,6% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 95,4%, в 50-59 лет – 100,0% ($P < 0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P < 0,05$).

Очень низкая выявляемость ИМТ отмечена у ВИЧ-инфицированной популяции 20-69 лет – 4,1%. В группе лиц 60-69 и 50-59 лет этот фактор не выявлялся (0,0%), а в других возрастных группах ИМТ отмечалось сравнительно меньшей частотой: в 20-29 лет – 3,0%, в 30-39 лет – 5,5% ($P < 0,05$) и в 40-49 лет – 3,1% ($P > 0,05$).

Таким образом, в популяциях ВИЧ-инфицированных четко прослеживаются специфические закономерности эпидемиологических условий для ХГДЗ на фоне ГБИ, НФ, ПМТ и ИМТ. Эти закономерности должны быть отражены в программах лечения и профилактики гастродуоденальных состояний в контексте ВИЧ-инфекции.

4.6. Эпидемиологическая характеристика и оценка «главных» известных факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированной популяции

"Главными" факторами риска гастроинтестинальных заболеваний долгое время числились такие известные факторы риска, как кислотно-пептический агрессивный фактор, дислиппротеидемия и микроэлементозы (МТОЗы).

С этой связи мы исследовали встречаемость «ведущих» ФР в популяции ВИЧ-положительных. Однако, стоит еще раз упомянуть о том, что для сравнения наших данных в доступной литературе недостаточно информации. Наши результаты в этом отношении обобщены в таблице 19.

Таблица 19

Распространенность основных эпидемиологических факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции

| Обследованные группы населения | Характеристика изученных ФР | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| | КПАФ (1) | ГХС (2) | ГТГ (3) | ГКК (4) | ГКЦ (5) | ГНМ (6) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| Популяция женщин (263) | 80,6 (212) | 29,7 (78) | 26,2 (69) | 65,4 (172) | 25,0 (66) | 84,4 (222) | 1-4 6-4 | 1-2 4-2 6-3 | 1-3 1-5 6-5 |
| Популяция мужчин (244) | 92,6* (226) | 36,8 (90) | 34,4* (84) | 79,5* (194) | 32,7 (80) | 94,2 (230) | 1-4 6-4 | 1-2 1-5 6-5 4-2 | 1-3 6-3 2-3 5-3 4-3 |
| Общая популяция (507) | 86,4 (438) | 33,1 (168) | 30,2 (153) | 72,2 (366) | 28,8 (146) | 89,2 (452) | 6-4 | 1-2 1-3 1-5 6-5 6-3 6-2 | 6-5 |

Данные таблицы 19 показывают, что у ВИЧ-положительных лиц, значительно более высокая частота % наблюдалась гипонатриемия (ГНМ) 89,2%, кислотно пептидный агрессивный фактор (КПАФ) 86,4% и гипокалиемия (ГК) 72,2%. Липидные факторы риска ГХС и ГТГ наблюдались с частотой 33,1% и 30,2% (P>0,05) соответственно. Существенные различия в факторах риска ВИЧ наблюдались в женской и мужской популяции в возрасте 20-69 лет. Так, распространенность основных эпидемиологических факторов риска ВИЧ-инфекции у женщин и мужчин составила КПАФ -80,6 и 92,6% (P<0,05), ГХС – по 29,7% и 36,8% (P>0,05),

ГТГ-26,2 и 34,4% ($P < 0,05$), ГКК – по 65,4 и 79,5% ($P < 0,05$), ГКЦ – по 25,0 и 32,7% ($P > 0,05$) и ГНМ-84,4 и 94,2% ($P > 0,05$).

Далее изучались возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.

Результаты нашего анализа в этом направлении обобщены и показаны в таблице 20.

Таблица 20

Возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции

| Возрастной диапазон (n) | Характеристика изученных ФР | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| | КПАФ (1) | ГХС (2) | ГТГ (3) | ГКК (4) | ГКЦ (5) | ГНМ (6) | P<0,05 | P<0,01 | P<0,001 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | | | |
| 20-29 лет (197) | 92,3 (182) | 25,8 (51) | 23,9 (47) | 63,4 (125) | 26,5 (52) | 86,8 (171) | 6-4 | 4-3 4-5 | 1-2,3,4 6-2 4-5 |
| 30-39 лет (235) | 94,8 (223) | 35,3* (83) | 33,6 (79) | 77,9 (183) | 28,9 (68) | 91,1 (214) | 1-4 | 1-2 4-3 | 6-5 1-5 |
| 40-49 лет (65) | 46,2** (30) | 44,6* (29) | 35,4* (23) | 80,0* (52) | 32,3 (21) | 92,3 (60) | 1-2 | 6- 1,2,3,5 | - |
| 50-59 лет (8) | 25,0 (2) | 50,0* (4) | 37,5* (3) | 75,0 (6) | 62,5** (5) | 87,5 (7) | 4-3 6-5 | 2-1 | 4-1 6-1 |
| 60-69 лет (2) | 50,0* (1) | 50,0* (1) | 50,0* (1) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | - | - | 1-4,5,6 2-4,5,6 3-4,5,6 |
| 20-69 лет (507) | 86,4 (438) | 33,1 (428) | 30,2 (153) | 72,2 (366) | 28,8 (146) | 89,2 (452) | 6-4 | 1-2 1-3 1-5 6-5 6-3 6-2 | 6-5 |

Возрастные особенности распространенности ГХС и ГТГ у ВИЧ-инфицированного населения составила 25,8% и 23,9% ($P > 0,05$) в группе лиц 20-29 лет, 35,3% и 33,6% ($P > 0,05$) в группе 30-39 лет, 44,6% и 35,4% ($P > 0,05$) в возрастной группе 40-49 лет и 33,1% и 30,2% ($P > 0,05$). Оказалось,

что распространенность КПАФ в зависимости от возраста обследованных отмечается с разницей более чем в 3,8 раза или на 69,8% ($P < 0,001$). Высокие показатели частоты распространенности КПАФ наблюдаются 92,3%, 94,8% и 50,0% в возрастных категориях соответственно: 20-29 лет 30-39 лет и 60-69 лет. Существенно низкие степени встречаемости этого же фактора наблюдались в группе лиц 50-59 лет (25,0%) и 60-69 лет (50,0%). Распространенность ГКК была относительно высокой среди ВИЧ-положительных лиц, изученных в данном исследовании. В частности, ГЦК была выявлена у 63,4% лиц в возрасте 20-29 лет, 77,9% лиц в возрасте 30-39 лет ($P > 0,05$), 80,0% лиц в возрасте 40-49 лет ($P > 0,05$), 0,0% лиц в возрасте 60-69 лет и 72,2% лиц в возрасте 20-69 лет.

Другая форма МТОЗов ГКЦ самой большой частотой выявлена в возрастной группе 50-59 лет (в 2,5%, $P < 0,01$) и не отмечена у пожилых пациентов 60-69 лет (0,0%). Обращает на себя внимание более низкая выявляемость ГКЦ среди ВИЧ-инфицированной популяции в возрасте 20-29 лет – 26,5%, 30-39 лет – 28,9% и 40-49 лет – 32,3%.

У ВИЧ-положительных людей ГНМ в общей популяции 20-69 лет составило - 89,2%. Самые высокие показатели наблюдались в следующих группах: 92,3% в группе 40-49 лет, 91,1% в 30-39 лет, 87,5% в 50-59 лет, в 20-29 лет 86,8%. А в возрастной категории 60-69 лет этот фактор не определялся.

Результаты нашего исследования могут стать основой для разработки комплексной методологии, учитывающей эпидемиологические и специфические факторы, связанные с ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных и преемственностью с учетом нами отмеченных характеристик распространенности факторов риска ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции (Рис.10-13).

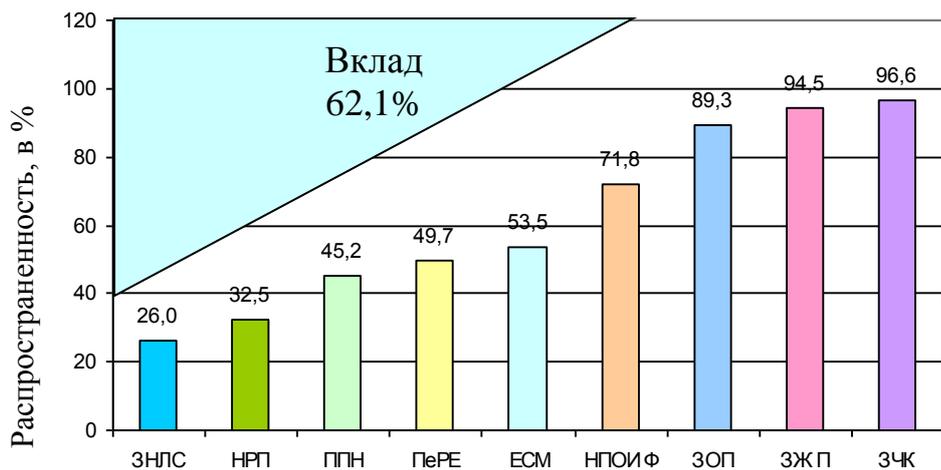


Рис.10. Вклад факторов питания в формировании эпидемиологических условий у ВИЧ-позитивного населения

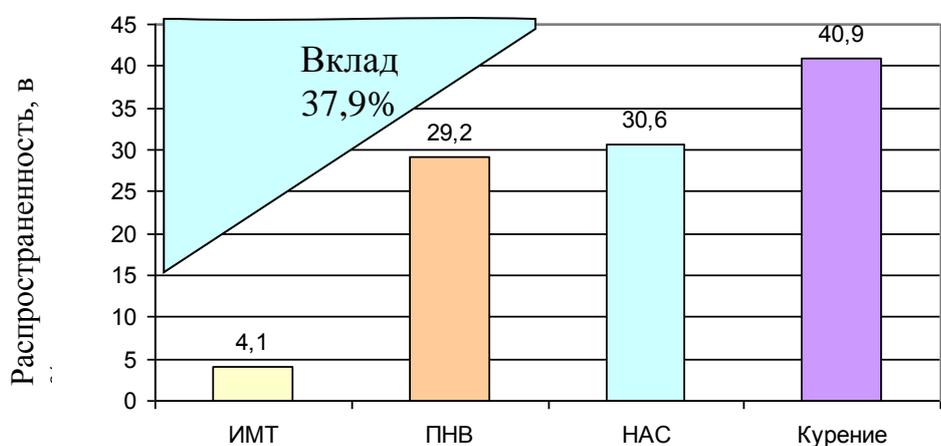


Рис.11. Вклад некоторых модифицируемых факторов риска в формировании эпидемиологических условий у ВИЧ-популяции

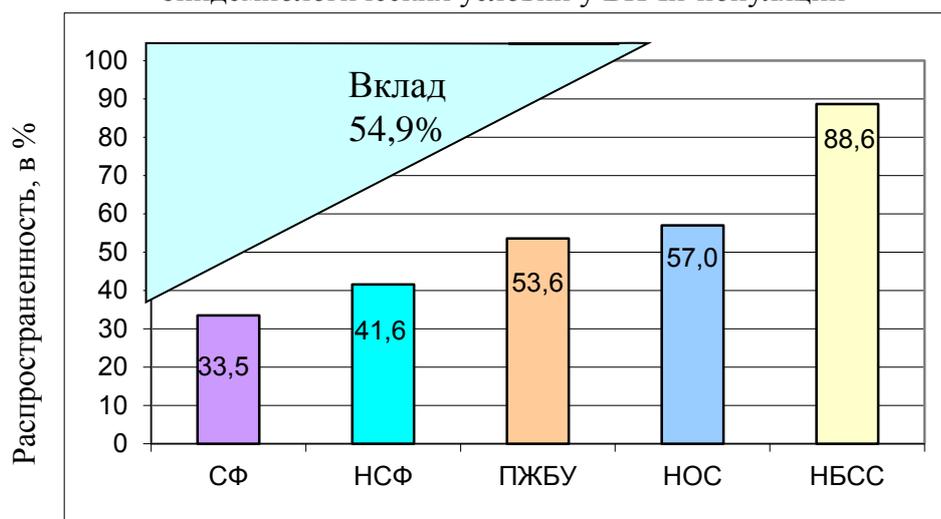


Рис.12. Вклад социально-экономических факторов риска в развитии эпидемиологических условий на фоне ВИЧ-инфекции

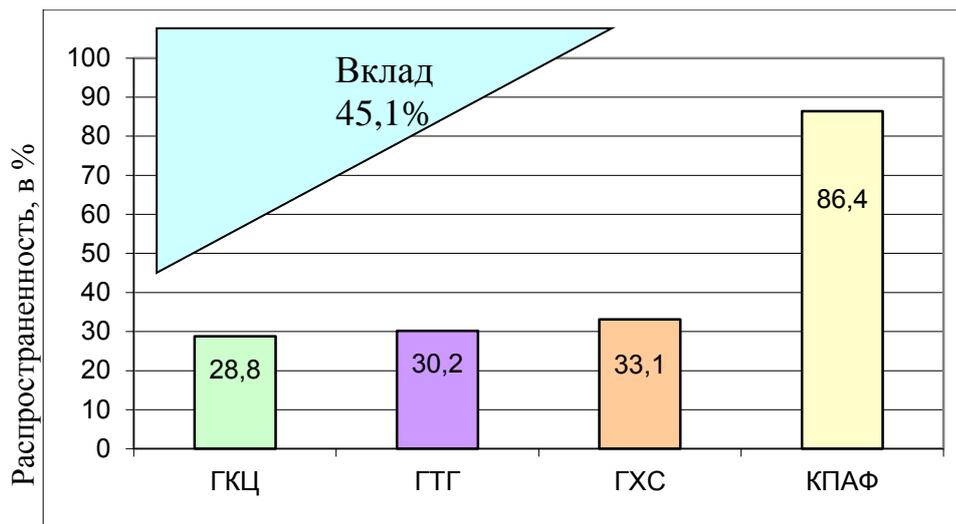


Рис.13. Вклад биохимических и кислотнопептидных факторов в развитии эпидемиологических условий у ВИЧ-инфицированных лиц

В формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических факторов – 54,9% (рис.12), некоторых биохимических и кислотнопептических факторов – 45,1% (рис.13), факторов питания – 62,1% (рис.10) и социальных факторов – 37,9% (рис.11). Эти факторы резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населенных пунктах.

ГЛАВА V. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В соответствии с поставленным целями и задачами исследования нами изучены клинические особенности течения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции по данным комплексных клинико-лабораторных, физикальных и инструментальных исследований.

Прежде всего нами было отмечено, что практически в 100,0% случаев ХГДЗ ассоциировались с теми или иными клиническими категориями ВИЧ-инфекции (таблица 21).

Таблица 21

Выявляемость клинических проявлений ВИЧ-инфекции у больных ХГДЗ в зависимости от количества CD4+-Т-клеток в крови

| Обследованная группа населения | Число больных ХГДЗ | Клинические категории ВИЧ-инфекции (число CD4+-Т-клеток в 1 мм ³ крови < 200) | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--|-------|-----|------|----|------|-------|------|
| | | А | | В | | С | | Всего | |
| | | п | % | п | % | п | % | п | % |
| ВИЧи женщины 20-69 лет | 94 | 14 | 14,9 | 48 | 51,1 | 18 | 19,1 | 80 | 85,1 |
| ВИЧи мужчины 20-69 лет | 207 | 45 | 21,7* | 82 | 39,6 | 50 | 24,2 | 177 | 85,5 |
| Общая ВИЧи популяция 20-69 лет | 301 | 59 | 19,6 | 130 | 43,2 | 68 | 22,6 | 257 | 85,4 |

В структуре ВИЧ инфицированных лиц с ХГДЗ 20-69 лет у 19,6% определялось первичная субклиническая категория А ВИЧ-инфекции, у 43,2% лиц признаки клинической категории В, и у 22,6% комбинированный индикаторный статус СПИДа - клиническая категория С в сочетании с симптомами, обусловленными ХГДЗ. В общей популяции у 85,4% больных имели разную клиническую категорию.

В женской и мужской популяциях ХГДЗ клинические категории ВИЧ-инфекции наблюдались с частотой 85,1 и 85,5% соответственно ($P > 0,05$). Клинические категории А, В и С были выявлены у женщин с частотой-14,9%, 51,1% и 19,1%. ($P > 0,05$), У мужчин с ХГДЗ выявлялось 21,7%, 39,6% и 24,2% ($P < 0,05$).

Прогрессирующая потеря веса, длительная лихорадка, диарея, изменения кожи и слизистых оболочек, а также сопутствующие и конкурирующие заболевания были характерны для большинства симптомов ВИЧ у пациентов с ХГДЗ.

Можно сделать вывод, что у ВИЧ-положительных пациентов с ХГДЗ страх перед СПИДом, прозванным "чумой XX века", победил вместе с вирусом. Естественно возникает вопрос: почему же к ВИЧ-инфекции приковано внимание общества? Потому, что ВИЧ-инфекция – болезнь особая. Она угрожает существованию самого рода человеческого как биологического вида.

Данные по изучению особенностей клинического течения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. представлены в таблице 22.

Клинические проявления ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения 20-69 лет

| Обследованные группы населения | Число обследованных с ХГДЗ | Клинические проявления ХГДЗ | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|------|---|------|-----------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|-------------------------------------|------|---------------------------------------|--|--|
| | | Болевой синдром (1) | | Диспепсические симптомы (2) | | Симптомы поражения тонкой кишки (3) | | Симптомы поражения толстой кишки (4) | | ВИЧ А,В и С в сочетании с саркомой Капоши (5) | | Явление себорейного дерматита (6) | | Кандидозный стоматит + КСХГДЗ (7) | | Сочетание КСХГДЗ с туберкулезом (8) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| ВИЧи женщины с ХГДЗ 20-69 лет | 94 | 58 | 61,7 | 69 | 73,4 | 26 | 27,6 | 21 | 22,3 | 1 | 10,6 | 31 | 32,9 | 28 | 29,8** | 16 | 17,0 | 1-6 7-8 | 1-3 1-4 1-7 1-5 2-6 2-8 | 1-8 2-3 2-4 2-5 2-8 |
| ВИЧи мужчины с ХГДЗ 20-69 лет | 207 | 131 | 63,4 | 105 | 50,7* | 79 | 38,2* | 36 | 17,4 | 0 | 0,0 | 19 | 9,3*** | 21 | 10,1 | 40 | 19,3 | 2-3 8-7 | 3-4 8-6 | 1-6 1-5 1-7 2-7 |
| Общая популяция с ХГДЗ 20-69 лет | 301 | 189 | 62,8 | 174 | 57,8 | 105 | 34,9 | 57 | 18,9 | 1 | 0,3 | 50 | 16,6 | 49 | 16,3 | 56 | 18,6 | 1-3 3-4 | 1-4 2-4 3-6 | 1-5 1-6 1-7 1-8 2-6 2-7 |

Как видно из данных таблицы 22 большинство проявлений ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспепсические симптомы (в 57,8% случаев). В дальнейшем в клинической картине ХГДЗ начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний: симптомы поражения тонкой кишки – хронические профузные поносы в сочетании с болями в животе, рвотой, лихорадкой и потерей массы тела (у 34,9%), симптомы поражения толстой кишки (у 18,9%), клинические категории А, В и С ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши (у 0,3%), явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами ХГДЗ (КСХГДЗ) – боли в животе, диспепсические явления (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, запоры, поносы, неустойчивый стул), снижение аппетита, похудание, наличие крови в кале, наличие слизи в кале и дегтеобразный стул (у 16,6% обследованных больных), кандидозный стоматит с КСХГДЗ (у 16,3%) и сочетание КСХГДЗ с симптомами туберкулеза – у 18,6% пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией.

Заметим, что в нашем исследовании у одного больного (0,3%) ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречалась саркома Капоши, представляясь своеобразной моделью вирусного иммунозависимого опухолевого процесса. Клинически саркома Капоши характеризовалась появлением множественных узелковых образований на коже и симптомами поражения тонкой кишки. При эндоскопическом исследовании определялись изъязвленные узелки на слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки.

Клинические проявления ХГДЗ у ВИЧи женщин и мужчин имели отличительные особенности. Так, вышеотмеченные симптомы среди них выявлялись со следующей частотой соответственно: болевой синдром – по 61,7% и 63,4% ($P>0,05$), диспепсические симптомы (ДС) – по 73,4% и 50,7% ($P<0,05$), симптомы поражения тонкой кишки – по 27,6 и 38,2% ($P<0,05$), симптомы поражения толстого кишечника – по 22,3% и 17,4% ($P>0,05$),

клинические категории А, В и С в сочетании с саркомой Капоши – по 10,6% и 0,0% ($P<0,01$), явление себорейного дерматита с КСХГДЗ – по 32,9% и 9,3% ($P<0,001$), кандидозный стоматит с КСХГДЗ – по 29,8% и 10,1% ($P<0,01$) и сочетание КСХГДЗ – по 29,8% и 10,1% ($P<0,01$) и сочетание КСХГДЗ с симптомами туберкулеза – по 17,0% и 19,3% ($P>0,05$).

Далее анализировались клинические проявления ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения в зависимости от возраста (таблица 23).

Клинические проявления ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения 20-69 лет в зависимости от возраста

| Возрастные группы обследованных | Число обследованных с ХГДЗ | Клинические проявления ХГДЗ | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|--------|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|------|---|-----|--|--------|-----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| | | Болевой синдром (1) | | Диспепсические симптомы (2) | | Симптомы поражения тонкой кишки (3) | | Симптомы поражения толстой кишки (4) | | ВИЧ А,В и С в сочетании с саркомой Капоши (5) | | Явление себорейного дерматита + КСХГДЗ (6) | | Кандидозный стоматит + КСХГДЗ (7) | | Сочетание КСХГДЗ с туберкулезом (8) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| 20-29 лет | 87 | 34 | 39,1 | 53 | 60,9 | 32 | 36,7 | 19 | 21,8 | 1 | 1,1 | 23 | 26,4 | 16 | 8,1 | 11 | 32,4 | 2-1 1-4 1-6 | 2-4 | 1-5 1-7 3-7 3-5 |
| 30-39 лет | 140 | 100 | 71,4* | 91 | 65,0 | 62 | 44,3* | 30 | 21,4 | 0 | 0,0 | 20 | 14,3 | 25 | 10,6 | 31 | 22,1 | 1-3 6-7 2-3 | 8-7 4-7 | 1-4 1-5 1-6 1-7 1-8 |
| 40-49 лет | 60 | 51 | 85,0* | 26 | 43,3* | 11 | 18,3 | 7 | 11,7 | 0 | 0,0 | 4 | 6,7 | 8 | 12,3* | 12 | 20,0 | 1-2 8-4 | 4-6 3-6 | 1-3 1-4 1-6 1-7 |
| 50-59 лет | 5 | 4 | 80,0* | 4 | 100,0* | 0 | 0,0 | 1 | 20,0 | 0 | 0,0 | 3 | 60,0** | 0 | 0,0 | 2 | 40,0* | 7-8 | 1-8 | 1-3 1-4 1-5 1-7 2-4 |
| 60-69 лет | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - | - |
| 20-69 лет | 301 | 189 | 62,8 | 174 | 57,8 | 105 | 34,9 | 57 | 18,9 | 1 | 0,3 | 50 | 16,6 | 49 | 16,3 | 56 | 18,6 | 1-3 3-4 | 1-4 3-6 2-4 | 1-5 1-6 1-8 1-7 |

Болевой синдром отмечен у ВИЧ-инфицированных пациентов с ХГДЗ., что с возрастом имели склонность увеличиваться от 39,1% (в группе 20-29 лет) до 85,0% (в группе 40-49 лет), то есть на 45,9% или в 2,2 раза ($P < 0,01$). В возрастной группе пациентов с ХГДЗ в возрасте 60-69 лет болевых синдромов и других симптомов не наблюдалось 0,0% ($P < 0,01$). В возрастных группах. 20 -29, 30-39 и 50-59 лет, болевые синдромы выявлялись с частотой 39,1%, 71,4% и 80,0% соответственно.

Диспепсические симптомы у обследованных пациентов в связи с возрастом наблюдались с разницей на 56,7% или в 2,3 раза часто ($P < 0,01$). Сравнительно высокая выявляемость ДС отмечены среди лиц 50-59 лет (100,0%), 20-29 лет (60,9%) и 30-39 лет (65,0%); более чем в 2 раза меньшей частотой установлены в возрастной группе 40-49 лет.

Симптомы поражения тонкой кишки у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречались в возрасте 20-29 лет – 36,7%, в 30-39 лет – 44,3% ($P < 0,05$) и в 40-49 лет – 18,3%. В группе лиц 50-59 и 60-69 лет эти симптомы не наблюдались.

Обращает внимание наличие у больных наряду с классическими симптомами ХГДЗ и явлений поражения толстого кишечника: среди лиц до 30 летнего возраста – у 21,8%, 30-39 лет – у 21,4%, 40-49 лет – 11,7% и в 50-59 лет – у каждого пятого пациента (20,0%).

Симптомы ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши имели более выраженный характер лишь в возрастной группе 20-29 лет обследованных (1,1%), а в других возрастных группах больных данная патология не обнаружена (0,0%).

В клиническом течении ХГДЗ явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами хронических гастродуоденальных патологий (КСХГДЗ) в разных возрастных группах выявлены следующим образом: в 20-29 лет – 26,4%, в 30-39 лет – 14,3%, в 40-49 лет – 6,7%, в 50-59 лет – 60,0% ($P < 0,01$) и в 60-69 лет не отмечено (0,0%).

Наряду с КСХГДЗ у больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции отмечались увеличение случаев выявляемого кандидозного стоматита с возрастом от 8,1% (в 20-29 лет) до 10,6% (в 30-39 лет, $P>0,05$) и 12,3% (40-49 лет, $P<0,05$). В двух возрастных группах больных (50-59 и 60-69 лет) такое клиническое течение не наблюдалось (0,0%).

В зависимости от возраста пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией, встречаемость сочетаний КСХГДЗ с клиническими симптомами туберкулеза возрастает до 40,0% или в 2 раза ($P<0,001$). Такое течение ХГДЗ у ВИЧ-позитивных больных выявлено в возрасте 20-29 лет – у 32,4% пациентов, в 30-39 лет – у 22,1%, в 40-49 лет – у 20,0%, в 50-59 лет – у 40,0%, а в 60-69 лет – не отмечено (0,0%).

Таким образом, отмечено, что при ХГДЗ у ВИЧ-позитивных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8% случаев), толстый кишечник (18,9%), кожные покровы (32,9%) и органы дыхания с туберкулезом (18,6%).

Далее изучалась сочетаемость клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения с симптомами ассоциированных патологических состояний. Результаты такого анализа обобщены и приведены в таблице 24.

Таблица 24

Сочетаемость клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения с симптомами ассоциированных патологических состояний

| Обследованные группы ВИЧ-позитивного населения с ХГДЗ | Число обследованных с ХГДЗ | Сочетание КСХГДЗ с симптомами ассоциированных патологических состояний | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|---|----------------------------|--|--------|-----------------|-----|-------------------|--------|-------------------------|--------|------------------|--------|-------------------|-------|------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------------------------|------------|--|
| | | КСХГДЗ + частые инфекции (1) | | КСХГДЗ + СД (2) | | КСХГДЗ + ХДЗП (3) | | КСХГДЗ + аллер-гозы (4) | | КСХГДЗ + ИПП (5) | | КСХГДЗ + СНФЗ (6) | | КСХГДЗ + депрессия (7) | | КСХГДЗ + гелико-бактериоз (8) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 | <0,01 | <0,001 |
| ВИЧ женщины с ХГДЗ 20-69 лет | 94 | 72 | 76,5** | 2 | 2,1 | 1 | 1,1 | 9 | 9,6*** | 10 | 10,6** | 66 | 70,2* | 3 | 3,2 | 84 | 89,4 | 8-6 8-1 | 4-7 | 1-2 1-3 1-4 1-5 |
| ВИЧ мужчины с ХГДЗ 20-69 лет | 207 | 58 | 28,0 | 3 | 1,4 | 19 | 9,2*** | 5 | 2,4 | 9 | 4,3 | 84 | 40,6 | 11 | 5,3* | 196 | 94,7 | 4-2 6-1 | 3-5 8-6 | 1-2 1-4 1-5 1-7 8-2 |
| Общая ВИЧ популяция с ХГДЗ 20-69 лет | 301 | 130 | 43,2 | 5 | 1,7 | 20 | 6,6 | 14 | 4,7 | 19 | 6,3 | 150 | 49,8 | 14 | 4,7 | 280 | 93,0 | - | 8-6 8-1 | 1-2 1-3 1-4 1-5 1-7 8-2 8-3 8-4,7 |

Как видно из представленных данных в таблице 24, в общей ВИЧ-популяции ХГДЗ протекают с частыми инфекциями в 43,2% случаев, то есть для дебюта заболевания характерен гриппоподобный синдром – лихорадка, миалгии, артралгии, кожная сыпь, фарингит, симптомы заболеваний дыхательной системы, напоминающие острую бактериально-вирусную инфекцию.

Среди общей ВИЧ-популяции отмечались сочетание клинических проявлений ХГДЗ с симптоматикой сахарного диабета (СД) в 1,7% случаев, аллергиями – в 4,7% случаев, инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП) – в 6,3% случаев симптомами нефрологических (пиелонефрит, нефропатия, гломерулонефрит) заболеваний (СНФЗ – в 49,8% случаев, депрессией – в 4,7% случаев и геликобактериозом – в 93,0% случаев.

Такого характера сочетаемость «гастроуденальных» и «негастроуденальных» симптомов в течении ХГДЗ у ВИЧ-женщин и мужчин обнаружено следующей частотой соответственно: КСХГДЗ в сочетании с эпизодами частых бактериально-вирусных инфекций дыхательных путей – по 76,5% и 28,0% ($P < 0,01$), КСХГДЗ вместе с СД – по 2,1% и 1,4% ($P > 0,05$), КСХГДЗ в сочетании с признаками хронических диффузных заболеваний печени (ХДЗП) – по 1,1% и 9,2% ($P < 0,001$), КСХГДЗ в сочетании с аллергическими симптомами – по 9,6% и 2,4% ($P < 0,001$), КСХГДЗ в сочетании с симптоматикой ИППП – по 10,6% и 4,3% ($P < 0,01$), КСХГДЗ в сочетании с симптомами нефрологических патологий – по 70,2% и 40,6% ($P < 0,05$), КСХГДЗ с депрессивным синдромом – по 3,2% и 5,3% ($P < 0,05$) и сочетание КСХГДЗ с признаками туберкулеза – по 89,4% и 94,7% ($P > 0,05$).

В таблице 25 представлены сочетаемость клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения с признаками ассоциированных клинических состояний в зависимости от возраста.

Таблица 25

Сочетаемость клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения с симптомами ассоциированных патологических состояний в зависимости от возраста

| Возрастные группы обследованных ВИЧ-пациентов | Число обследованных больных с ХГДЗ | Сочетание КСХГДЗ с симптомами ассоциированных патологических состояний | | | | | | | | | | | | | | | | Статистика различия по t-критерию (P) | | |
|---|------------------------------------|--|------|-----------------|---------|-------------------|------|-----------------------|-----|------------------|-------|-------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|---------------------------------------|------------|---|
| | | КСХГДЗ + частые инфекции (1) | | КСХГДЗ + СД (2) | | КСХГДЗ + ХДЗП (3) | | КСХГДЗ + аллергии (4) | | КСХГДЗ + ИПП (5) | | КСХГДЗ + СНФЗ (6) | | КСХГДЗ + депрессия (7) | | КСХГДЗ + геликобактериоз (8) | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | <0,05 |
| 20-29 лет | 87 | 43 | 49,4 | 1 | 1,1 | 12 | 13,7 | 5 | 5,7 | 10 | 11,5 | 43 | 49,4 | 4 | 4,6 | 83 | 95,4 | 8-6 8-1 | - | 1-2,8-7 1-3,8-5 1-4,8-3 1-7,8-2 |
| 30-39 лет | 140 | 62 | 44,3 | 1 | 0,7 | 6 | 4,3 | 9 | 6,4 | 7 | 5,0 | 79 | 56,4 | 10 | 7,1* | 137 | 97,9 | 7-3 | - | 1-2,3,4,7 8- 2,3,4,5,7 |
| 40-49 лет | 60 | 23 | 38,3 | 2 | 3,3** | 2 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 25 | 41,7 | 0 | 0,0 | 56 | 93,3 | 3-5 | - | 1-2 1-3,5 8-2,3,5 |
| 50-59 лет | 5 | 2 | 40,0 | 1 | 20,0*** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 20,0* | 3 | 60,0 | 0 | 0,0 | 4 | 80,0 | 6-1 8-6 | 1-2 1-5 | 6-5 8-2 8-5 |
| 60-69 лет | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - | - |
| 20-69 лет | 301 | 130 | 43,2 | 5 | 1,7 | 20 | 6,6 | 14 | 4,7 | 19 | 6,3 | 150 | 49,8 | 14 | 4,7 | 280 | 93,0 | - | 8-6 2-1 | 1-2,1-4 1-3,1-5 1-7,8-2 8-3,8-4 8-7 |

Из данных таблицы 25 следует, что в клиническом течении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции сочетание КСХГДЗ с частыми инфекциями в различных возрастных группах отмечаются разной частотой: в 20-29 лет – 49,4%, в 30-39 лет – 44,3%, в 40-49 лет – 38,3%, в 50-59 лет – 40,0% и в 60-69 лет – не отмечено.

Встречаемость СД в сочетании с КСХГДЗ наблюдается в 20-29 лет – у 1,1% пациентов, в 30-39 лет – у 0,7%, в 40-49 лет – у 3,3% ($P < 0,01$), в 50-59 лет – у 20,0% ($P < 0,001$) и в 60-69 лет – не выявлено (0,0%). В клиническом течении ХГДЗ у ВИЧ-позитивных пациентов сочетаемость в виде «КСХГДЗ+аллергозы», «КСХГДЗ+ИППП» и «КСХГДЗ+СНФЗ» встречались в различных возрастных группах следующим образом соответственно: в 20-29 лет – по 5,7%, 11,5% и 49,4% ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$), в 30-39 лет – по 6,4%, 5,0% и 56,4% ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$), в 40-49 лет – по 0,0%, 1,7% и 41,7% ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$), в 50-59 лет – 0,0%, 20,0% и 60,0% ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$) и в 60-69 лет – не отмечались (0,0%).

У больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекциями наблюдались и признаки ХДЗП: в 20-29 летнем возрасте – у 13,7%, в 30-39 лет – у 4,3%, в 40-49 лет – у 3,3%, а в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет – не выявлялись (0,0%).

Результаты нашего анализа также показали, что ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции характеризуются с сочетанием депрессией и геликобактериозом. Так, у пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией сочетаемость симптомов в виде «КСХГДЗ+депрессия» и «КСХГДЗ+геликобактериоз» отмечались следующим образом в различных возрастных группах соответственно: в 20-29 лет – по 4,6% и 95,4% ($P < 0,001$), в 30-39 лет – по 7,1% и 97,9% ($P < 0,001$), в 40-49 лет – по 0,0 и 93,3% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – по 0,0 и 80,0% ($P < 0,001$) и в 60-69 лет – не отмечены (0,0%).

Следовательно, обращает внимание довольно высокая распространенность у ВИЧ-позитивных больных ХГДЗ клинической симптоматики ассоциированных патологических состояний во всех возрастных группах.

Мы оценили особенности боли при гастроинтестинальных заболеваниях на фоне ВИЧ-инфекции (рис.14), выявляемость диспепсических явлений у ВИЧ-позитивных пациентов с ХГДЗ (рис.15), типы и сезонность болевого синдрома при ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных больных (рис.16), усиливающие и облегчающие факторы болевого синдрома у ВИЧ-инфицированных лиц с ХГДЗ (рис.17), характеристику выявляемости типичных и атипичных клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов (рис.18), структуру и клинические проявления ХГДЗ, ассоциированных хеликобактерной инфекций у ВИЧ-позитивных пациентов (рис.19).

Ведущим клиническим проявлением ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции являлся болевой синдром, который встречался специфическими особенностями: в виде разных болей – у 49,0%, пациентов в виде поздних болей – у 34,5%, с локализацией болевого синдрома в области правого подреберья – у 39,2%, двояким характером болей – у 28,0%, эпигастральными болями – у 98,4%, болями с локализацией в области пупка – у 86,1% и болями в области левого подреберья – у 84,9% (рис.14).

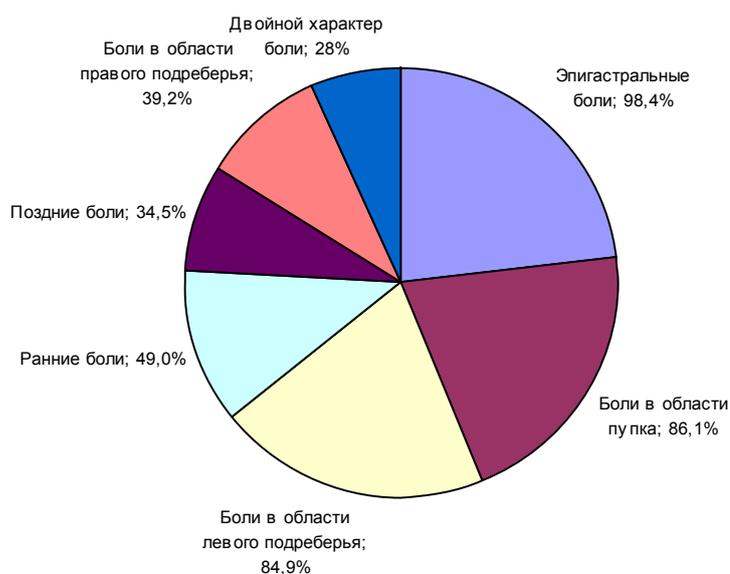


Рис.14. Особенности болевого синдрома при ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции

Следует отметить, что отдельные компоненты диспептического синдрома также определялись в общей популяции – больных ВИЧ-

инфекцией с ХГДЗ с разной частотой. Так, отдельные компоненты ДС у обследованных пациентов выявлялись со следующей частотой: изжога – в 80,0% случаев, отрыжка в 96,4%, тошнота – в 26,5%, рвота – у 31,8%, нарушение стула – в 34,9% и функциональная диспепсия – в 18,9% случаев (рис.15).

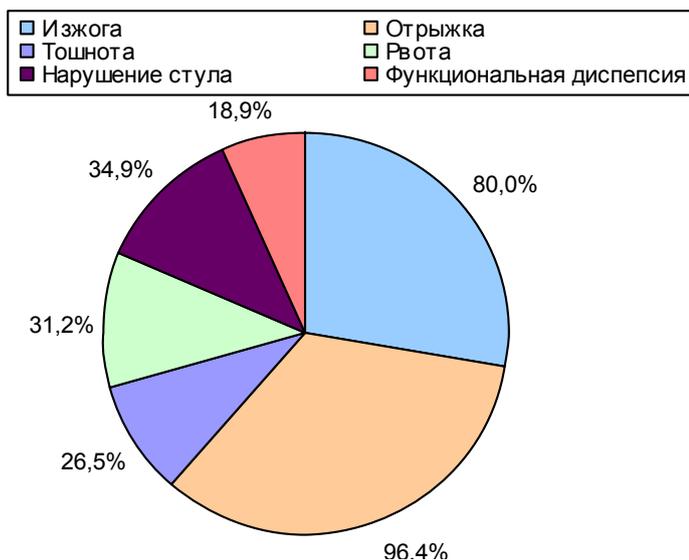


Рис.15. Выявляемость диспепсических явлений при ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции

У больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции сравнительно часто отмечались – эпизодические боли (у 81,7%), приступообразные боли (у 44,9%), постоянные боли (у 10,5%) и сезонные боли (у 44,7%) (рис.17).

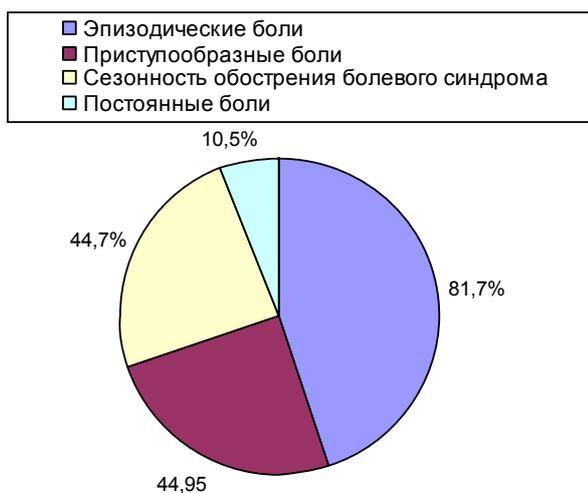


Рис.16. Типы и сезонность болевого синдрома при ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции

В 87,9% случаев острые пища, нервный фактор, прием молока и прием жирной пищи являлись основными факторами, усиливающими боли в животе у ВИЧ-позитивных больных с ХГДЗ. В 12,1% случаев больные с ХГДЗ указали, что рвота, пища, медикаментозные средства и героин облегчает боли (рис.17).

Усиливающие факторы
 Облегчающие факторы



Рис.17. Усиливающие и облегчающие факторы болевого синдрома при ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции

Стоит отметить, что 53,6% случаев ХГДЗ на фоне ВИЧ-имели типичное клиническое течение, а 46,7%-нетипичное.

Типичное клиническое течение ХГДЗ
 Атипичное клиническое течение ХГДЗ

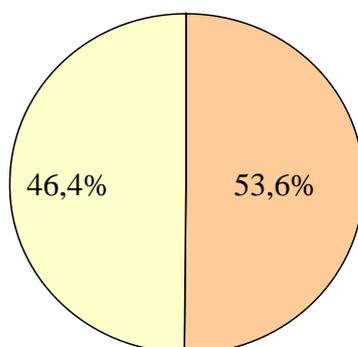


Рис.18. Характеристика выявляемости типичных и атипичных клинических проявлений ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов

Отмечено, что Нр ассоциированные ХГДЗ у ВИЧ-положительной популяции проявляются с Нр ассоциированными эрозиями желудка и 12-перстной кишки (39,3%), Нр – ассоциированными дуоденитами (20,5%), Нр ассоциированными хроническими гастритами (5,6%), Нр ассоциированными ХГД (36,1%) и Нр ассоциированной ЯБЖ (28,9%) (рис.19).



Рис.19. Структура и клинические проявления ХГДЗ, ассоциированных хеликобактерной инфекцией у ВИЧ-положительных пациентов

Таким образом, ВИЧ-ассоциированный ХГДЗ характеризуется стабильным прогрессированием и атипичным клиническим течением в большинстве случаев. Причиной ускорения «эпидемиологической конечной точки» пациента является повышенная вирусная нагрузка, связанная со снижением количества CD4+Т-лимфоцитов с последующей иммунной дисфункцией и заболеваемостью или оппортунистическими инфекциями. Продолжительность жизни пациентов во многом зависит от соблюдения программ ранней профилактики и лечения ХГДЗ и ВИЧ-инфекции.

ГЛАВА VI. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

6.1. Исследование связи хронических гастродуоденальных заболеваний с алиментарными факторами риска среди ВИЧ-инфицированного населения

Для разработки эпидемиологического алгоритма профилактики ВИЧ и ХГДЗ была изучена взаимосвязь между ВИЧ-инфекцией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта в популяции и алиментарными факторами риска. Данные в этом отношении представлены в таблице 26.

Таблица 26

Сравнительная оценка связи ХГДЗ с алиментарными факторами риска у ВИЧ-позитивного населения

| № | Алиментарные факторы риска | Величина r^{++} | χ^2 | P |
|---|---|-------------------|----------|--------|
| 1 | Нерегулярное питания | 0,31 | 10,8 | <0,05 |
| 2 | Еда всухомятку | 0,38 | 28,2 | <0,01 |
| 3 | Переедание | 0,37 | 23,7 | <0,01 |
| 4 | Прием пищи на ночь | 0,29 | 2,6 | <0,05 |
| 5 | Злоупотребление острой пищи | 0,58 | 62,4 | <0,001 |
| 6 | Злоупотребление крепкого чая и кофе | 0,60 | 66,2 | <0,001 |
| 7 | Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств | 0,26 | 6,1 | <0,05 |
| 8 | Злоупотребление жирной пищи | 0,57 | 61,9 | <0,001 |
| 9 | Низкое потребление овощей и фруктов | 0,55 | 60,6 | <0,001 |

Из представленного анализа в таблице 26 следует, что при оценке степени связи ХГДЗ с алиментарными факторами риска по величине χ^2 у ВИЧ-инфицированной популяции прослеживаются важные для разработки моделей первичной и вторичной профилактики гастродуоденальных патологий

эпидемиологические закономерности. Так, прежде всего следует отметить, что в существенно большей степени прямая коррелятивная связь ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения выявляется с факторами злоупотребления острой пищи, злоупотреблением крепкого чая и кофе, злоупотреблением жирной пищи и низким потреблением овощей и фруктов. По сравнению с ними в 2,8 раза меньшей степени связь ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции отмечается с факторами «еда всухомятку» и перееданием. В значительно меньшей степени (более чем в 6,1 раз) связь формирования и частоты ХГДЗ наблюдается с нерегулярным питанием, приемом пищи на ночь и злоупотреблением ненаркотических лекарственных средств.

Следует подчеркнуть, что полученные нами данные о связи ХГДЗ с алиментарными факторами риска на фоне ВИЧ-инфекции существенно отличаются с выраженностью от результатов других исследователей, которые представлены среди ВИЧ-негативного взрослого населения, у наркоманов и юношей.

6.2. Сравнительная оценка степени связи хронических гастродуоденальных заболеваний с основными изменяемыми факторами риска на фоне ВИЧ-инфекции

С помощью тетрахорического коэффициента связи (χ^2) и величины r^{++} мы рассчитали и оценили степени связи ХГДЗ с основными изменяемыми факторами риска у ВИЧ-инфицированного населения: потреблением алкоголя, наркотических веществ и насвая, курением, состоянием жевательного аппарата и низкой физической активностью (таблица 27).

Сравнительная оценка степени связи ХГДЗ с изменяемыми факторами риска у ВИЧ-
позитивного населения

| № | Изменяемые факторы риска | χ^2 | Величина r^{++} | P |
|---|---|----------|-------------------|--------|
| 1 | Низкая физическая активность | 87,9 | 0,68 | <0,001 |
| 2 | Недолжное состояние жевательного аппарата | 58,4 | 0,56 | <0,001 |
| 3 | Употребление насвая | 12,2 | 0,32 | <0,01 |
| 4 | Употребление алкоголя | 11,5 | 0,29 | <0,01 |
| 5 | Курение | 9,3 | 0,18 | <0,05 |
| 6 | Потребление наркотических веществ | 7,2 | 0,16 | <0,05 |

Распространенность ХГДЗ, как видно в таблице 27, была более высокой при наличии изменяемых факторов риска, таких как как низкая физическая активность ($r^{++}=0,68$; $\chi^2-87,9$), недолжное состояние жевательного аппарата ($r^{++}=0,38$; $\chi^2-58,4$), употребление насвая ($r^{++}=0,32$; $\chi^2-12,2$), употребление алкоголя ($r^{++}=0,29$; $\chi^2-11,5$), курения ($r^{++}=0,18$; $\chi^2-9,3$) и потреблении наркотических веществ ($r^{++}=0,16$; $\chi^2-7,2$).

Из представленного анализа таблицы также видно, что наибольшие прямые ассоциации ХГДЗ наблюдались при низкой физической активности и в несколько меньшей степени (в 1,5 раза) при недостаточном жевательном оборудовании. Относительно слабые ассоциации, т.е. распространенность ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных, были обнаружены с четырьмя другими модифицируемыми факторами риска: употреблением насвая (в 7,2 раза ниже, чем НАФ), употреблением алкоголя (в 7,6 раза ниже), курением (в 9,5 раза ниже) и употреблением наркотиков (в 12,2 раза ниже).

Исследования на ВИЧ-отрицательных людях показали гораздо более слабую связь между ХГДЗ и модифицируемыми факторами риска.

6.3. Сравнительная оценка степени связи хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-популяции с социально-экономическими факторами риска

Следующий наш анализ был посвящен к сравнительному анализу и оценке влиянию социально-экономических факторов на риск возникновения хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции.

Данные в этом отношении приведены в таблице 28.

Таблица 28

Сравнительная оценка степени связи ХГДЗ с социально-экономическими факторами риска у ВИЧ-инфицированного населения

| № | Социально-экономические факторы риска | χ^2 | Величина r^{++} | P |
|---|---------------------------------------|----------|-------------------|--------|
| 1 | Неблагополучный социальный статус | 20,2 | 0,51 | <0,001 |
| 2 | Низкий образовательный статус | 19,4 | 0,49 | <0,001 |
| 3 | Плохие жилищно-бытовые условия | 6,9 | 0,17 | <0,01 |
| 4 | Неблагополучный семейный фактор | 7,2 | 0,18 | <0,05 |
| 5 | Стресс-факторы | 5,5 | 0,12 | <0,05 |

Из данных таблицы 28 следует, что отмечается прямая коррелятивная связь распространенности ХГДЗ у ВИЧ-популяции с неблагоприятным социальным статусом ($r^{++}=0,51$; $\chi^2=20,2$), низким образовательным статусом ($r^{++}=0,49$; $\chi^2=19,4$), плохими жилищно-бытовыми условиями ($r^{++}=0,17$; $\chi^2=6,9$), неблагоприятным семейным фактором ($r^{++}=0,28$; $\chi^2=7,2$) и стресс-факторами ($r^{++}=0,12$; $\chi^2=5,5$). При этом отмечалось, что ХГДЗ, как их формирование, так и клиническое течение, у ВИЧ-популяции 20-69 лет в разной степени связаны с указанными факторами риска.

Как видно из таблицы 28, в наибольшей степени прямая коррелятивная связь ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции выявляется с неблагоприятным социальным статусом и статистически незначимо меньшей степени отмечается с низким образовательным статусом. В значительно меньшей степени связь ХГДЗ у ВИЧ-популяции выявляется (в 2,9 раз меньше) с

плохими жилищно-бытовыми условиями и неблагополучным семейным фактором. Еще в наименьшей степени связь формирования и течения ХГДЗ отмечается с стресс-факторами у ВИЧ-позитивного населения.

Следовательно, можно заключить, что социально-экономических факторов можно включить в структуру «главных» факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированного населения.

По этим результатам, безусловно, становится очевидным научный факт, что проблема ранней диагностики и профилактирования ХГДЗ, их тяжелых и довольно многочисленных осложнений среди ВИЧ-позитивного населения требует дальнейшего специального изучения. Высокая заболеваемость ХГДЗ и распространенность их факторов риска обуславливает интеграции эпидемиологических научных разработок и привлечения профилактологов и клиницистов для создания новых медицинских технологий и улучшения эффективности профилактики ХГДЗ не только в ВИЧ-негативной, но и у ВИЧ-позитивной популяции, подвергающихся «агрессию» различных факторов риска, в том числе социально-экономических.

6.4. Сравнительный анализ и оценка степени связи инфекционных наследственных и «главных» факторов риска с хроническими гастродуоденальными заболеваниями у ВИЧ-позитивного населения

Современная превентивная наука убедительно подтверждает, что именно популяционная тактика и стратегия высокого риска обеспечит многоплановую организацию борьбы с «интервенцией» ХГДЗ, поможет в ближайшем будущем приостановить рост неинфекционных «твердых клинических точек» и в конечном счете – приведет к их снижению среди

населения. Исходя из этих предпосылок мы углубились в анализе результатов нашего исследования и изучили сравнительную оценку степени связи инфекционных, наследственных и «главных» факторов риска с хроническими гастродуоденальными заболеваниями у ВИЧ-позитивного населения. Данные в этом отношении представлены в таблице 29

Таблица 29

Сравнительная оценка степени связи инфекционных, наследственных и «главных» факторов риска с ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции»

| № | Социально-экономические факторы риска | χ^2 | Величина r^{++} | P |
|----|---|----------|-------------------|--------|
| 1 | Геликобактерная инфекция | 87,1 | 0,64 | <0,001 |
| 2 | Гипонатриемия | 62,3 | 0,59 | <0,001 |
| 3 | Кислотно-пептический агрессивный фактор | 34,2 | 0,53 | <0,001 |
| 4 | Пониженная масса тела | 20,8 | 0,51 | <0,001 |
| 5 | Гипокалиемия | 48,5 | 0,46 | <0,01 |
| 6 | Гиперхолестеринемия | 7,0 | 0,16 | <0,05 |
| 7 | Гипертриглицеридемия | 6,4 | 0,15 | <0,05 |
| 8 | Гипокальциемия | 5,3 | 0,12 | <0,05 |
| 9 | Наследственный фактор | 5,1 | 0,11 | <0,05 |
| 10 | Избыточная масса тела | 4,6 | 0,10 | <0,05 |

Как видно из представленных данных в таблице 29, выявлены 10 ведущих инфекционных и «главных» факторов риска, которые имеют в наибольшей степени связи с развитием и клиническим течением ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения: геликобактерная инфекция, гипонатриемия, кислотно-пептический агрессивный фактор, пониженная масса тела, гипокалиемия, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипокальциемия, наследственный фактор и избыточная масса тела.

В наибольшей степени прямая коррелятивная связь выявляется с геликобактерной инфекцией ($r^{++}=0,64$; $\chi^2=87,1$), гипонатриемией ($r^{++}=0,59$; $\chi^2=62,3$), кислотно-пептическим агрессивным фактором ($r^{++}=0,53$; $\chi^2=34,2$) и пониженной массой тела ($r^{++}=0,51$; $\chi^2=20,8$). В несколько меньшей степени (в 2,1 раз) связь ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции отмечается с гипокалиемией

($r^{++}=0,46$; $\chi^2-48,5$). В значительно меньшей степени связь ХГДЗ отмечается с такими «главными» факторами риска как гиперхолестеринемия (в 12,4 раза меньше, $r^{++}=0,16$; $\chi^2-7,0$), гипертриглицеридемия (в 13,6 раза меньше, $r^{++}=0,15$; $\chi^2-6,4$), наследственным фактором (в 17,1 раз меньше, $r^{++}=0,11$; $\chi^2-5,1$) и избыточной массой тела (в 18,9 раз меньше выраженный связь, $r^{++}=0,10$; $\chi^2-4,6$).

Следовательно, в организации профилактических и лечебных мероприятий ХГДЗ надо будет учесть эти эпидемиологические закономерности формирования и течения хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированного населения.

ГЛАВА VII. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ

XXI столетие уже ознаменовалось изменением взглядов, эволюцией и большим научно-практическим интересом к эпидемиологическим проблемам ХГДЗ в связи с широким их распространением среди населения. Все больше «генералисты» - клиницисты оглядываются к профилактике и уже возрождаются эпидемиологические рассуждения о том, что только успехи в клинических и фундаментальных исследованиях недостаточны для приостановления нарастающей заболеваемости ХГДЗ и континуума от них, необходимо поиск и разработка новых популяционных методов диагностики и профилактики этих патологий в различных группах населения.

Мы, в ходе работы с специальными научными источниками и данными литературы убедились в том, что эти вопросы разработки профилактических технологий ХГДЗ среди ВИЧ-инфицированной популяции не изучены и не освещены. Безусловно, такие популяционно-профилактические технологии, в отличие от клинических или фундаментальных результатов, крайне важны и имеют прямое научно-практическое значение для повышения качества лечебно-профилактической помощи больным ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией.

Поэтому, мы изучили и рассчитывали относительного риска / вероятности наличия ХГДЗ в связи с разными факторами риска у популяции ВИЧ-инфицированного населения (таблица 30).

Таблица 30

Относительный риск наличия хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированной популяции в связи с изученными факторами риска

| № | Факторы риска | Относительный риск наличия ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции |
|----|---|--|
| 1 | Низкая физическая активность | 64,3 |
| 2 | Геликобактерная инфекция | 60,4 |
| 3 | Злоупотребление крепкого чая и кофе | 59,9 |
| 4 | Злоупотребление острой пищи | 58,2 |
| 5 | Злоупотребление жирной пищи | 57,5 |
| 6 | Гипонатриемия | 55,0 |
| 7 | Низкое потребление овощей и фруктов | 51,7 |
| 8 | Недолжное состояние жевательного аппарата | 50,8 |
| 9 | Гипокалиемия | 42,1 |
| 10 | Кислотно-пептический фактор | 41,6 |
| 11 | Еда всухомятку | 38,4 |
| 12 | Переедание | 37,9 |
| 13 | Пониженная масса тела | 36,6 |
| 14 | Неблагополучный социальный статус | 34,2 |
| 15 | Низкий образовательный статус | 31,8 |
| 16 | Употребление насвая | 28,5 |
| 17 | Употребление алкоголя | 25,9 |
| 18 | Нерегулярное питание | 21,3 |
| 19 | Прием пищи на ночь | 18,8 |
| 20 | Курение | 18,6 |
| 21 | Потребление наркотических средств | 17,4 |
| 22 | Неблагополучный семейный фактор | 14,7 |
| 23 | Плохие жилищно-бытовые условия | 12,3 |
| 24 | Гиперхолестеринемия | 10,9 |
| 25 | Гипертриглицеридемия | 10,7 |
| 26 | Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств | 9,5 |
| 27 | Стресс-факторы | 7,8 |
| 28 | Гипокальциемия | 6,2 |
| 29 | Наследственный фактор | 5,9 |
| 30 | Избыточная масса тела | 4,6 |

Как видно из данных таблицы 30, что риск возникновения ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции в разной степени связаны с 30-ю факторами риска. В наибольшей степени риск развития ХГДЗ отмечается при

наличии 8 факторов риска: низкой физической активности, геликобактерной инфекции, злоупотреблении чая и кофе, злоупотреблении острой пищи, злоупотреблении жирной пищи, гипонатриемии, низком потреблении овощей и фруктов и недолжном состоянии жевательного аппарата.

В несколько меньшей степени риск возникновения ХГДЗ связаны с 13-ю факторами риска: гипокалиемией, кислотно-пептическим фактором, едой всухомятку, перееданием, пониженной массой тела, неблагополучным социальным статусом, низким образовательным статусом, употреблением наса, употреблением алкоголя, нерегулярным питанием, приемом пищи на ночь, курением и потреблением наркотических средств.

Еще в наименьшей степени риск развития ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения связаны с 9-ю факторами риска: неблагополучным семейным фактором, плохими жилищно-бытовыми условиями, гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, злоупотреблением ненаркотических лекарственных средств, стресс-факторами, гипокальциемией, наследственным фактором и избыточной массы тела.

Таким образом, наши данные утверждают, что в наибольшей степени относительная вероятность наличия хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции имеет место при выше отмеченных 8 факторах риска, в 1,5 раза меньше при 13-ти ФР, в 11 раз реже при 8 риск-факторах, кроме избыточной массы тела, при которой относительная вероятность наличия ХГДЗ наименьший.

Полученные результаты и проведенный анализ, во-первых, убедительно и логично показывают безусловную роль популяционной профилактики и ее ведущее значение в улучшении лечебно-диагностических технологий у ВИЧ-инфицированного населения с ХГДЗ; во-вторых, служит информационной базой для создания моделей профилактических программ этих патологий на фоне ВИЧ-инфекции.

Поэтому мы создали и рекомендовали для практического использования популяционный модель профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированного населения (таблица 31).

Таблица 31

Эпидемиологические условия, ассоциирующиеся с риском развития и осложненного течения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции

| № | Объекты для первичной, вторичной и третичной профилактики ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения | Различия между группами по t-критерию |
|---|--|---------------------------------------|
| I. Факторы питания: | | |
| 1 | Злоупотребление острой пищи | P<0,001 |
| 2 | Злоупотребление жирной пищи | P<0,001 |
| 3 | Злоупотребление крепкого чая и кофе | P<0,001 |
| 4 | Низкое потребление овощей и фруктов | P<0,001 |
| 5 | Еда всухомятку | P<0,01 |
| 6 | Переедание | P<0,01 |
| 7 | Нерегулярное питание | P<0,05 |
| 8 | Прием пищи на ночь | P<0,05 |
| 9 | Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств | P<0,05 |
| II. Изменяемые факторы риска: | | |
| 10 | Низкая физическая активность | P<0,001 |
| 11 | Недолжное состояние жевательного аппарата | P<0,001 |
| 12 | Употребление насвая | P<0,01 |
| 13 | Употребление алкоголя | P<0,01 |
| 14 | Курение | P<0,05 |
| 15 | Потребление наркотических веществ | P<0,05 |
| III. Социально-экономические факторы | | |
| 16 | Неблагополучный социальный статус | P<0,001 |
| 17 | Низкий образовательный статус | P<0,001 |
| 18 | Плохие жилищно-бытовые условия | P<0,01 |
| 19 | Неблагополучный семейный фактор | P<0,05 |
| 20 | Стресс-факторы | P<0,05 |
| IV. Основные эпидемиологические факторы: | | |
| 21 | Геликобактерная инфекция | P<0,001 |
| 22 | Гипонатриемия | P<0,001 |
| 23 | Кислотно-пептический агрессивный фактор | P<0,001 |
| 24 | Пониженная масса тела | P<0,001 |
| 25 | Гипокалиемия | P<0,01 |

| | | |
|----|-----------------------|--------|
| 26 | Гиперхолестеринемия | P<0,05 |
| 27 | Гипертриглицеридемия | P<0,05 |
| 28 | Гипокальциемия | P<0,05 |
| 29 | Наследственный фактор | P<0,05 |
| 30 | Избыточная масса тела | P<0,05 |

Как видно данных таблицы 31, у популяции ВИЧ-инфицированных между ХГДЗ и факторами питания (9), изменяемыми факторами риска (6), социально-экономическими факторами (5) и эпидемиологическими факторами (10) выявлены взаимосвязь и взаимовлияние.

В развитии ХГДЗ у ВИЧ-инфицированных вклад алиментарных факторов составляет – 30,0%, изменяемых факторов риска – 20,0%, социально-экономических факторов – 16,7% и основных эпидемиологических факторов – 33,3%.

Эти факторы на фоне ВИЧ-инфекции приводят к скоплению «патогенных эпидемиологических условий» в отношении ХГДЗ, дестабилизируют клинического течения этих заболеваний и повышают риска фатального и нефатального континуума у больных более чем в 4 раза (P<0,001).

Таким образом, в этих 30-ти эпидемиологических объектах считается целесообразным, во-первых, создание программ профилактики и во-вторых, проведение «прицельных» лечебно-реабилитационных мероприятий среди ВИЧ-позитивного населения.

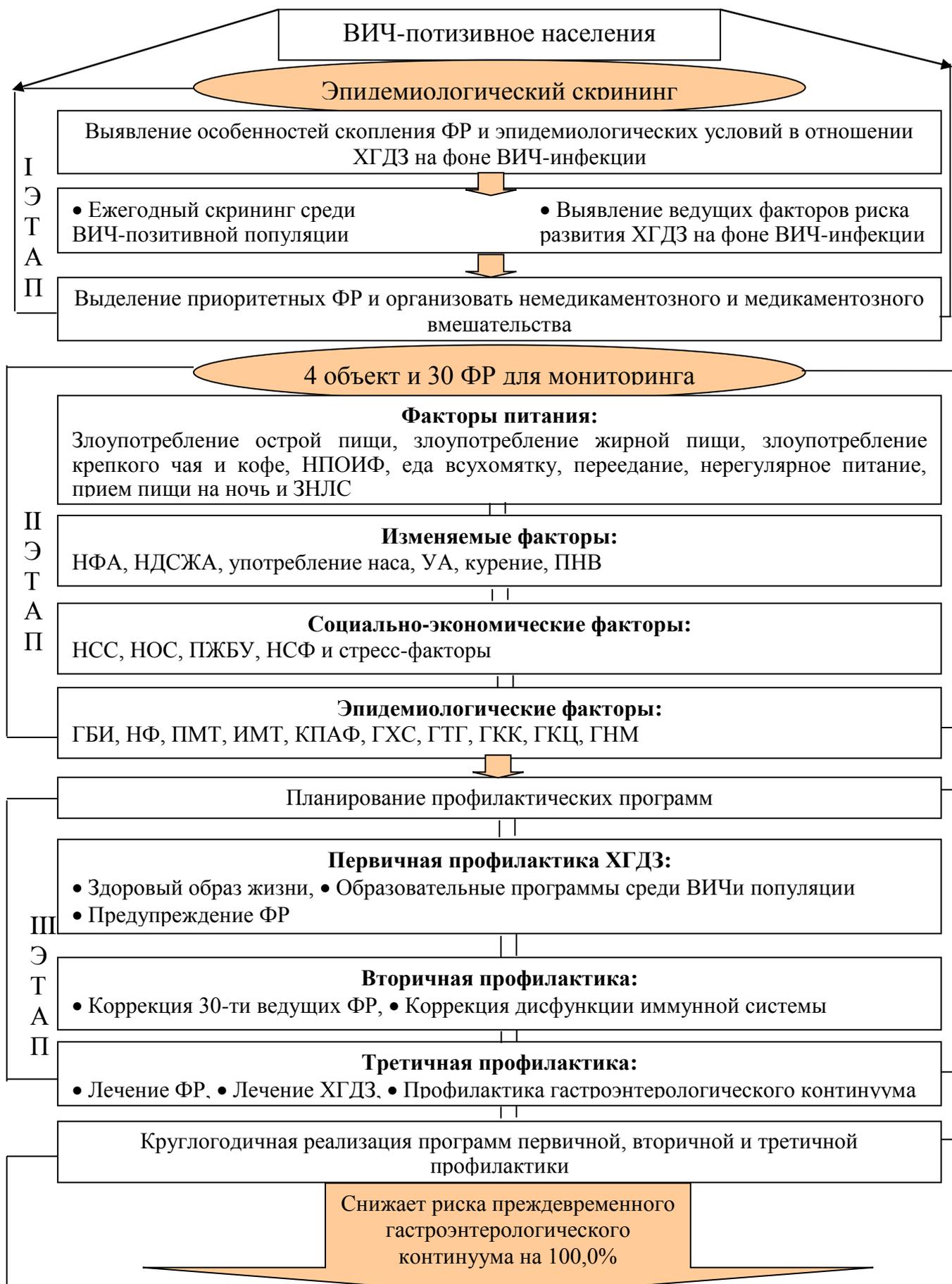


Рис.20. ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХГДЗ У ВИЧ-ПОПУЛЯЦИИ

В противном случае ускоряются эпидемиологические события и ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции манифестируются выраженной клинической катастрофой: → осложненным клиническим течением → инвалидностью → угрожающими для жизни неотложными состояниями (кровотечение, пенетрация, перфорация, малигнизация, Саркома Капоши, хронические профузные диареи, развитие локальной кишечной и системной оппортунистической инфекции) → фатальным исходом.

Поэтому врачи и практическая здравоохранения должной настороженности должны проявлять в этапе формирования выше отмеченных 30-ти факторов риска или в донозологической стадии ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения. Лишь тогда, когда будут учтены эти эпидемиологические тенденции и зависимость между периодом роста эпидемиологических условий и гастроэнтерологическим континуумом – первичная, вторичная и третичная активная профилактика ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции не теряет своего смысла со своими значительными медицинскими, социальными и экономическими эффектами.

Это означает, что требуется новые технологии профилактики для прерывания «патологического эпидемиологического процесса» - ускоренного формирования ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции еще в донозологической стадии этих заболеваний. С учетом результатов нашего исследования мы, разработали программу профилактики ХГДЗ среди ВИЧ-позитивного населения и предложили ее для практического здравоохранения (рис.20).

Как видно из иллюстрированного материала на рисунке 20, технология профилактики ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции основывается на результаты периодического эпидемиологического мониторинга ХГДЗ и 30-ю факторов риска их развития. Поэтапная реализация данной программы потенциально способна профилактировать в 100,0% случаев преждевременного гастроэнтерологического континуума от ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время стало очевидным, что только целенаправленная концентрация превентивного научного и технологического потенциала способна дать ощутимые результаты для практического здравоохранения. Примером такого опыта работы может служить ликвидация натуральной оспы в масштабах планеты или снижение смертности от некоторых хронических неинфекционных заболеваний во многих развитых странах мира.

Вместе с тем реорганизация здравоохранения в сторону развития профилактики, являющаяся одним из основных направлений реформы, практически мало коснулась к неинфекционным заболеваниям. В результате многие региональные центры профилактики или кабинеты институтов здоровья существуют лишь номинально, укомплектованы совместителями, чаще всего организаторами здравоохранения и работают не опираясь на базу специальных эпидемиологических данных или продолжают жить преимущественно с клиническими взглядами на проблему раннего выявления, диагностики, профилактики и лечения ХНИЗ, в том числе ХГДЗ.

Современное состояние профилактической службы не позволяет ей своевременно и адекватно решать актуальные задачи медицинского, социального и профилактического характера в отношении ХГДЗ среди населения. Между тем, в частности, эпидемия неинфекционных заболеваний, ХГДЗ в том числе, вызвал необходимость уделять особое внимание к эпидемиологическим исследованиям, первичной, вторичной и третичной профилактике этих заболеваний. Если ранее основными задачами врача-гастроэнтеролога были лишь диагностика и лечение ХГДЗ, то в настоящее время, в условиях преобладающей хронической гастродуоденальной патологии, все большее значение приобретают обучение населения, больного и медицинского работника к профилактике и выявлению заболеваний еще в донозологической стадии.

Уже доказано, что ведущими причинами возникновения новых неинфекционных патологий, роста заболеваемости и смертности, изменения характера течения известных ХГДЗ являются влияние экзогенных и эндогенных факторов риска, изменение образа жизни современной популяции и «новые» инфекции, в частности ВИЧ/СПИД.

Возникла проблема и, лекарственной терапией. Развитие лекарственной терапии привело к значительному изменению взглядов на ХНИЗ в целом и ХГДЗ в частности, и, формирует новую тактику лечения и профилактики этих болезней. Рекомендации применять одновременную три-пять препаратов для лечения свидетельствуют в определенной степени о беспомощности современной фармакотерапии. Поскольку такая терапия носят лишь симптоматический и временный характер, способствуют появлению опасных для жизни лекарственных осложнений. К примеру, согласно данным, полученным на основе популяционных исследований, длительное применение статинов и поддержание уровня холестерина крови в пределах 4-4,5 ммоль/л у здоровых лиц обуславливают угнетение показателей клеточного иммунитета, ассоциируются с повышенной онкологической заболеваемостью и риском смерти от «неатеросклеротических» заболеваний.

Решения указанных проблем возможно лишь при разработке медицинской профилактики, основанной на современных достижениях превентивной науки, и ее реализации с учетом результатов эпидемиологических исследований.

Проблема ВИЧ/СПИДа также напрямую связана с недостаточностью проводимых профилактических мероприятий среди населения и данные литературы подтверждают, что наиболее эффективный и безопасный способ борьбы с ВИЧ-эпидемией – профилактика.

Такое состояние проблемы ХГДЗ в мире и определило актуальность темы нашего исследования. Впервые нами изучено и определено

эпидемиологические аспекты развития и клинического течения ХГДЗ у популяции ВИЧ-инфицированных лиц, что способствовала к разработке рекомендаций по эффективной профилактике этих патологий на фоне ВИЧ-инфекции.

Работа выполнена в соответствии с Республиканской научной программой и была сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц г.Андижана в возрасте 20-69 лет. Обследовано 507 человек, из них 244 (48,1%) мужчин и 263 (51,9%) женщин. В возрасте 20-29 лет были 197 (38,9%) ВИЧи, 30-39 лет – 235 (46,4%), 40-49 лет – 65 (12,8%), 50-59 лет – 8 (4,6%) и 60-69 лет – 2 (0,4%).

Обследование, включающее эпидемиологические, клинические и специальные методы выявления ВИЧ-инфекции, проводилось в скрининговом центре. ВИЧ-инфекция диагностировалась соответственно классификации ВОЗ (2006) с использованием специфических и неспецифических методов. При обработке результатов исследований использовался многомерный статистический и ранговый корреляционный анализ.

По современным литературным данным можно узнать, что тенденции распространения ХГДЗ во многих популяциях неоднозначны. Эпидемиологические показатели ХГДЗ смягчаются в основном проведением профилактических мер против их факторов риска. В связи с этим, в различных странах и популяциях осуществляются эпидемиологические исследования. Необходимость эта объясняется тем, что в разных популяциях распространенность ХГДЗ выявляется по разному и может меняться с течением времени. Поэтому для нас безусловный интерес представляло изучение распространенности ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.

Результаты нашего исследования в этом отношении показали, что распространенность ХГДЗ среди ВИЧи популяции наблюдаются с частотой 59,6%. Наши результаты отличаются от полученных результатов другими

исследователями: хронические гастриты выявлены у 6,1% обследованных, хронические дуодениты – у 9,8%, хронические гастродуодениты в целом – у 16,1%, ЯБЖ – у 19,5% и ЯБДПК – у 24,3%; язвенная болезнь в целом – у 43,8%.

По данным других исследователей распространенность ЯБ среди ВИЧ-негативного населения отмечаются в уровнях 1,0% (потребители наркотиков) и не более 9,3% (у юношей). Как видно из наших данных, явный лидер в структуре ХГДЗ у обоих полов, как и ожидалось, принадлежит ЯБ, среди других, наиболее важными эпидемиологическими показателями являются ХрПД, ХрПГ и ХрЭД. Самым низким уровнем была распространенность ХрЭГ.

Был проведен анализ частоты выявляемости факторов риска развития ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения для оценки распространенности факторов риска. При этом различные нарушения в характере питания отмечались следующим образом: НРП – у 53,5%, ПеРЕ – у 49,7%, ЕСМ – у 53,5%, ППН – у 45,2%, ЗОП – у 89,3%, ЗЖП – у 94,5%, ЗЧК – у 96,6%, ЗНЛС – у 26,0% и НПОИФ – у 71,8%. Таким образом, обращает внимание высокая частота выявляемости таких элементарных факторов риска как ЗОП, ЗЖП, ЗЧК, НПОИФ и ЕСМ, которые по сравнению с другими пищевыми привычками наблюдались с увеличением более чем в 3,7 раз ($P < 0,001$). Сравнительно высокие показатели этих ФР отмечаются у ВИЧ-инфицированной популяции в возрасте 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 и 50-59 лет.

Для сравнения в литературе такие результаты в отношении эпидемиологических характеристик ХГДЗ у ВИЧ-позитивного населения – отсутствуют.

Как известно, курение является приоритетным фактором риска ХГДЗ в современной популяции и в связи с этим изучение данного фактора в эпидемиологических исследованиях является важным научным направлением. Кроме того, исследователями указывается зависимость

высокого риска развития ХГДЗ и их факторов риска от потребления наркотических веществ и наса. Однако, все эти результаты исследователями получены у ВИЧ-негативного населения. Подобные данные среди ВИЧ-позитивного населения – в доступной литературе нет.

Поэтому мы изучили распространенности потребления наркотических веществ, наса и курения у ВИЧ-инфицированной популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска среди ВИЧ-позитивного населения.

Распространенность ПНВ, Употребление насвая и курение среди общей ВИЧ-популяции 20-69 лет составили – 29,2%, 40,9% и 30,6% - соответственно. Сравнительно большей частотой, по сравнению ПНВ, выявлялись эпидемиологические показатели потребления наса и курения.

Наблюдаются статистически значимые различия в частоте этих ФР у мужчин и женщин: частота распространенности ПНВ составили у женщин и мужчин, ВИЧ-инфицированных, соответственно – по 3,0 и 57,5% ($P < 0,001$), потребление наса – по 0,0% и 84,0% ($P < 0,001$) и курение – по 3,4% и 59,8% ($P < 0,001$).

Выявлены возрастные особенности в уровнях отмеченных ФР: распространенность ПНВ было больше у ВИЧ-популяции 40-49 лет (47,7%), 30-39 лет (35,7%) и 50-59 лет.

Следовательно, можно будет заключить, что систематический и постоянный мониторинг распространенности ПАВ, потребления наса и курения среди ВИЧ-популяции, безусловно, существенно повышает информированность населения, работников ЛПУ и организаторов практического здравоохранения с последующим медицинским, экономическим и социальным эффектом проводимых профилактических мероприятий.

В последние годы в структуру факторов риска ХГДЗ включены такие факторы как употребление алкоголя, низкая физическая активность и недолжное состояние жевательного аппарата.

В связи с этим нами были изучены и оценены эпидемиологические аспекты формирования этих факторов у ВИЧ-инфицированной популяции.

По результатам нашего анализа, употребление алкоголя отмечено у 31,7% обследованных. Данный фактор с частотой 62,7% выявлялся у ВИЧ-мужчин и в 23,2 раза реже – у женщин (2,7%). Распространенность НФА и НДСЖА составили: среди общей популяции – по 88,5% и 64,9% ($P < 0,05$), в группе ВИЧ-женщин – по 85,6% и 46,7% ($P < 0,05$) и у ВИЧ-мужчин – по 91,8% и 84,4% ($P > 0,05$). Подобные данные в литературе исследователями не приводятся.

Данные литературы последних лет свидетельствуют, что распространенность социально-экономических факторов риска среди населения не проявляет тенденции к снижению и они включены в список основных факторов риска, осуществляющие вклад «в потерянные годы жизни с учетом инвалидности».

Поэтому нам представлялся интересным эпидемиологический анализ распространенности социально-экономических факторов риска в изученной нами ВИЧ-популяции. При таком анализе нашего материала нами выявлено, что распространенность этих факторов риска среди ВИЧ-популяции высокая и составляет: НОС – 57,0%, НСС – 88,6%, СФ – 41,6% и ПЖБУ – 53,6%. Они у мужчин выявляются сравнительно высокой частотой, чем у женщин и кроме того, статистически значимо увеличиваются у ВИЧ-лиц в зависимости от возраста.

Полученные результаты в отмеченном направлении позволили нам выдвинуть эпидемиологическую версию о том, что выявленные популяционные данные способствуют к формированию «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов

риска ХГДЗ у ВИЧ-положительного населения. Безусловно, такие меры должны быть адекватны по масштабу и эффективности.

Далее, у ВИЧ-инфицированной популяции проводилось изучение инфекционных и наследственных факторов, а также изменений массы тела как в сторону понижения, так и в сторону повышения.

Исследователями эти факторы риска приводятся в качестве самостоятельных факторов, способствующих формированию и утяжелению течения ХГДЗ. Однако, во всех этих работах объектами исследований являлись ВИЧ-негативные группы населения. ВИЧ-положительные населения как то остались до сих пор вне поля зрения современных исследователей и среди них указанные факторы специально не изучались.

Нами определено и оценено эпидемиологические особенности формирования указанных риск-факторов у ВИЧ-инфицированного населения. В частности, подтверждено, что у ВИЧ-инфицированной популяции 20-69 лет сравнительно чаще наблюдается геликобактерная инфекция (94,3%) и пониженная масса тела (83,0%). Существенно выявляются НФ (13,8%) и ИМТ (4,1%).

Эти факторы у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин составили соответственно: ГБИ – по 92,4% и 96,3% ($P > 0,05$), НФ – по 12,5% и 15,7% ($P > 0,05$), ПМТ – по 72,6% и 94,3% ($P < 0,05$) и ИМТ – по 3,4% и 4,9% ($P > 0,05$).

В целом, по нашим данным, в ВИЧ-инфицированной популяции бросаются в глаза специфический путь формирования эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ГБИ, НФ, ПМТ и ИМТ. Безусловно, эти закономерности должны быть отражены в современных лечебно-профилактических программах ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции.

Нами также было проведено изучение распространенности «главных» ФР у популяции ВИЧ-инфицированного населения. Хотя они не упомянуты среди ВИЧ-положительного населения, исследователи в группе популяции ВИЧ-

негативного населения «главными» ФР считались и считаются такие известные факторы как КПАФ, ДЛП и МТОЗы.

Из наших данных очевидно, что у ВИЧ-положительного населения существенно высокой распространенностью наблюдаются ГНМ (89,2%), КПАФ (86,4%) и ГК (72,2%). С частотой 33,1% и 30,2% отмечаются липидные факторы риска – ГХС и ГТГ ($P>0,05$).

В целом, результаты исследования достоверно подтверждают, что в формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических факторов (54,9%), некоторых биохимических и кислотнопептических факторов (45,1%), факторов питания (62,1%) и социальных факторов (37,9%). Следует подчеркнуть, что отмеченные показатели ФР резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населениях.

Далее, нами было выявлено, что практически в 100,0% случаев ХГДЗ ассоциируются с теми или иными категориями ВИЧ-инфекции: в 19,6% случаев с клинической категорией А, в 43,2% случаев с клинической категорией В и 22,6% случаев с категорией С. Для большинства проявлений ВИЧ-инфекции у больных ХГДЗ были характерными прогрессирующее снижение массы тела, затяжная лихорадка, диарея, изменение кожи и слизистых оболочек и сопутствующие / конкурирующие нозологии.

Отмечено, что большинство проявлений ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспепсические симптомы (в 57,8% случаев). В дальнейшем в клинической картине ХГДЗ начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний.

У ВИЧ-положительных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8% случаев), толстый кишечник (18,9%), кожные покровы (32,9%) и органы дыхания с туберкулезом (18,6%).

Обращает на себя внимание и тот факт, что ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции в 53,6% случаев характеризуются с типичным клиническим течением и в 46,7% случаев определяется атипичное течение этих патологий.

Нр ассоциированные ХГДЗ у ВИЧи популяции проявляются с Нр ассоциированной эрозиями желудка и 12-перстной кишки (39,3%), Нр ассоциированными дуоденитами (20,5%), Нр ассоциированными хроническими гастритами (5,6%), Нр ассоциированными ХГД (36,1%) и Нр ассоциированной ЯБЖ (28,9%).

По нашим данным, ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции характеризуются неуклонно прогрессирующим и в подавляющем большинстве случаев атипичным клиническим течением. Причинами ускорения «конечных эпидемиологических точек» у больных бывают нарастание виремии с одновременным снижением количества CD4⁺-Т-лимфоцитов, с дисфункцией иммунной системы и ассоциированные патологические состояния или оппортунистические инфекции. Следовательно, продолжительность жизни пациентов во многом определяет их приверженность к ранним профилактическим программам и лечению в отношении ХГДЗ и ВИЧ-инфекции.

Исследователями приводятся коренным образом отличающиеся наших данных результаты среди ВИЧ-негативного населения. Результаты нашего сравнительного анализа и оценки влияний факторов риска на риск возникновения ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции показали, что риск возникновения ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции в разной степени связаны с 30-ю факторами риска. В наибольшей степени риск развития ХГДЗ отмечается при наличии НФА, ГБИ, злоупотреблении чая и кофе, злоупотреблении острой и жирной пищи, гипонатриемии, низком потреблении овощей и фруктов и недолжном состоянии жевательного аппарата.

В несколько меньшей степени риск возникновения ХГДЗ связаны с гипокалиемией, кислотно-пептическим агрессивным фактором, едой всухомятку, перееданием, пониженной массой тела, неблагополучным социальным статусом, низким образовательным статусом, употреблением наркотиков, употреблением алкоголя, нерегулярным питанием, приемом пищи на ночь, курением и потреблением наркотических средств.

В наименьшей степени риск развития ХГДЗ у ВИЧ-положительного населения связаны с неблагополучным семейным фактором, плохими жилищно-бытовыми условиями, гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, злоупотреблением ненаркотических лекарственных средств, стресс-факторами, гипокальциемией, наследственным фактором и избыточной массой тела.

Отмеченные факторы на фоне ВИЧ-инфекции приводят к скоплению «патогенных эпидемиологических условий» в отношении ХГДЗ, дестабилизируют клиническое течение этих заболеваний и повышают риска фатального и нефатального континуума у больных более чем в 4 раза ($P < 0,001$). На основании результатов исследования нами разработано и предложено в практику совершенная технология профилактики ХГДЗ среди ВИЧ-положительного населения. По нашим расчетам и прогнозам, поэтапная реализация данной программы потенциально способна профилактировать в 100,0% случаев преждевременного гастроэнтерологического континуума от ХГДЗ у ВИЧ-положительного населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева У. (2022). Возможности профилактики атрофической трансформации слизистой оболочки желудка в бухарской области. Журнал вестник врача, 1(3), 7–11.
https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/1996
2. Абдуллаев Р., А. Дусанов. «Морфологические изменения слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом курящих табак „нас“». Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований, т. 1, вып. 2, март 2022 г., сс. 5-10, doi:10.26739.2181-1008-2020-2-1.
3. Абдуллаев Р., Комисарова О. Герасимов Л. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных: распространенность, клинические проявления, эффективность лечения // Врач. – 2018; 29 (11): 11–16.
4. Абдуллаев Р.Б., Якубова А.Б. Встречаемость заболеваемости пищеварительной системы у женщин репродуктивного возраста, проживающих в Хорезмском вилояте. Журнал Гепатогastroэнтерологических исследований №1, 2020 Год С.9-11.
5. Азнаурян С.А., Коновалов О.Е. Состояние здоровья населения европейских стран и политика "Здоровье-2020". Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник материалов к 23-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Рязань, 29 - 30 ноября 2019 г. Вып. 23, С.93-96.
6. Александров А.А., Котова М.Б., Иванова И.И., Розанов В.Б. Частота курения у мужчин 41-43 лет и ее связь с некоторыми факторами риска. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2019;15(3):294-304.
7. Алферова М.Е., Данчина К.А., Кондрашова Е.А., Пашина И.В. Изучение некоторых факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди студентов // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 1. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29572>.

8. Амлаев К. Р. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с.
9. Амлаев К. Р. Табакокурение: эпидемиология, клиника, лечение, профилактика и нормативное регулирование. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13(2):426-430
10. Амлаев К.Р. ВИЧ/СПИД: взгляд на проблему // Врач. – 2021. – Т. 32, № 2. – С. 37–41
11. Амлаев, К. Р. Формирование грамотности в вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов /К.Р. Амлаев, С. М. Койчуева, З.Д Махов, А. А. Койчуев // Профилактическая медицина.- №2. – 2013. - С.18-22
12. Андреев Д.Н., Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Резистентность *Helicobacter pylori* в Российской Федерации: метаанализ исследований за последние 10 лет. Терапевтический архив. 2020; 92(11): 24 - 30
13. Арсланова К.Ш., Ахмадов О.О. Эпидемиологические аспекты ВИЧ-инфекции в Узбекистане. Аналитический обзор законодательства Республики Узбекистан о правах человека в контексте ВИЧ/СПИДа. – Ташкент. Национальный центр Республики Узбекистан по правам человека. 2019. 40 с.
14. Атабеков Н.С., Умиров С.Э. Ситуация и предстоящие задачи по предоставлению антиретровирусной терапии в Узбекистане. // Сборник научных трудов научно-практической конференции с участием международных специалистов. «Современные методы диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции» С. 19-25.
15. Ашуров Х.С., Абдурахимова З., Мусабекова М.Ш., Мусабаев А.Н., Конов С. Барьеры препятствующие приверженности АРТ // Сборник научных трудов научно-практической конференции с участием международных специалистов. «Современные методы диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции» С. 32-36
16. Барановский А.Ю., Беляев А.М., Кондрашина Э.А. Показатели заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в СЗФО

России и меры, принимаемые по их снижению. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(1):36-46.
<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-1-36-46>

17. Белозеров Е. С., Беляева Т. В., Волжанин В. М., СпецЛит. Вирусные болезни человека. – 2015. С. 400

18. Белоусова Е.А. Избранные вопросы гастроэнтерологии //Ремедиум. – 2019. – С. 376

19. Бельмер С.В. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori*: в поисках консенсуса для педиатров Лечащий врач; 2020 г.; N 3: 58 – 62

20. Беляков, Н.А. Коморбидные состояния при ВИЧ инфекции. Часть 1. Основы проблемы / Н.А. Беляков, В.В. Рассохин // СПб: Балтийский медицинский образовательный центр. – 2018. – С.184, илл.

21. Беляков, Н.А. Коморбидные состояния при ВИЧ инфекции. Часть II. Вторичные и сопутствующие инфекции / Н.А. Беляков, В.В. Рассохин // СПб: Балтийский медицинский образовательный центр. – 2019. – С. 252, илл.

22. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Розенталь В.В., Огурцова С.В., Степанова Е.В., Мельникова Т.Н., Курганова Т.Ю., Азовцева О.В., Симакина О.Е., Тотолян А.А. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Место мониторинга, научных и дозорных наблюдений, моделирования и прогнозирования обстановки. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019;11(2):7-26.

23. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Степанова Е.В., Леонова О.Н., Боева Е.В. ВИЧ-инфекция, вторичные и коморбидные заболевания. Часть 1: Эпидемиология и основа проблемы // Медицинский академический журнал. - 2018. - Т. 18. - №4. - С. 7-16. doi: 10.17816/MAJ1847-16

24. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Трофимова Т.Н., Степанова Е.В., Пантелеев А.М., Леонова О.Н., Бузунова С.А., Коновалова Н.В., Миличкина А.М., Тотолян А.А. Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции в

России. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016;8(3):9-25.

<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2016-8-3-9-25>

25. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2017.

26. Борисова, Т.С. Валеология : учеб. пособие для студентов учреждений высшего образования / Т.С. Борисова, М.М. Солтан, Ж.П. Лабодаева [и др.] – Минск : Вышэйшая школа, 2018. – 305 с.

27. Бруснева В.В., Бруснев Л.А., Горбунова В.В. Проблемы совершенствования профилактики наркомании в молодежной среде // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27668>.

28. Бусыгина М.С., Вахрушев Я.М. Характеристика течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей дуоденальной недостаточностью. Терапевтический архив. 2017;89(12):76-80.

29. ВИЧ-инфекция у взрослых. // клинические рекомендации: 2020. – с. 87

30. ВИЧ-инфекция: этиология, пути передачи, выявление. 21 мая, 2018 hosp 3.

31. ВИЧ Проблемы вируса иммунодефицита человека в современной науке: обзор исследований. Кокорева Е. Б. Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2021. №6. с. 7-13

32. Внутривенное введение наркотиков. Gerald F. O'Malley , DO, Grand Strand Regional Medical Center; Rika O'Malley, MD, Grand Strand Medical Center. Медицинский обзор май 2020.

33. Вознесенский С.Л., Кожевникова Г.М., Ермак Т.Н., Самотолкина Е.С., Климкова П.В., Абрамова Е.В. Иммунологические и вирусологические

особенности сочетанных вторичных заболеваний у больных с иммунодефицитом, обусловленным ВИЧ. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2022;14(3):51-58.

34. В опасности: Глобальный доклад ЮНЭЙДС по СПИДу 2022. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2022 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

35. Воронин Е.Е. Об итогах службы по профилактике и борьбе со СПИДОМ в Российской Федерации / Воронин Е.Е., Латышева И.Б. // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 5–6

36. Гареев Р.Ф., Нурматов В.Х. Особенности развития ВИЧ/СПИД в Ташкенте. // Сборник научных трудов научно-практической конференции с участием международных специалистов. «Современные методы диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции» С.36-39

37. Гарифулина Л., и Д. Тураева. «Факторы риска развития язвенной болезни у детей, клиническое течение и терапия». Журнал гепатогастроэнтерологических исследований, т. 1, вып. 1, март 2022 г., сс. 20-22, doi:10.26739.2181-1008-2020-1-5.

38. Гиясова, Г.М. Медико-социальные вопросы ВИЧ-инфекции у женщин в Узбекистане /Г.М. Гиясова// ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2012. - Т. 4, № 4. - С.104.

39. Глазунов И.С., Оганов Р.Г., Перова Н.В. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении. – М. - №2. – С.40-61

40. Горный Б. Э., Рыжов А. П., Строгалов А. С., Журавлев А. Д., Хусаенов А. А., Шергин И. А., Фещенко Д. А., Абдуллаев А. М., Концевая А. В., “Оценка риска неблагоприятного клинического исхода методами углубленного анализа данных”, Интеллектуальные системы. Теория и приложения, 25:2 (2021), С. - 23–45

41. Гофман А.Г., Кожинова Т.А., Носатовский И.А. Проблемы наркологии в работах ученых московского научно-исследовательского

института психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. - т. - 30 № 1. С. – 51-58

42. Григорьев К. И., Запруднов А. М., Харитонов Л. А. Язвенная болезнь — историческая динамика взглядов на этиопатогенез и лечение с позиции педиатров. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;161(1): С. – 155–165

43. Дехнич Н.Н., Тряпышко А.А., Трушин И.В., и др. Нифурател в эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых: результаты рандомизированного сравнительного, клинического исследования. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2020; том 22, N 2, 119 – 127

44. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. Бойцова С.А. и Чучалина А.Г. М. 2016.

45. Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕАСВ). «Республика Казахстан: Оценка устойчивости ответа на ВИЧ среди ключевых групп населения в контексте перехода от поддержки Глобального фонда на государственное финансирование».- 2021.

46. Жуков Б. Есть ли случаи выздоровления от СПИДа? / Б. Жуков, А. Сергеев // Вокруг света. – 2020. – № 5. – С. 84.

47. Загдын З.М., Иванов А.С., Шикина И.Б., Голубев Н.А. Васильева Т.П. Анализ заболеваемости и клинических показателей по ВИЧ-инфекции в регионах Российской Арктики // Российская Арктика. 2022. № 18. С. 05 - 20.

48. Загдын З.М., Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2019 г., № 3 Scientific journal «Current problems of health care and medical statistics» 2019 г., № 3 ISSN 2312-2935 122. DOI 10.24411/2312-2935-2019-10057 Система учета случаев ВИЧ-инфекции в российской федерации

49. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Развитие стратегий профилактики неинфекционных заболеваний. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019; 1 (35): 43–49.
50. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Реализация Европейской политики ВОЗ в области сохранения и укрепления здоровья граждан в Российской Федерации. В сборнике научных трудов по итогам IV Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы и достижения в медицине». Самара. 2017; 47–52.
51. Закирова Б., Шавази Н., Рустамов М., Муродова Х. и Азимова К. Влияние сезона года на заболеваемость гастродуоденальной системы у детей в условиях Зарафшанской долины Узбекистана. Журнал гепатогастроэнтерологических исследований (2022) 2 (3), 119–122. <https://inlibrary.uz/index.php/hepato-gastroenterological/article/view/2503>
52. Заявление Минздрава России относительно серии публикаций о ситуации с ВИЧ. Материал опубликован 08 декабря 2022 в 08:00. Обновлён 08 декабря 2022 в 10:40.
53. Зволинская Е.Ю., Климович В.Ю. Распространенность и различные аспекты профилактики вредных привычек среди учащейся молодежи. Профилактическая медицина. 2018;21(6):54-62. <https://doi.org/10.17116/profmed20182106154>
54. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2019. – 170 с
55. Зонтаг С. СПИД как метафора // Логос. – 2021. – Т. 31, № 1. – С. 35–52.
56. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К., Бурков С.Г., Деринов А.А., Ефетов С.К., Лапина Т.Л., Павлов П.В., Пирогов С.С., Ткачев А.А., Трухманов А.С., Федоров Е.Д., Шептулин А.А. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического

общества). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(1):49–70. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70>.

57. Каримов М. М., Собирова Г. Н., Исмаилова Ж. А, Далимова Д. А., Рустамова С. Т. Распределение генотипов *Helicobacter pylori* в Узбекистане «Вестник клуба панкреатологов» август 2017, С-68-70.

58. Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З. и другие. Распространенность и молекулярно-генетические характеристики *Helicobacter pylori* в Узбекистане // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. №. 28. С. 48–51.

59. Каримов М. М. Заболевания органов пищеварения [Текст]: руководство для врачей / М. М. Каримов, З. З. Саатов, Г. Н. Собирова. - Ташкент: Vaktria press, 2016. - 400 с.

60. Каусова Г.К., Булешов М.А., Утеулиев Е.С., and Жақсылық А.А.. “Анализ заболеваемости органов пищеварения среди населения в Казахстане” Вестник Казахского Национального медицинского университета, no. 4, 2017, pp. 300-302.

61. Клинические рекомендации "Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки" (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.)

62. Костюкевич О.И., Карнута Г.Г. Симптоматические (вторичные) гастродуоденальные язвы в клинической практике // РМЖ. 2016. № 17. С. 1153–1157. Оригинальная статья опубликована на сайте РМЖ (Русский медицинский журнал): http://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Simptomaticheskie_vtorichnye_gastr_oduodenalynye_yazvy_v_klinicheskoy_praktike/#ixzz7siPsb2K6

63. Лайковская Е.Э. Анализ информированности студентов медицинского университета о ВИЧ–инфекции / Е.Э. Лайковская, О.Г.

Прохорова, Е.М. Абрамовская [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 55–60.

64. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 848 с.

65. Лопатина М.В. Драпкина О.М. Грамотность в вопросах здоровья выходит на передовые позиции повестки дня в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний. Профилактическая медицина. 2018; 21(3): 31–37.

66. Магадеев Х.Д. Применение информационных систем при ведении электронной медицинской документации пациентов с ВИЧ-инфекцией в Челябинской области // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 98–100.

67. Маев И.В., Андреев Д.Н. Молекулярно генетические предикторы резистентности к антихеликобактерной терапии. Терапевтический архив, 2017, 89(8): 5-12.

68. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Болезни желудка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

69. Маматкулова Д., Тураева Н., Рустамова Г. «Современные взгляды в развитии язвенной болезни желудка и 12 кишки». Журнал гепатогастроэнтерологических исследований, т. 1, вып. 3 март 2022 г., сс. 32-35, doi:10.26739.2181-1008-2020-3-8.

70. Матризаев Т.Ж. "Течение язвенной болезни в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья" International scientific review, no. 7 (17), 2016, pp. 103-104.

71. Медведева Е. К. ВИЧ-инфицированным стали относиться толерантнее: [участники круглого стола в администрации Полевского городского округа обсудили работу структур, задействованных в мероприятиях по ограничению распространения ВИЧ-инфекции. Статистика

заболеваемости за 10 месяцев 2020 года] // Рабочая правда. – Полевской, 2020. – 2 дек. (№ 48). – С. 4

72. Мельникова Е. Н. Анализ особенностей развития эпидемической ситуации по ВИЧ–инфекции в Тюменской области / Е. Н. Мельникова, А. Н. Марченко, С. Е. Кондратова, В. В. Романов // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 101–104.

73. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Львова Н.В., и др. Хронический гастрит: современное состояние проблемы // Терапевтический архив. - 2020. - Т. 92. - №8. - С. 18-23. doi: 10.26442/00403660.2020.08.000693

74. Мириджанян Г.М., Полунина Наталья Валентиновна Динамика распространенности болезней органов пищеварения среди населения Республики Армения // Российский медицинский журнал. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-rasprostranennosti-bolezney-organov-pischevareniya-sredi-naseleniya-respubliki-armeniya>.

75. Михель Д. Данные, принципы и стратегии: как работают глобальные механизмы контроля эпидемии ВИЧ // Логос. – 2021. – Т. 31, № 1. – С. 143–176.

76. Национальный отчет о выполнении Декларации по приверженности делу борьбы со СПИДом Республики Узбекистан, 2015. с. 268.

77. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии // Вопросы наркологии. 2018. № 7. С. 46–71.

78. Нешумаев Д.А., Малышева М.А., Скударнов С.Е., Шестерня П.А., Пожиленкова Е.А., Стасенко В.Л. Опыт использования филогенетического анализа при расследовании случаев ВИЧ-инфицирования. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2022;14(3):43-50

79. Нурполатова, С., Турымбетова, Р., Жайбергенова Ж. (2015). Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни у пациентов разных возрастных групп. Журнал вестник врача, 1(3), 97. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4079

80. Олейник А.Ф., Фазылов В.Х. Значение коморбидности при ВИЧ-инфекции // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017. №1 (18). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-komorbidnosti-pri-vich-infektsii>.
81. Особенности ВИЧ-инфекции у взрослых. Афтаева Л. Н., Мельников В. Л., Вотолкина С. В., Судапина А. Р., Никольская М. В. Сибирский научный медицинский журнал. 2020. №4. с. 86-90
82. Остроумова О.Д., Извеков А.А., Воеводина Н.Ю. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний: распространенность, влияние на прогноз, возможные стратегии прекращения курения и их эффективность. Часть 1. Распространенность курения и влияние на прогноз. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(6):871-879. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-6-871-879>
83. Пакирдинов А.С."Клиническо - эпидемиологические особенности гастродуоденальных язв в популяции долгожителей и инновационный подход к их профилактике" Re-health journal, no. 3-2 (7), 2020, С. 146-152.
84. Пасечник О.А., Стасенко В.Л., Пиценко Н.Д., Блох А.И. Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Сибирском регионе // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25907>.
85. Подымова А.С. Результативность системных мер по противодействию распространению ВИЧ–инфекции в Свердловской области / А.С. Подымова, О.Г. Прохорова, Н.В. Ножкина // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 13–18.
86. Покровская А.В., Покровский В.В., Акимкин В.Г. Возможности использования каскадной модели медицинской помощи людям живущим с ВИЧ // Тер. архив. – 2020. - №11. – С.71-75

87. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / под ред. В. В. Покровского. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с
88. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №43. – М: 2018, - 55с.
89. Покровский В.В., ред. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020: 696.
90. Поливанова Т.В., Каспаров Э.В., Вшивков В.А., Перетяцько О.В., Ахметшин Т.Н. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, гастродуоденальных эрозий и язв и их ассоциация у школьников Сибири с семейной предрасположенностью к язвенной болезни. Сибирский научный медицинский журнал. 2020;40(5):113-121.
<https://doi.org/10.15372/SSMJ20200514>
91. Приказ Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан «О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции» от 30 апреля 2018 г.
92. Профилактика наркомании в раннем возрасте. Часть 2. Программа работы по профилактике злоупотребления ПАВ и формированию здорового образа жизни с семьями детей предполагаемой «группы риска»: Методические рекомендации / Сост.: О.В. Фомина, Е.Г. Кузьминых. – Рязань: Пресса, 2012. – 96 с.
93. Пэун Н.М. Профилактика ВИЧ–инфекции // Нарконет. – 2020. – № 6. – С. 20–24.
94. Рассохин, В.В., Эпидемиология, клиника и современные стратегии. Тяжелые и коморбидные формы ВИЧ-инфекции / В.В. Рассохин, А.С. Бобрешова // ВИЧинфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 4. – С.106–110.
95. Савченко Н.В. Разработка мобильного сервиса в сфере здравоохранения для детей, живущих с ВИЧ / Н.В. Савченко, К.И.

Николаева, М.А. Уфимцева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 12. – С. 135–139.

96. Саидалиев С.С. Инновация, коллективное усилие и солидарность – путь к устойчивому противодействию на ВИЧ-инфекцию // Сборник научных трудов научно-практической конференции с участием международных специалистов. «Современные методы диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции» С.11-18

97. Сандырева Т.П. Совершенствование подходов лабораторного выявления ВИЧ-инфекции / Т.П. Сандырева, А.С. Подымова, О.Г. Прохорова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 25–29.

98. Саргсян В.Д., Сафарян А.С., Камышова Т.В., Небиеридзе Д.В. Здоровый образ жизни как решающий фактор профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактическая медицина. 2019;22(6): Вып. 2:56-60.

99. Сафронова Л.А. Анализ резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам. по результатам Центра СПИД города Ханты–Мансийск // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 109–112.

100. Симонова Ж.Г., Приходько М.Н., Шульгина Е.М. Хронический гастрит и пожилой возраст: есть ли проблема? Ульяновский медико-биологический журнал. 2020; 4: 30–39.

101. Соболева Н. ВИЧ под контролем?: [статистика ВИЧ за 2015-2019 года, Реж] // Режевская весть. – Реж, 2020. – 5 февраля (№ 10). – С. 13.

102. Соловей Н. ВИЧ. Показатели снижаются, но прогноз неблагоприятный: [обстановка с ВИЧ-инфекцией в Карпинске] // Карпинский рабочий. – Карпинск, 2021. – 2 июня (№ 22). – С. 15.

103. Сундуков А.В., Мельников Л.В., Евдокимов Е.Ю. Характеристика больных хроническим гепатитом С и ВИЧ-инфекцией. РМЖ. Медицинское обозрение. 2018;2(7(II)):64-67.

104. Сулейманов, С., Мансурова, М., Олимова, Н. (2019). Нарушение системы иммунитета у больных язвенной болезнью желудка и её коррекция в процессе лечения. Журнал вестник врача, 1(4), 122–125. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/2659
105. Турдиева Ш.Т. Влияние энтеральной оксигенотерапии на хеликобактериоз при реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018;63(4):69-72. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2018-63-4-69-72>
106. Турдиева Ш.Т., Ганиева Д.К., Абдурашидова Х.Б. Хроническая гастродуоденальная патология у школьников: клиническая картина и особенности течения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;1(1):111-117. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-185-1-111-117>
107. [Туробова, Б. \(2022\). Язвенная болезнь у детей и подростков: Особенности течения на современном этапе. Журнал вестник врача, 1\(1\), 112–114. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/2273](#)
108. Умарова, Ш. З. Анализ статистики гастроэнтерологических больных в Республике Узбекистан / Ш. З. Умарова, Наргиза Мухамед Умаровна Султанбаева, А. З. Норов. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 3 (241). — С. 100-105. — URL: <https://moluch.ru/archive/241/55693/>.
109. [Употребление наркотиков и психоактивных веществ в подростковом возрасте. Sharon Levy, MD, MPH, Harvard Medical School.// Медицинский обзор июл 2022.](#)
110. Урунова Д.М. Ахмеджанова З.И. Оценка индекса коморбидности у ВИЧ-инфицированных пациентов до начала АРТ / Журнал инфектологии 2022. Том 14, №4,. С. 91-101.
111. Хаитов Р.М. Иммуномодуляторы: мифы и реальность. Иммунология. 2020; 41 (2): 101–106

112. Халдарова, Х.М. Система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированными заболеваниями / Халдарова Х.М [и др.] // Евразийский Союз Ученых 2016. – № 29-1. – С. 71–74.
113. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы. Экспериментальная и клин. гастроэнтерология. 2018; - 149(1). С. 80–89.
114. Циммерман Я.С. Захарова Ю.А. Киотский консенсус – новая этиологическая классификация гастрита и ее обсуждение //Клиническая медицина. 2017. Т. 95, № 2. С. 181–188.
115. Чиркина Т. М., Асланов Б. И., Коковина Ю. В., Бакулин И. Г. Эпидемиологические особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта среди населения Санкт-Петербурга. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;177(5): 42–46. DOI: 10.31146/1682-8658-esg-177-5-42-46
116. Ширинская Н.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации. Заболеваемость и смертность // Дальневосточный медицинский журнал. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yazvennaya-bolezn-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kishki-v-rossiyskoy-federatsii-zabolevaemost-i-smertnost>.
117. [Эшбеков М. \(2014\). Новая \(трофическая\) теория язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Журнал вестник врача, 1\(2\), 117–128. \[https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4813\]\(https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4813\)](https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4813)
118. Эшбеков, М. (2022). Helikobacter pylori. Друг или враг? Правомерна ли реанимация инфекционной теории язвенной болезни? Журнал вестник врача, 1(1), 202–207. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/6103
119. Ясавеев И. Г. ВИЧ/СПИД в России: властная и активистская конструкции социальной проблемы // Социологическое обозрение. 2019. Т. 18. № 3. С. 49–76.

120. Abbasi-Kangevari M, Ahmadi N, Fattahi N, Rezaei N, Malekpour MR, Ghamari SH, Moghaddam SS, Azadnajafabad S, Esfahani Z, Kolahi AA, Roshani S, Rezazadeh-Khadem S, Gorgani F, Naleini SN, Naderimagham S, Larijani B, Farzadfar F. Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990-2019. *PLoS One*. 2022 Aug 1;17(8):e0271284. doi: 10.1371/journal.pone.0271284. PMID: 35913985; PMCID: PMC9342757.
121. Australian schoolchildren: results from the cross-sectional Salt and Other Nutrients in Children (SONIC) study / C.A. Grimes [et. al.] // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7, №10. – P. E016639
122. Archampong TN, Asmah RH, Richards CJ, Martin VJ, Bayliss CD, Botão E, David L, Beleza S, Carrilho C. Gastro-duodenal disease in Africa: Literature review and clinical data from Accra, Ghana. *World J Gastroenterol*. 2019 Jul 14;25(26):3344-3358. doi: 10.3748/wjg.v25.i26.3344. PMID: 31341360; PMCID: PMC6639557.
123. Bhaijee, Feriyl & Subramony, Charu & Tang, Shou-jiang & Pepper, Dominique. (2011). Human Immunodeficiency Virus-Associated Gastrointestinal Disease: Bhaijee, Feriyl et al. “Human Immunodeficiency Virus-Associated Gastrointestinal Disease: Common Endoscopic Biopsy Diagnoses.” *Pathology Research International* 2011 (2011): n. pag.
124. Boltin D., Levi Z., Gingold-Belfer R., Gabay H., Shochat T., Schmilovitz-Weiss H., Dotan I., Birkenfeld S. Effect of Previous Nitroimidazole Treatment on *Helicobacter pylori* Eradication Success. *J Clin Gastroenterol*. 2020 Apr; 54(4): 333-337
125. Bratton E, Vannappagari V, Kobayashi MG. Prevalence of and risk for gastrointestinal bleeding and peptic ulcerative disorders in a cohort of HIV patients from a U.S. healthcare claims database. *PLoS One*. 2017 Jun 30;12(6):e0180612. doi: 10.1371/journal.pone.0180612. PMID: 28666006; PMCID: PMC5493421.

126. Gomez Venegas, Álvaro Andrés; Moreno Castano, Luis Alfredo and Roa Chaparro, Jairo Alonso. Approach to diarrhea in HIV patients. *Rev Col Gastroenterol* [online]. 2018, vol.33, n.2 pp.150-160. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572018000200150&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-9957. <https://doi.org/10.22516/25007440.192>.
127. Grimes CA, Riddell LJ, Campbell KJ, Beckford K, Baxter JR, He FJ, Nowson CA. Dietary intake and sources of sodium and potassium among Australian schoolchildren: results from the cross-sectional Salt and Other Nutrients in Children (SONIC) study. *BMJ Open*. 2017 Oct 30;7(10):e016639. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016639. PMID: 29084791; PMCID: PMC5665305.
128. Ijarotimi O, Soyoye DO, Adekanle O, Ndububa DA, Umoru BI, Alatise OI. Declining prevalence of duodenal ulcer at endoscopy in Ile-Ife, Nigeria. *S Afr Med J*. 2017;**107**:750–753.
129. James K.Y. Hooi, Wan Ying Lai, Wee Khoon Ng, Michael M.Y. Suen, Fox E. Underwood, Divine Tanyingoh, Peter Malfertheiner, David Y. Graham, Vincent W.S. Wong, Justin C.Y. Wu, Francis K.L. Chan, Joseph J.Y. Sung, Gilaad G. Kaplan, Siew C. Ng, Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis, *Gastroenterology*, Volume 153, Issue 2, 2017, Pages 420-429, ISSN 0016-5085, <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.04.022>.
130. Yancheva, Nina et al. “Etiologic Characteristics of Enterocolitis in Hospitalized HIV-Infected Patients for 3-Year Period (2013-2015).” *Acta Medica Bulgarica* 43 (2016): 64 - 70.
131. Kato S., Shimizu T., Toyoda S., et al; Japanese Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. The updated JSPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in childhood. *Pediatr Int*. 2020 Dec; 62(12): 1315 - 1331.

132. Laguado V, Luis Daniel, Rodríguez Amaya, Reynaldo Mauricio, Gómez C, Jaime, Bonilla G, Rómulo Arturo, & Rojas H, Gonzalo. (2016). Hallazgos endoscópicos y patológicos en pacientes con VIH y síntomas digestivos de un hospital universitario. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 31(2), 111-118.
133. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017;390(10094):613–24. PMID: 28242110. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32404-7
134. Luma, Henry Namme et al. “Anorectal pathology amongst HIV infected patients attending the Douala General Hospital: a cross-sectional study.” *International Journal of STD & AIDS* 28 (2017): 389 - 396.
135. Milivojevic V, Milosavljevic T. Burden of Gastroduodenal Diseases from the Global Perspective. *Curr Treat Options Gastro* 18, 148–157 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11938-020-00277-z>
136. PAHO. The burden of digestive diseases in the Region of the Americas, 2000-2019. Pan American Health Organization. 2021
137. Parvin, R., Kolli, S., Shah, J., Jhaveri, M.A., & Reddy, M. (2018). Upper and Lower Gastrointestinal Endoscopic Findings in HIV-Infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Gastroenterology Research*, 11, 95 - 99.
138. Peng C., Hu Y., Ge Z-M., Zou Q-M., Lyu N-H. Diagnosis and treatment of Helicobacter pylori infections in children and elderly populations. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2019; 5: 243 – 251
139. Rui Liu, Lei Huang, Jingyi Li, Xianzhi Zhou, Haiyuan Zhang, Tao Zhang, Yunlong Lei, Kui Wang, Na Xie, Yongtang Zheng, Fusheng Wang, Edouard C. Nice, Lijun Rong, Canhua Huang, Yuquan Wei, HIV Infection in Gastric Epithelial Cells, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 208, Issue 8, 15 October 2013, Pages 1221–1230, <https://doi.org/10.1093/infdis/jit314>
140. Seyoum N, Ethicha D, Assefa Z, Nega B. Risk Factors that Affect Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer Diseases in a Teaching Hospital. *Ethiop J Health Sci*. 2020 Jul 1;30(4):549-558. doi: 10.4314/ejhs.v30i4.10. PMID: 33897215; PMCID: PMC8054450.

141. Shah S.C., Iyer P.G., Moss S.F. AGA Clinical Practice Update on the Management of Refractory *Helicobacter pylori* Infection: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021 Apr; 160(5): 1831-1841.
142. Spurnic AR, Bukumiric Z, Jevtovic D, Brmbolic B, Pekmezovic T, Salemovic D, Pesic Pavlovic I, Milosevic I, Ranin J, Korac M. *Helicobacter pylori* infection rates in dyspeptic Serbian HIV-infected patients compared to HIV-negative controls. *PLoS One*. 2021 Mar 10;16(3):e0248041. doi: 10.1371/journal.pone.0248041. PMID: 33690620; PMCID: PMC7946278.
143. Tabak S, et al. (2022). Prevalence of gastroduodenal disease with *Helicobacter pylori* in the region of Tiaret, Algeria. *Traditional Medicine*. 3(2):12.
144. UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2020. – Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. 2019
145. Vakil N.B. Peptic ulcer disease treatment and secondary prevention. *UpToDate*, April, 2020.
146. WHO working group on HIV incidence measurement and data use. WHO meeting report (3 – 4 march 2018, Boston, MA, USA)
147. Xie, X., Ren, K., Zhou, Z. *et al.* The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC Gastroenterol* **22**, 58 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02130-2>

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | |
|-------------|---|
| АГ | - артериальная гипертония |
| АД | - артериальное давление |
| АО | - абдоминальное ожирение |
| АФ | - алиментарный фактор |
| ВГВ | - вирусный гепатит В |
| ВОЗ | - всемирная организация здравоохранения |
| ВИЧ | - вирус иммунодефицита человека |
| ВИЧ и | - ВИЧ-инфицированность/ВИЧ инфицированная популяция |
| ВИЧа – ГДЗ | - ВИЧ- ассоциированные гастродуоденальные заболевания |
| ГТГ | - гипертриглицеридемия |
| ГК | - гипокалиемия |
| ГКЦ | - гипокальциемия |
| ГМ | - гипомагниемия |
| ГН | - гипонатриемия |
| ГНИЦПМ МЗРФ | - Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Российской Федерации |
| ГТ | - гипертриглицеридемия |
| ГУ | - гиперурикемия |
| ГХС | - гиперхолестеринемия |
| ДЖА | - дефект жевательного аппарата |
| ДАД | - диастолическое АД |
| ДЛП | - дислиппротеидемия |
| ЖКТ | - желудочно-кишечный тракт |
| ЖДА | - железодефицитные анемии |
| НР | - геликобактерная инфекция |
| ИМТ | - избыточная масса тела |
| К | - курение |

| | |
|-------|---|
| КДИ | - калийдизиония |
| КЦДИ | - кальцийдизиония |
| ЛФ | - лекарственный фактор |
| МТ | - масса тела |
| МЭ | - микроэлемент |
| НБСФ | - неблагоприятный семейный фактор |
| НДИ | - натрийдизиония |
| НГУ | - нарушение толерантности к углеводам |
| НИЗ | - неинфекционные заболевания |
| НМК | - низкий медицинский контроль |
| НОС | - низкий образовательный статус |
| НПВС | - нестероидные противовоспалительные средства |
| НПОИФ | - низкое потребление овощей и фруктов |
| НФА | - низкая физическая активность |
| ОХНЗ | - основные хронические неинфекционные заболевания |
| КПАФ | - кислотно-пептидный агрессивный фактор |
| ПА | - потребление алкоголя |
| ПАВ | - психоактивные вещества |
| ПНС | - потребление наркотических средств |
| ПФ | - психогенный фактор |
| СД | - сахарный диабет |
| СО | - слизистая оболочка |
| СОЖ | - слизистая оболочка желудка |
| СПИД | - «Синдром Приобретенного Иммунного Дефицита» |
| ГЭРБ | - гастроэзофагеальная рефлюкс болезнь |
| ТГ | - триглицериды |
| УЗИ | - ультразвуковые исследования |
| ФР | - факторы риска |
| ФЭГДС | - фиброгастроуденоскопия |

| | |
|-------|--|
| ХГГД | - хронический гастродуоденит |
| ХГДЗ | - хронические гастродуоденальные заболевания |
| ХНИЗ | - хронические неинфекционные заболевания |
| ХД | - хронический дуоденит |
| ХС | - холестерин |
| ЭКГ | - электрокардиография |
| ЯБ | - язвенная болезнь |
| ЯБДПК | - язвенная болезнь 12-перстной кишки |
| ЯБЖ | - язвенная болезнь желудка |
| ЯБЖДК | - язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки |
| * | - означает в таблицах достоверность различий – $P < 0,05$ |
| ** | - означает в таблицах достоверность различий – $P < 0,01$ |
| *** | - означает в таблицах достоверность различий – $P < 0,001$ |