

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616-036.22; 616-036.12

ГУЛБЕКОВА ЗАМИРА АКИМБЕКОВНА

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА
ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ
ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

**по специальности
14.02.02 – Эпидемиология**

Душанбе- 2021

Диссертационная работа выполнена на базе кафедры эпидемиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Одинаев Ниёз Сафарович** - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой эпидемиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Нуров Рустам Маджидович** – доктор медицинских наук, директор ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Курбонов Косим Муродович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета

Ведущая организация: ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Защита диссертации состоится «12» февраля 2021 г. в «15:00» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-010 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, www.tajmedun.tj, +992935120020.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Джураева Н.С.

Введение

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) продолжают оставаться главными причинами заболеваемости, инвалидности и смертности населения в большинстве стран, в основном, стран со средним и низким уровнями дохода [World Health Organization, 2015]. К ХНИЗ в основном относят ряд распространенных патологий, имеющих хроническое течение, в частности сердечно-сосудистые заболевания (нарушение мозгового и коронарного кровообращения), сахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания и онкопатология [Kim H.C., Oh S.M., 2013; Lomia N. et al., 2020].

В возникновении и прогрессировании ХНИЗ большую роль играют факторы риска (ФР), которые являются общими для многих заболеваний и при одновременном их воздействии резко увеличивается степень тяжести и течения неинфекционных патологий [Муромцева Г.А. и др., 2014; Lim S.S. et al., 2012].

Согласно последним эпидемиологическим данным, восемь ФР обуславливают до 75% смертности от ХНИЗ [Istilli P.T. et al., 2020; Yusuf S. et al., 2014]. К ним относятся: нерациональное питание, низкий уровень физической активности, курение, употребление алкоголя, повышенное артериальное давление, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, избыточная масса тела и ожирение [Муромцева Г.А. и др., 2014; Manjrekar S.S. et al., 2014].

Несмотря на некоторые успехи в профилактике и своевременной коррекции ФР ХНИЗ, в последние годы данная проблема приобретает всё большее значение и продолжает быть одной из приоритетных целей по сокращению преждевременной смертности среди населения [McNatt Z.Z., 2020]. Согласно данным прогноза экспертов, к концу третьей декады XXI века частота летальных исходов от ХНИЗ увеличится в десятки раз и превысит все остальные причины летальных исходов вместе взятых [Lozano R. et al., 2012].

Высокие показатели встречаемости как ХНИЗ, так и ФР во многом связаны с недостаточным уровнем вторичной профилактики [Mendis S. et al., 2013]. Проведены многочисленные исследования по изучению распространённости факторов риска ХНИЗ среди различных слоёв населения большинства стран мира [Бойцов С.А. и др., 2015; Галстян А.Г., 2013; Добрынина И.С., Ханина Е.А., 2018; Singhal A., 2014].

Однако данных о профиле факторов риска, заболеваемости и методах их коррекции у населения нашей республики, в частности Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО), до настоящего времени не имеется [Касымова С.Д., Тагоев Т.С., 2019; Нозиров Дж.Х. и др., 2019; Рахимов З.Я. и др., 2019]. В связи с этим проведение исследований, направленных на совершенствование системы регионально-ориентированной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на основе изучения их распространенности и скрининга факторов риска их развития, является актуальным.

Степень изученности научной проблемы. В последние годы хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ) стало уделяться всё более пристальное внимание, так как эта патология продолжает занимать лидирующую позицию в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения в большинстве

стран мира [Русанова М.Ю., Подгаева В.А., 2017; Чукаева И.И. и др., 2016; Geidl W. et al., 2020; Girum T. et al., 2020; Kim H.C., Oh S.M., 2013]. Часто ХНИЗ отмечаются среди трудоспособных слоев населения, инвалидность которых приводит не только к снижению умственного и производственного потенциала, но и к повышению затрат бюджетных средств медицинской и социальной отраслей на их лечение и содержание [Бойцов С.А., Самородская И.В., 2014; Турдалиева Б.С. и др., 2016; Dagenais G.R. et al., 2019; Kontsevaya A, Kalinina A., 2012;].

Существенный вклад в изучение эпидемиологии, профилактики и лечения ХНИЗ был внесен ВОЗ, коллективом ведущих научно-профилактических отечественных и зарубежных институтов [Бойцова С.А. и др., 2015; ВОЗ, 2006; ЕРБ ВОЗ, 1996; Исаев Я.В. и др., 2015; Bakhtiari A. et al., 2020; WHO, 2011]. Несмотря на проведенные профилактические мероприятия на глобальном и региональном уровнях, до настоящего времени не удалось значимо снизить смертность населения от ХНИЗ. Такая же тенденция отмечается и в Республике Таджикистан, где в структуре первичной заболеваемости и смертности в 2017 году лидирующее место занимали сердечно-сосудистые и респираторные заболевания [Рахимов З.Я. и др., 2019].

Таким образом, некоторые ХНИЗ в развитии заболеваемости, инвалидности и смертности на сегодняшний день занимают лидирующие позиции. Частота их встречаемости зависит от пола, возраста, региона проживания и наличия факторов риска у населения конкретного региона мира. Крупных эпидемиологических исследований по изучению ХНИЗ в Республике Таджикистан мало, имеются только ряд исследований, посвященных эпидемиологии хронической болезни почек (ХБП) [Абдуллоев С.М., 2019], артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) [Нозиров Дж.Х. и др., 2019; Рахимов З.Я. и др., 2019]. Другие нозологические формы ХНИЗ, занимающие весомую долю в бремени смертности населения, не изучены, остается ряд нерешенных вопросов по скринингу и профилактике их развития, чему и посвящена настоящая диссертационная работа.

Теоретическая и методологическая основы исследований. Теоретической основой настоящего исследования послужили ранее проведенные научно-практические работы отечественных и зарубежных авторов по проблемам эпидемиологии, раннего выявления, профилактики, а также своевременного лечения хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

В данной работе для решения поставленных цели и задач были использованы эпидемиологические методы исследования, учитывающие частоту заболеваемости населения ХНИЗ в зависимости от пола, возраста и региона проживания, а также прирост и уменьшение заболеваемости населения.

Также для реализации исследования был использован инструмент скрининга факторов риска ХНИЗ, рекомендованный ВОЗ, – опросник STEPS, согласно которому проводилось общеклиническое обследование респондентов путем измерения показателей артериального давления, частоты пульса, роста, массы тела, индекса массы тела и окружности талии. К лабораторным методам исследования относили определение уровней общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотностей, общего билирубина, глюкозы крови, мочевины и креатинина. Определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) производили по формуле Кокрофта-Гольта. Наруше-

ние фильтрационной функции почек констатировали при снижении СКФ менее 90 мл/мин.

Скрининг инструментом STEPS позволил наиболее объективно оценить наличие или отсутствие факторов риска ХНИЗ, а также на их основе разработать алгоритм их профилактики, раннего выявления и адекватной коррекции. Полученные результаты исследования были подвергнуты критическому аналитическому, статистическому и сравнительному анализу, в результате чего были сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Совершенствовать систему регионально-ориентированной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на основе изучения их распространенности и скрининга факторов риска их развития.

Объект исследования. Объектом исследования настоящей диссертационной работы послужили данные ежегодных отчетов ГУ «Центр статистики при Президенте Республики Таджикистан» по заболеваемости населения хроническими неинфекционными заболеваниями в период 2014-2018 гг., а также 497 человек из числа общей популяции проживающего в селе Ванкальа Шугнанского района ГБАО, среди которых было проведено анкетирование по выявлению факторов риска ХНИЗ и изучение их неблагоприятного воздействия на состояние здоровья.

Предмет исследования. Предметом исследования явились распространенность ХНИЗ среди населения ГБАО в период 2014-2018 годы, закономерность, зависимость и процессы увеличения и/или уменьшения заболеваемости населения этой области в зависимости от региона проживания. Также предметом исследования служила встречаемость факторов риска развития ХНИЗ среди общей популяции, а также пути их профилактики и раннего выявления.

Задачи исследования

1. Оценить частоту распространения наиболее значимых хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Горно-Бадахшанской автономной области.
2. Провести скрининг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди общей взрослой популяции Горно-Бадахшанской автономной области.
3. Путём одномоментного популяционного исследования определить реальную эпидемиологическую картину потенциально значимых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения ГБАО.
4. Разработать комплексную информационно-профилактическую методологическую программу для выявления и оценки факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у населения Горно-Бадахшанской автономной области.

Методы исследования. В процессе проведения исследования были применены следующие методы исследования: эпидемиологические, направленные на определение степени распространённости и заболеваемости населения ГБАО РТ хроническими неинфекционными заболеваниями; клиническое (измерение систолического и диастолического АД и подсчет пульса в покое), антропометрическое

(измерение роста, массы тела, окружности талии, индекс массы тела), лабораторно-инструментальное (определение показателей ОХС, ЛПНП, глюкозы, креатинина и мочевины в венозной крови; подсчет фильтрационной функции почек, ЭКГ) и социологическое (анкетирование по выявлению факторов риска ХНИЗ) методы исследования.

Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.02 - Эпидемиология: подпункт 3.2. - Закономерности и особенности формирования и распространения среди населения заболеваемости неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее развития; подпункт 3.6. - Усовершенствование эпидемиологического метода, разработка и совершенствование информационных и эпидемиолого-диагностических систем для эффективного управления заболеваемостью и здоровьем населения; подпункт 3.11. - Совершенствование систем вторичной и третичной профилактики потерь здоровья в клинической медицине на основе эпидемиологического метода исследования (клиническая эпидемиология и доказательная медицина).

Этапы исследования. Этапы исследования и подготовки диссертационной работы включают в себя сбор и критический анализ доступной литературы, посвященной эпидемиологическим аспектам хронических неинфекционных заболеваний и факторов их риска; формулировку цели и задач исследования; сбор материала, его статистическую обработку и изложение результатов собственных исследований. Учитывая высокую частоту распространённости факторов риска ХНИЗ среди общего населения, был предложен способ раннего их скрининга, методология и комплекс мероприятий по раннему выявлению и адекватному лечению пациентов с ХНИЗ в зависимости от уровня лечебно-профилактических мероприятий.

Основная информационная и экспериментальная база. Информационной базой для выполнения настоящего исследования послужили ежегодные отчеты ВОЗ о состоянии здоровья населения на глобальном уровне, клинические рекомендации по диагностике и лечению некоторых форм ХНИЗ разработанные в Российской Федерации и Европейских странах, оригинальные научные работы отечественных и зарубежных авторов, опубликованные в рецензируемых научных журналах, отчеты МЗ и СЗН РТ и Академии медицинских наук МЗ и СЗН РТ за 2016 и 2019 гг, а также научные работы проведенные в Странах Содружества Независимых Государств, и материалы из сборников республиканских и международных научно-практических конференций и конгрессов.

Достоверность диссертационных результатов. Достоверность результатов исследования и оценка их надежности были подтверждены достаточным объемом материалов исследования, результатами опроса включенных в исследование лиц, всесторонним объективным и статистическим их анализом, правильно выбранным направлением исследования, сравнением полученных данных с результатами исследований отечественных и зарубежных авторов, публикацией полученных результатов в авторитетных рецензируемых журналах ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Научная новизна исследования. Впервые изучены особенности эпидемиологической картины и частоты распространения некоторых нозологических форм хронических неинфекционных заболеваний у жителей Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан, позволившие реально оценить состояние здоровья населения и динамику его изменения.

Впервые проведен популяционный скрининг наличия факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения Горно-Бадахшанской автономной области, их ассоциация и негативное влияние на состояние здоровья респондентов.

Установлено прогностическое значение модифицирующих факторов риска в развитии и прогрессировании хронических неинфекционных заболеваний у жителей высокогорной местности.

Разработаны шкала оценки и прогнозирования развития хронических неинфекционных заболеваний по наличию факторов риска и алгоритм комплексной профилактической программы по их эпидемиологическому надзору, своевременному выявлению и устранению.

Теоретическая ценность исследования. Полученные результаты дополняют имеющиеся данные об эпидемиологической картине хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития у населения Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан. Выявленные ассоциации факторов риска с состоянием здоровья населения ГБАО могут служить мотивом для выполнения последующих научных исследований в других регионах Республики Таджикистан и разработки путей их профилактики и раннего выявления на национальном уровне с целью уменьшения бремени заболевания. Проведенный скрининг факторов риска ХНИЗ среди включенной когорты может служить основой для дальнейшего исследования этих факторов среди большого числа населения других регионов республики для определения и реальной оценки суммарного риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Практическая ценность исследования. Полученные результаты в ходе проведения исследования диктуют необходимость проведения периодических эпидемиологических мероприятий по выявлению и мониторингу хронических неинфекционных заболеваний. Проведение повсеместного скрининга модифицируемых факторов риска, ассоциированных с хроническими неинфекционными заболеваниями, среди большого числа населения позволит уменьшить бремя заболевания в масштабах республики. Практическое применение предложенной шкалы оценки риска развития ХНИЗ в условиях регионарных лечебно-профилактических учреждений позволит с минимальными материальными затратами и высокой точностью определить лиц из группы высокого риска и проводить своевременную коррекцию имеющихся нарушений.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространённость хронических неинфекционных заболеваний среди населения Горно-Бадахшанской автономной области составляет 18,7-21,9 случаев на 100000 населения и имеет тенденцию к ежегодному увеличению в некоторых её регионах среди популяции молодого и среднего возрастов и, в основном, женского пола.

2. Наиболее значимыми факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний у взрослой популяции Горно-Бадахшанской автономной области являются недостаточная физическая активность, избыточная масса тела, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, курение, артериальная гипертензия и сахарный диабет.

3. Частота распространённости потенциально значимых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний составляет от 6,7% до 27,4% и чаще

регистрируется среди лиц женского пола, среднего и пожилого возраста, что необходимо учесть при проведении регулярных профилактических осмотров и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

4. Широкое практическое применение предложенной шкалы оценки факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний позволяет своевременно выявить категорию лиц из группы высокого риска и провести комплексную многофакторную их профилактику и лечение.

Личный вклад диссертанта в проведение исследования. Автор принимала непосредственное участие в обработке статистических данных, в проведении опроса и скрининге факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения. Также соискателем проведены сбор, обработка и анализ доступной научной литературы, касающейся тематики исследования, сформулированы цель и задачи исследования. Диссертантом проведена статистическая обработка полученных данных, предложена шкала оценки риска развития хронических неинфекционных заболеваний и алгоритм их профилактики.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Полученные в ходе эпидемиологического анализа и проведении скрининга данные были доложены и обсуждены на: XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2020); на 66-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (2018). Также результаты исследования обсуждены на заседании межкафедральной проблемной комиссии по инфекционным болезням, эпидемиологии, гигиене, дерматовенерологии и общественному здравоохранению ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 5 сентября 2020 г, протокол № 2).

Опубликование результатов диссертации. Результаты диссертационной работы отражены в 10 опубликованных работах, в том числе 5 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан для опубликования основных научных положений и выводов выполняемой кандидатской диссертации. Имеется 1 патент на изобретение.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 138 страницах, и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения и списка литературы. Работа иллюстрирована 24 рисунками и 12 таблицами. Список литературы содержит 181 наименование, в том числе 107 отечественных и стран СНГ, и 74 зарубежных авторов.

Основная часть работы

Материал и методы исследования. Проведен анализ ежегодных отчетов ГУ «Центр статистики при Президенте Республики Таджикистан» по заболеваемости населения ГБАО хроническими неинфекционными заболеваниями в период 2014-2018 гг., а также 497 человек из числа общей популяции взрослого населения, проживающего в селе Ванкальа Шугнанского района ГБАО, у которых про-

водили выявление факторов риска ХНИЗ и оценивали неблагоприятное их воздействие на состояние здоровья.

В ходе выполнения работы были применены следующие методы исследования: эпидемиологические закономерности распространенности и заболеваемости населения ХНИЗ; антропометрия (измерение роста, массы тела, окружности талии, индекса массы тела), общеклиническое обследование (измерение систолического и диастолического АД, подсчет пульса в покое), инструментальное (ЭКГ), лабораторные (определение показателей ОХС, ЛПНП, сахара, креатинина и мочевины в венозной крови; подсчет фильтрационной функции почек) и социологическое (анкетирование по выявлению факторов риска ХНИЗ) методы исследования.

Статистический анализ данных проводился с помощью пакетных программ для социальных наук (SPSS) версии 21. Результаты статистических данных были обобщены с помощью описательной статистики, которая включала в себя: частоту для номинальных и порядковых переменных; среднее, диапазон и стандартное отклонение были рассчитаны для непрерывных и дискретных переменных. Для отображения данных использовались гистограммы или круговые диаграммы. Частота и проценты рассчитывались для категориальных переменных. Критерий «Хи-квадрат» использовался для номинальных переменных для определения взаимосвязи между независимыми и зависимыми переменными. Для углублённого изучения статистических взаимосвязей и прогнозирования был применён метод регрессии. Результаты, которые показали, что значение p было меньше или равно 0,05, считались статистически значимыми.

Результаты исследования

Первое место по распространённости среди ХНИЗ у населения ГБАО занимала артериальная гипертензия (АГ), второе – патология щитовидной железы, третье – ишемическая болезнь сердца (ИБС). Наименьшую распространённость среди населения ГБАО имела хроническая болезнь почек (ХБП) и хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Подробно приведём эпидемиологическую картину каждой нозологической формы ХНИЗ в зависимости от пола, возраста и региона проживания населения ГБАО.

Артериальная гипертензия (АГ) у взрослой популяции ГБАО. АГ в 2014 году была зарегистрирована у 1973 человек из 141438 проживающего населения, в последующие годы отмечалось постепенное значимое её увеличение. В 2018 году общее число населения с гипертензионным синдромом достигло 3232 человек среди 150017 проживающего населения ($p < 0,001$) (рисунок 1).



Рисунок 1. – Общая распространённость АГ среди популяции ГБАО

Наиболее часто АГ страдали лица женского пола, по сравнению с мужским ($p < 0,001$), и такая тенденция гендерного различия по наличию высоких показателей АД отмечалась в течение всего анализируемого периода. Так, если в 2014 году АГ имели 1032 женщин и 941 мужчин, то в 2018 году этот показатель был 1796 и 1436 соответственно ($p < 0,001$).

Такая же закономерность прослеживалась и по общей заболеваемости населения, и если в 2017 году впервые АГ была выявлена у 316 человек (220 женщин и 96 мужчин), то в 2018 году впервые АГ была диагностирована у 274 (204 женщины и 70 мужчин) из числа постоянных жителей ($p < 0,001$).

Эпидемиологическая картина ишемической болезни сердца (ИБС). Согласно нашему исследованию, ИБС занимала третью позицию по уровню заболеваемости среди населения ГБАО (рисунок 2).

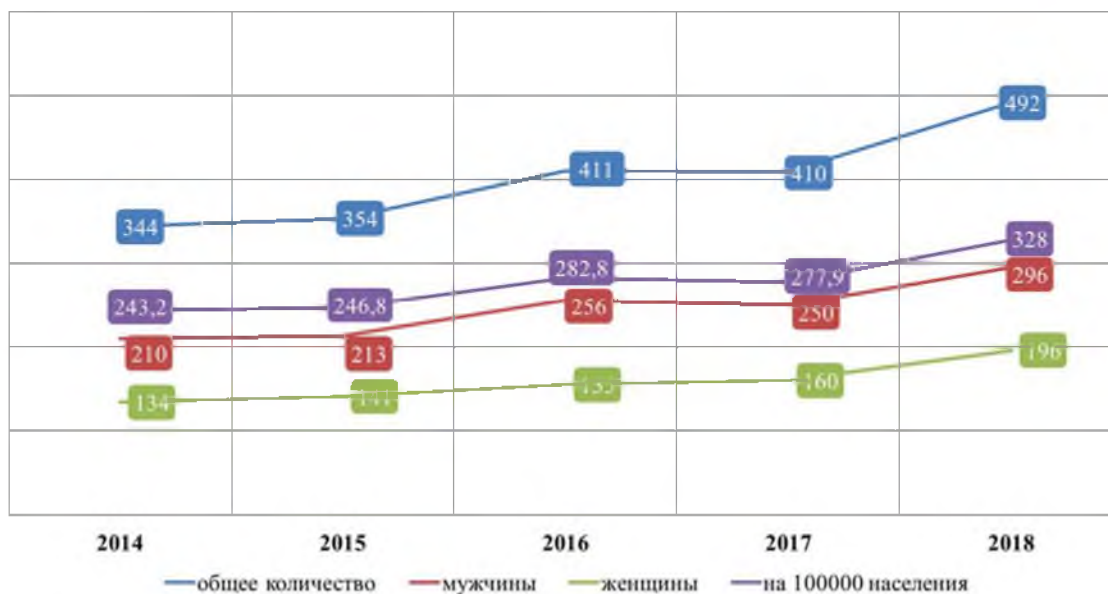


Рисунок 2. – Общая распространённость ИБС среди популяции ГБАО

В отличие от АГ, ИБС чаще страдали мужчины. Так, если в 2014 году ИБС страдали 210 мужчин и 134 женщины, то в 2018 году их число увеличилось до 296 и 196 случаев соответственно ($p < 0,001$). Анализ пятилетней заболеваемости показал, что также произошел прирост общей заболеваемости из расчета на 100000 населения, и если в 2014 году этот показатель составил 243,2, то в 2018 году он увеличился до 328,0 на 100000 населения ($p < 0,001$).

Показатели распространённости и заболеваемости сахарным диабетом населения ГБАО. Проведенное исследование показало, что в 2014 году распространенность сахарного диабета (СД) в ГБАО составила 318,2 случая на 100000 населения (рисунок 3), в том числе 359,3 случая среди женской и 278,6 - мужской популяции из расчета на 100000 населения ($p < 0,001$).

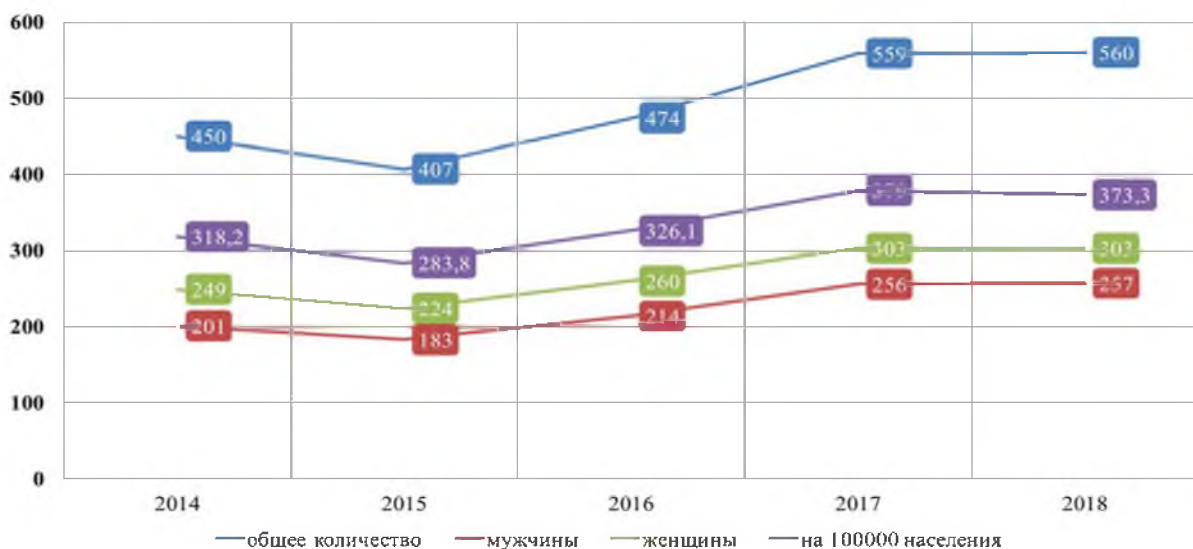


Рисунок 3. - Общая распространённость сахарного диабета в популяции ГБАО

Начиная с 2016 года, отмечается постепенное увеличение доли населения, болеющего СД, и в 2018 году она составила 373,3 случаев (303,0 среди женщин и 257,0 среди мужчин) на 100000 населения ($p < 0,001$).

Таким образом, эпидемиологическая оценка СД у населения ГБАО показала, что, как и другие формы ХНИЗ, он имеет ежегодную тенденцию к увеличению и чаще регистрируется среди лиц женского пола.

Особенности заболеваемости населения ГБАО хронической болезнью почек. Заболеваемость ХБП в ГБАО в 2014 году составила 19,8 случаев на 100000 населения (рисунок 4), в том числе 20,8 случаев среди мужской и 18,8 - женской популяции из расчета на 100000 населения ($p > 0,05$).

В отличие от других форм ХНИЗ, заболеваемость хронической почечной дисфункцией не имела значимого гендерного различия и встречалась почти одинаково среди лиц обоих полов. Также существенных изменений в уровне заболеваемости населения ГБАО этой патологией за период исследования не отмечалось,

и в 2018 году она составила 22,0 случая (23,5 среди мужчин и 20,4 среди женщин) на 100000 населения ($p>0,05$).



Рисунок 4. - Общая распространённость ХБП в популяции ГБАО

Таким образом, эпидемиологический анализ заболеваемости ХБП среди населения ГБАО показал, что данная патология встречается гораздо реже, по сравнению с другими формами ХНИЗ как среди общей популяции, так и по гендерному их распределению. Также не отмечалось значимого увеличения заболеваемости ХБП среди взрослого населения этой области за анализируемый период.

Результаты скрининга факторов риска и оптимизация профилактических мероприятий. Среди 497 лиц, подвергшихся скринингу на наличие ФР ХНИЗ, 265 (53,3%) являлись лицами женского пола, 232 (46,7%) – мужского. Лиц в возрасте 28-44 лет было 189 (38,0%) человек, 45-59 лет – 147 (29,6%), 60-74 года – 151 (30,4%) и 75-90 лет – 10 (2,0%).

Беседа с опрошенными и заполнение анкет были осуществлены на двух языках – русском (157; 31,6%) и памирском (340; 68,4%). Более половины опрошенных ($n=281$; 56,5%) имели неполное и полное среднее образование. Также большинство респондентов, в частности женщины, не имели постоянного места работы и являлись временно безработными, что, возможно, играло роль в приобретении ФР ХНИЗ вследствие низкой физической активности.

Результаты антропометрического исследования. Результаты антропометрии обследованной когорты показали, что избыточную массу тела имел 221 (44,5%) респондент. Средний показатель массы тела составил $71,5 \pm 8,9$ кг, роста – $168,3 \pm 5,4$ см, ИМТ – $25,2 \pm 3,4$ кг/м². Отмечалось значимое различие избыточной массы тела между женщинами ($n=128$; 57,9%) и мужчинами ($n=93$; 42,1%) ($p<0,013$), молодого и среднего возрастов ($n=158$; 71,5%), по сравнению с пожилыми ($n=63$; 28,5%) людьми, имеющими различную степень образования, находящихся в браке ($n=144$; 65,2%) и, в основном, являющихся надомными работниками ($n=75$; 33,9%) и работниками частного сектора ($n=57$; 25,8%) ($p<0,005$). Среди всех лиц с избыточной массой тела ожирение первой ($n=28$; 63,6%) и второй ($n=16$; 36,4%) степеней имели 44 (19,9%) респондента, в том числе 36 (81,8%) женщин и 8 (18,2%) мужчин ($p<0,003$).

Таким образом, результаты проведённого эпидемиологического анализа продемонстрировали, что почти треть включённых в исследование людей имела избыточную массу тела и у 8,9% отмечалось ожирение различной степени, что в свою очередь оказывало значимое влияние на развитие или прогрессирование важнейших ХНИЗ.

Скрининг курения среди исследованной когорты. Подверженность к активному или пассивному курению был констатирован у 136 (27,4%) респондентов, в том числе 124 (53,4%) мужчин и 12 (4,5%) женщин ($p < 0,001$). В основном, курением занимались лица молодого и среднего возрастов ($n=96$; 48,9%), имеющие полное среднее или высшее образование ($n=84,6\%$), состоящие в браке ($n=86$; 63,2%) и работающие в частном секторе или временно неработающие ($n=84$; 61,8%).

Анализ взаимосвязи курения с другими ФР ХНИЗ показал, что наибольшая прямая положительная корреляция наблюдалась между гипергликемией (отношение шансов (ОШ) 1,1; доверительный интервал (ДИ) 95% 1,01-1,12), АГ (ОШ 1,3; ДИ 1,1-1,4) и ХОБЛ (ОШ 1,45; ДИ 1,1-2,1).

Употребление алкоголя как фактора риска. Результаты исследования показали, что 376 (75,7%) респондентов хотя бы раз в жизни употребляли алкогольсодержащие напитки, в том числе 160 (42,6%) из них были лицами женского пола, 252 (67,02%) – молодого и среднего возраста, 318 (84,6%) – со средним или высшим образованием и 257 (68,4%) находились в браке. Также 124 (24,9%) респондента (102 (82,3%) мужчины; 22 (17,7%) женщины) в течение 4 дней в неделю принимали алкогольсодержащие напитки, 183 (36,8%) (из них 99 (54,1%) мужчин и 84 (45,9%) женщины) - хотя бы раз в течение одного месяца.

За последний месяц, в момент проведения анкетирования, выпивали алкоголь хотя бы в небольшом количестве 221 (44,5%) человек (144 (65,2%) мужчины и 77 (34,8%) женщин), при этом 151 (30,4%) опрошенных (93 (61,6%) мужчин и 58 (38,4%) женщин) принимали спиртные напитки во время приёма пищи, а 13 (2,6%) отметили (11 (84,6%) мужчин и 2 (15,4%) женщины), что приём алкоголя не зависел от приёма пищи.

Другим не менее важным аспектом скрининга ФР среди общей популяции явился факт сочетанного использования как никотинсодержащих веществ, так и спиртных напитков, который был констатирован у 118 (23,7%) респондентов.

Таким образом, такие ФР, как приём алкоголя и курение, были выявлены у 124 (24,9%) и 136 (27,4%) респондентов соответственно, а 23,7% респондента были активными курильщиками и злоупотребляли спиртными напитками.

Характер питания и пищевого поведения респондентов. Большинство респондентов ($n=394$; 79,3%) для приготовления пищи отдавало предпочтение растительному ($n=192$; 38,6%) и топленому ($n=202$; 40,6%) маслам. Вместе с тем, 58 (11,7%) респондентов от общей когорты ежедневно использовали жиры животного происхождения или маргарин, содержащие, в основном, насыщенные жирные кислоты.

Анализ частоты употребления фруктов и овощей показал, что ежедневный рацион большинства респондентов ($n=315$; 63,4%) не включает данные продукты. На калорийность принимаемой пищи обращали внимание всего 37 (7,4%) опрошенных. Специальную диету соблюдали 80 (16,1%) респондентов, в том числе для

похудения 19 (7 мужчин и 12 женщин) и по состоянию здоровья (наличие сахарного диабета) - 61 (31 мужчина и 30 женщин) респондент.

Другой особенностью питания опрошенных было избыточное употребление легкоусвояемых углеводов и поваренной соли. Так, почти каждый второй респондент ($n=255$; 51,3%) ежедневно употреблял сахарсодержащие продукты, и 38 (7,6%) – пищевую соль в избыточном количестве (более 5 г в день).

Таким образом, характер питания опрошенных показал, что 11,7% ежедневно употребляли полунасыщенные жиры, 51,3% употребляли углеводы и 7,6% - поваренную соль в избыточном количестве. Рекомендации ВОЗ по приёму фруктов и овощей соблюдала всего лишь треть респондентов.

Артериальная гипертензия. АГ была выявлена у 187 (37,6%) респондентов - 81 (43,3%) мужчин и 106 (56,7%) женщин. Средний показатель систолического давления у лиц с АГ был $153,4 \pm 11,5$ мм рт. ст., диастолического давления - $101,3 \pm 6,5$ мм рт. ст. Большинство респондентов (140 человек, из них 83 (59,3%) женщины и 57 (40,7%) мужчин; $p < 0,001$) имели более лёгкие формы гипертонии, т.е. первую степень. Средние цифры систолического артериального давления (САД) составили $146,25 \pm 5,4$ мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД) - $95,7 \pm 1,2$ мм рт. ст.

Вторая степень АГ, или же умеренная гипертензия, отмечалось у 41 (21,9%) респондента, в том числе 20 (48,8%) женщин и 21 (51,2%) мужчины ($p < 0,001$). Средний показатель САД в этой группе составил $166,1 \pm 4,9$ мм рт. ст., ДАД - $107,7 \pm 4,4$ мм рт. ст.

Гипертония 3 степени с повышением АД более 180/110 мм рт. ст. была зарегистрирована среди 6 (3,2%) респондентов, в том числе 3 (50%) мужчин и 3 (50%) женщин, без значимого гендерного различия ее частоты ($p > 0,05$). Среди этой группы респондентов САД составило $182,6 \pm 3,6$ мм рт. ст., ДАД – $115,5 \pm 5,5$ мм рт. ст.

Чаще всего АГ была зарегистрирована среди респондентов с полным средним ($n=78$) и высшим ($n=80$) образованием, нежели у респондентов с неполным средним образованием ($n=29$; $p < 0,001$). Следует отметить, что, в основном, АГ отмечалась у женатых и замужних ($n=125$), тогда как среди разведённых и вдов ($n=32$) она встречалась в четыре раза реже ($p < 0,001$).

Таким образом, эпидемиологический анализ показал, что у более трети опрошенных, отмечались высокие цифры АД. Лёгкая и умеренная степень АГ чаще отмечались у лиц женского пола, имеющих нормальную и избыточную массу тела, среднего и пожилого возрастов, страдающих гипергликемией.

Сахарный диабет и повышение толерантности к глюкозе. Гипергликемия была выявлена у 128 (25,8%) респондентов, у 67 (52,3%) из них был квалифицирован как нарушение толерантности к глюкозе, а в 61 (47,7%) – как СД. Гипергликемия чаще отмечалась среди женщин ($n=73$; 57,1%) нежели среди мужчин ($n=55$; 42,9%), что указывает на более высокую приверженность женщин факторам риска развития сахарного диабета ($p < 0,001$).

Наряду с этим четкой взаимосвязи гипергликемии и возраста респондентов не наблюдалось: она была выявлена во всех возрастных группах 18-44, 45-59 и 60-74 лет по 43, 42 и 40 случаев соответственно ($p > 0,05$). Однако была отмечена значимая разница сочетанности гипергликемии с АГ. Так, если среди лиц с первой

степенью АГ высокий уровень глюкозы в крови наблюдался у 41 (73,2%) респондентов, то при средней и тяжелой формах АГ гипергликемия была выявлена в 15 (26,8%) случаях ($p < 0,001$).

Особый интерес вызывает факт наличия гипергликемии среди замужних или женатых, который был зарегистрирован в 81 (63,3%) наблюдении, тогда как среди холостых, разведённых и вдов повышенный уровень глюкозы крови отмечался только у 47 (36,7%) человек ($p < 0,001$). Гипергликемия чаще наблюдалась у лиц с полным средним и высшим образованием, что указывает на то, что умственная нагрузка возможно может быть фактором риска развития сахарного диабета ($p < 0,001$).

Почти половина больных СД ($n=25$; 40,9%) лечились у народных целителей и знахарей, в том числе 10 (40%) мужчин и 15 (60%) женщин ($p < 0,001$). При этом 18 (29,5%) респондентов (6 (33,3%) мужчин и 12 (66,7%) женщин) все еще продолжали принимать лекарственные травы и народные средства для терапии диабета.

Таким образом, проведенный скрининг показал, что почти четверть населения имела гипергликемию, в том числе каждый десятый страдал сахарным диабетом, и это коснулось всех возрастных групп, имеющих нормальную и избыточную массу тела, первую степень гипертонии, находящихся в гражданском браке и являющихся, в основном, домохозяйками и работниками частного сектора.

Биохимические показатели риска ХНИЗ. Результаты исследования показали, что у 73 (14,7%) респондентов имелись нарушения липидного обмена в виде повышения ОХС, ЛПНП и ТГ и снижения ЛПВП (таблица 1).

Таблица 1. – Показатели биохимических анализов у респондентов

Показатель / единица измерения	Респонденты		
	среди общего числа	у лиц с повышенными показателями ($n=73$)	у лиц с нормальными значениями ($n=424$)
Общий холестерин, ммоль/л	5,18±0,97	8,44±0,32	3,21±0,5
ЛПНП, ммоль/л	3,4±0,9	4,1±0,5	2,8±0,6
ЛПВП, ммоль/л	1,32±0,37	0,9±0,2	1,6±0,3
ТГ, ммоль/л	1,31±0,92	1,8±0,4	0,9±0,2
Показатель / единица измерения	среди общего числа	у лиц с повышенными показателями ($n=32$)	у лиц с нормальными значениями ($n=465$)
Креатинин, мкмоль/л	81,8±16,4	135,2±15,4	90,4±10,2
Мочевина, ммоль/л	6,5±2,4	10,7±1,1	7,2±2,6
Показатель / единица измерения	среди общего числа	у лиц с повышенными показателями ($n=22$)	у лиц с нормальными значениями ($n=475$)
АЛТ, Е/л	24,2±2,6	58,4±6,2	20,5±2,2
АСТ, Е/л	25,3±2,8	57,9±5,8	20,4±2,3

Чаще нарушение липидного обмена имели место среди лиц женского пола ($n=48$) по сравнению с мужским ($n=25$), что возможно обусловлено гормональными

ми изменениями ($p < 0,001$). Повышенные уровни креатинина и мочевины имели место среди 32 (6,4%) респондентов, АЛТ и АСТ - в 22 (4,4%) наблюдениях. Повышение печёночных трансаминаз не ассоциировалось с развитием ХНИЗ, кроме избыточной массы тела (таблица 2). В основном, отмечалась ассоциация развития всех форм ХНИЗ с показателями липидного спектра крови, а ХБП - с креатинином и мочевиной.

Таблица 2. – Риск развития ХНИЗ ассоциированным с биохимическими показателями крови

Показатель / единица измерения	Риск развития ХНИЗ – Отношение шансов (95% доверительный интервал)				
	АГ	ХБП	СД	ХОБЛ	Избыточная масса тела
Общий холестерин, ммоль/л	1,32 (1,1-1,5)	0,82 (0,55-1,1)	0,95 (0,85-1,35)	1,1 (0,92-1,34)	1,3 (0,98-1,36)
ЛПВП, ммоль/л	1,21 (0,98-1,5)	0,84 (0,57-1,18)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	1,2 (0,9-1,3)
ТГ, ммоль/л	1,32 (1,1-1,5)	0,82 (0,55-1,1)	0,95 (0,85-1,35)	1,1 (0,92-1,34)	1,3 (0,98-1,36)
Креатинин, мкмоль/л	0,54 (0,32-0,9)	1,6 (1,1-1,8)	1,3 (0,9-1,5)	0,60 (0,38-0,95)	0,8 (0,6-1,0)
Мочевина, ммоль/л	0,62 (0,36-0,9)	1,5 (1,1-1,8)	1,3 (0,85-1,4)	0,58 (0,36-0,9)	0,7 (0,5-0,9)
АЛТ, е/л	0,5 (0,2-0,8)	0,68 (0,26-0,88)	0,74 (0,43-0,92)	0,6 (0,4-0,9)	1,3 (0,8-1,6)
АСТ, е/л	0,51 (0,22-0,82)	0,69 (0,3-0,82)	0,72 (0,4-0,92)	0,5 (0,4-0,8)	1,2 (0,7-1,5)

Таким образом, основными неблагоприятными факторами риска развития ХНИЗ среди обследованной когорты была дислипидемия. Вместе с тем, высокие показатели АЛТ и АСТ следует считать, как маркеры риска развития ожирения и избыточной массы тела. В связи с этим, в качестве индикатора риска развития ХНИЗ необходимо во всех случаях определять показатели липидного обмена.

Совершенствование системы эпидемиологического надзора и определения рисков развития ХНИЗ среди населения ГБАО. Результаты исследования показали, что некоторые формы ХНИЗ имеют тенденцию к значимому ежегодному увеличению. Также почти у каждого второго-третьего респондентов выявлялись различные неблагоприятные ФР, в связи с чем проведение профилактических мероприятий по уменьшению их негативного влияния на развитие и прогрессирование ХНИЗ является актуальным и своевременным. В связи с этим нами предложен способ прогнозирования хронических неинфекционных заболеваний по основным негативным факторам, а также алгоритм, направленный на улучшение профилактических мероприятий и ранний скрининг ХНИЗ и МФР как в районных, так и в городских и областных специализированных медицинских центрах (Патент РТ №ТJ 1083 от 17.04.2020г.). Способ заключается в следующем: определяют ФР ХНИЗ: возраст, пол, наследственная предрасположенность, курение, питание, низкий уровень физической активности и образ жизни, употребление алкоголя, индекс массы тела, артериальное давление, уровень холестерина, уровень глюкозы, психосоциальные факторы (стресс, тревога, депрессия). Каждый ФР оценивается в баллах в зависимости от верификации показателей – от 0 до 3 баллов. По сумме баллов принимается следующее прогностическое заклю-

чение: при сумме от 0 до 3 баллов включительно определяют низкий, при сумме от 4 до 10 баллов – средний, при сумме от 11 до 20 баллов – умеренный и при сумме баллов от 21 до 35 – высокий риск развития ХНИЗ. Прогностические коэффициенты факторов риска и их вклад в развитие ХНИЗ представлены на рисунке 5.

С учетом выявленных уровней группы риска больных проводится дальнейшее целенаправленное адекватное комплексное обследование, лечение и профилактика риска развития ХНИЗ или их осложнений в следующем порядке:

- низкий уровень риска (0-3 балла) – проводился участковым врачом и врачом общего профиля. Врач даёт обзорную консультацию, а также пропагандирует здоровый образ жизни (не менее 5 мин);

- средний уровень риска (4-10 баллов) - подробная консультация врача - терапевта по определенным факторам риска развития ХНИЗ и пропаганда здорового образа жизни (не менее 10 мин);

- умеренный уровень риска (11-20 баллов). Особое плановое наблюдение врачом - терапевтом или профильным врачом, коррекция ФР развития ХНИЗ, подробная консультация и пропаганда здорового образа жизни (не менее 20 мин);

- высокий уровень риска (21-35 баллов). Диспансерное наблюдение, коррекция ФР развития ХНИЗ, подробная консультация риска развития ХНИЗ и пропаганда здорового образа жизни в лечебно-профилактических учреждениях от профессионального врача (не менее 30 мин) (рисунок 6).

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. ранний и своевременный метод прогнозирования ХНИЗ;
2. своевременное предупреждение о риске развития болезни или осложнений в формах заболеваний;
3. простота проведения метода, даже в районных и сельских условиях;
4. значительно низкие экономические растраты;
5. быстрое восстановление качества жизни больного.

Таким образом, предложенный лечебно-профилактический алгоритм позволяет своевременно оценить присутствие факторов риска развития ХНИЗ среди общего населения, провести активный ежегодный эпидемиологический мониторинг заболеваемости населения, а также выбирать группы высокого риска по ХНИЗ для своевременной диагностики и адекватного лечения имеющихся скрытых форм патологий.

Рисунок 5. - Шкала оценки и определения уровня риска развития ХНИЗ по основным факторам риска

Баллы	0 баллов		1 балл		2 балла		3 балла	
Описание и отметки	Описание	Отметка	Описание	Отметка	Описание	Отметка	Описание	Отметка
Немодифицируемые (неизменяемые, неуправляемые)								
Возраст (лет)	До 18 лет		18-44		45-60		> 60	
Пол			Женщина		Мужчина			
Наследственная предрасположенность	Не имеется ни у кого из семьи		Имеется у бабушки или дедушки		Имеется у родителей		Имеется у братьев или сестёр	
Модифицируемые (изменяемые, управляемые)								
Курение	Вообще не курит и не курил и в окружении никто не курит		Не курит, но курил раньше		Курит иногда или иногда находится рядом с курильщиком		Курит ежедневно или находится рядом с курильщиком	
Питание	Рациональное 3-разовое питание		Рациональное питание со злоупотреблением соли или простых углеводов		Нерациональное питание со злоупотреблением соли или простых углеводов		Нерациональное питание со злоупотреблением соли или простых углеводов, без ежедневного употребления фруктов и овощей	
Низкий уровень физической активности и образ жизни	Активный образ жизни, регулярно занимается спортом		Спортом не занимается, но минимум 10 км ходит пешком в день		Спортом не занимается, пешком ходит меньше 10 км в день		Сидячий образ жизни, спортом не занимается, пешком ходит меньше 5 км в день	
Употребление алкоголя	Вообще не употребляет и не употреблял ранее		Не употребляет, но ранее употреблял		Употребляет иногда		Употребляет часто	
Индекс массы тела (кг/м ²)	18,5 - 24,9		25-29,9		30-39,9		> 40	
Артериальное давление (мм рт. ст.)	С 110-130 Д 70-89		С 131-159 Д 90-95		С 160-180 Д 96-110		>С 180 >Д 110	
Уровень холестерина (ммоль/л)	< 5,0		5,0-6,5		6,5-7,8		> 7,8	
Уровень глюкозы натощак (ммоль/л)	< 5,0		5,0-5,5		5,6-6,1		> 6,1	
Психосоциальные факторы (стресс, тревога, депрессия)			Психоэмоциональное состояние отличное				Работа или жизнь с психоэмоциональными напряжениями	
Итого	0 x =		1 x =		2 x =		3 x =	
Всего набрано баллов								
Уровень риска	<i>Низкий</i>	<i>0-3</i>	<i>Средний I уровень</i>	<i>4-10</i>	<i>Умеренный II уровень</i>	<i>11-20</i>	<i>Высокий III уровень</i>	<i>21-35</i>

Рисунок 6. - Этапы профилактики ХНИЗ в зависимости от шкалы оценки и определения уровня риска развития ХНИЗ по основным факторам риска



Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Основными распространёнными нозологическими формами хронических неинфекционных заболеваний у населения Горно-Бадахшанской автономной области являются: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, йоддефицитные заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких, имеющие тенденцию к ежегодному росту, в основном, среди популяции молодого и среднего возрастов и женского пола [4-А, 5-А, 9-А, 10-А].
2. Наиболее распространёнными и значимыми факторами риска хронических неинфекционных заболеваний у населения высокогорной местности, являются нерациональное питание (63,4%), артериальная гипертензия (37,6%), злоупотребление алкоголем (24,9%), курение (27,4%), гипергликемия (25,8%), ожирение (8,9%) и дислипидемия (14,7%) [3-А, 8-А].
3. Установлена высокая взаимосвязь таких факторов риска, как курение, прием алкоголя, гипергликемия, избыточная масса тела и артериальная гипертензия с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хроническими обструктивными болезнями легких и сахарным диабетом. Маркерами развития и прогрессирования хронической болезни почек явились концентрация креатинина и мочевины в венозной крови и снижение скорости клубочковой фильтрации [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 7-А].
4. Предложенная шкала оценки факторов риска и их влияние на развитие хронических неинфекционных заболеваний и алгоритм профилактических мероприятий позволяют с минимальными материальными затратами активно выявлять лиц с повышенным риском и проводить коррекцию имеющихся нарушений в зависимости от уровня и возможностей лечебно-профилактических учреждений [4-А, 8-А, 11-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Высокая распространённость факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у исследованной когорты диктует необходимость проведения регулярных мероприятий, позволяющих реально оценить состояние здоровья населения и широко пропагандировать здоровый образ жизни для коррекции выявленных факторов риска.
2. Периодический скрининг (один раз в год) основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний позволяет дать реальную оценку состояния здоровья населения и осуществить проведение широкой пропаганды здорового образа жизни с целью коррекции выявленных факторов риска.
3. Широкое практическое применение разработанной шкалы оценки факторов риска позволяет с минимальными материальными затратами определить приверженность отдельных лиц различным группам риска и проводить соответствующие профилактические мероприятия, направленные на уменьшение негативного влияния факторов риска на здоровье и прогрессирование хронических заболеваний.
4. Профилактические мероприятия по выявлению и коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний должны включать в себя активный персон-

нальный скрининг и адекватное консультирование населения с учетом имеющихся факторов риска.

Список публикаций соискателя учёной степени

1. Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А] Гулбекова, З.А. Некоторые современные аспекты эпидемиологии и диагностики хронической болезни почек / А.С. Мирзоев, Н.С. Одинаев // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2018. – №4 (203). – С. 114-120.
- [2-А] Гулбекова, З.А. Хусусиятҳои эпидемиологии бемории санги пешоб дар аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон / Н.С. Одинаев, А.С. Мирзоев // Маҷаллаи илмӣ-амалии «Авҷи зуҳал». – 2019. – №1. – С. 109-116.
- [3-А] Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана / З.А. Гулбекова, М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, Х.Р. Махмудов // Вестник Авиценны. – 2020. – №2. – С. 209-221.
- [4-А] Анализ заболеваемости некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями в Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, З.А. Гулбекова, Х.Р. Махмудов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – №1. – С. 5-18.
- [5-А] Важнейшие аспекты эпидемиологии и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний / З.А. Гулбекова, С.М. Абдуллоев, Н.С. Одинаев, Х.Р. Махмудов // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – №2 (345). – С. 75-87.

2. Статьи и тезисы в сборниках конференций:

- [6-А] Хронические заболевания почек и мочекаменная болезнь: актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения / З.А. Гулбекова, Н.А. Зарипов, Н.С. Одинаев, Н.Б. Бахтиёрова // Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)», Том III «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». – Душанбе, 2019 г. – С. 262-263.
- [7-А] Эпидемиологические особенности заболевания почек в Горно-Бадахшанской автономной области / З.А. Гулбекова [и др.] // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов: «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 586-587.
- [8-А] Гулбекова, З.А. Шкала оценки уровня риска развития хронических неинфекционных заболеваний / З.А. Гулбекова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов: «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 369.
- [9-А] Гулбекова, З.А. Эпидемиология сахарного диабета у населения Горно-Бадахшанской автономной области / З.А. Гулбекова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Совре-

менные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 369.

[10–А] Гулбекова, З.А. Заболеваемость населения Горно-Бадахшанской автономной области ишемической болезнью сердца / З.А. Гулбекова, С.М. Абдуллоев // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов: «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития медицинской науки». – Душанбе, 2020. – С. 370.

Список изобретений

[11–А] Гулбекова, З.А., Абдуллоев С.М., Эгамназаров Х.Н., Бахтиёрова Н.Б., Махмудов Х.Р., Рузбойзода К.Р. Способ прогнозирования хронических неинфекционных заболеваний. Патент на изобретение № ТЈ 1083 от 17.04.2020г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ	–	артериальная гипертензия
АД	–	артериальное давление
ВОЗ	–	Всемирная Организация Здравоохранения
ГБАО	–	Горно-Бадахшанская автономная область
ДАД	–	диастолическое артериальное давление
ДИ	–	доверительный интервал
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	–	индекс массы тела
ЙЗ	–	йоддефицитные заболевания
ЛПВП	–	липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	–	липопротеиды низкой плотности
МФР	–	модифицируемые факторы риска
НФР	–	немодифицируемые факторы риска
ОИМ	–	острый инфаркт миокарда
ОХС	–	общий холестерин
ОШ	–	отношение шансов
САД	–	систолическое артериальное давление
СД	–	сахарный диабет
СКФ	–	скорость клубочковой фильтрации
СНД	–	страны с низким уровнем дохода
ССД	–	страны со средним уровнем доходов
ССЗ	–	сердечно-сосудистые заболевания
ФР	–	факторы риска
ХБП	–	хроническая болезнь почек
ХНИЗ	–	хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	–	хроническая обструктивная болезнь лёгких
ЭРС	–	экономически развитые страны

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616-036.22; 616-036.12

ГУЛБЕКОВА ЗАМИРА АКИМБЕКОВНА

**ТАВСИФИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА АРЗӢБИИ ОМИЛӢОИ
ХАТАРИ БЕМОРИӢОИ МУЗМИНИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ ДАР
ВИЛОЯТИ МУХТОРИ КӢҲИСТОНИ БАДАХШОНИ
ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарӢфти дараҷаи
илмии номзади илмӢои тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.02.02 - Вогиршиносӣ

Душанбе - 2021

Таҳқиқот дар кафедраи эпидемиологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ : **Одинаев Ниёз Сафарович**- доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи эпидемиологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ: **Нуров Рустам Мачидович** - доктори илмҳои тиб, директори Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Қурбонов Қосим Муродович - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия «12» феввали соли 2021 соати 15:00 дар маҷлиси Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734 003 ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj, +992935120020.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст,

Автореферат «_____» _____ соли 2021 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

Ҷураева Н.С.

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ (БМФС) сабаби асосии беморшавӣ, маъюбшавӣ ва фавти аҳоли дар аксарияти кишварҳо, махсусан, кишварҳои дорой даромади миёна ва паст боқӣ мемонад [World Health Organization, 2015]. Ба он бемориҳо асосан як қатор патологияҳои паҳнгардидаи дорой ҷараёни музмин, аз ҷумла бемориҳои дилу рағҳо (ихтилоли хунгардиши мағзи сар ва шараёнҳои коронарӣ), диабетӣ қанд, бемориҳои музминӣ роҳҳои нафас ва саратонӣ мансуб мебошанд [Kim H.C., Oh S.M., 2013; Lomia N. et al., 2020].

Дар пайдошавӣ ва пешравии БМФС омилҳои хатар (ОХ) нақши асосӣ доранд, ки барои бисёр бемориҳо муштарак буда, ҳангоми таъсиррасонии ҳамзамони онҳо дараҷаи вазнинӣ ва ҷараёни патологияҳои ғайрисироятӣ якбора афзоиш меёбад [Муромтсева Г.А. ва дигарон, 2014; Lim S.S. et al., 2012].

Назар ба маълумоти ахири воғиршиносӣ ҳашт омили хатар (ОХ) боиси то 75% фавти беморон аз БМФС мегарданд [Istilli P.T. et al., 2020; Yusuf S. et al., 2014]. Ба омилҳои мазкур таомхӯрии ғайримаъқул, дараҷаи пасти фаъолнокии ҷисмонӣ, истифодабарии машруботи спиртӣ, сигоркашӣ, фишорбаландии шараёнӣ, дислипидемия, дараҷаи барзиёди қанд дар хун, вазни барзиёди бадан ва фарбеҳӣ тааллуқ доранд [Муромтсева Г.А. ва дигарон, 2014; Manjrekar S.S. et al., 2014].

Сарфи назар аз баъзе комёбиҳо, дар пешгирӣ ва тасҳеҳи саривактии омилҳои хатари БМФС, солҳои ахир проблемаи мазкур, беш аз пеш, аҳамият пайдо карда, ҳамчунон яке аз ҳадафҳои афзалиятнок оид ба коҳиш додани фавти пеш аз муҳлат дар миёни аҳоли боқӣ мемонад [McNatt Z.Z., 2020]. Тибқи маълумоти пешгӯии экспертҳо дар охири даҳсолаи сеюми асри XXI басомади ҳодисаҳои фавт аз БМФС даҳҳо маротиба хоҳад афзуд ва дар маҷмуъ аз ҳамаи сабабҳои боқимондаи ҳодисаҳои фавт бештар хоҳад гардид [Lozano R. et al., 2012].

Нишондиҳандаҳои баланди дучоршавии ҳам БМФС ва ҳам ОХ аз бисёр ҷиҳат бо дараҷаи ғайрикофии пешгирии дубора алоқаманд мебошанд [Mendis S. et al., 2013]. Оид ба омӯзиши паҳншавии омилҳои хатари БМФС дар миёни кишрҳои гуногуни аҳолии аксарияти кишварҳо пажӯҳишҳои сершумор роҳандозӣ шудаанд [Бойтсов С.А. ва дигарон, 2015; Галстян А.Г., 2013; Добринина И.С., Ханина Е.А., 2018; Singhal A., 2014].

Аммо дар бораи таҳассуси омилҳои хатар, беморшавӣ ва методҳои тасҳеҳи онҳо дар миёни аҳолии кишвари мо, аз ҷумла дар ВМКБ то имрӯз маълумот вучуд надорад [Ҷосимова С.Ҷ., Тағоев Т.С., 2019; Нозиров Ҷ.Ҷ. ва дигарон, 2019; Раҳимов З.Я. ва дигарон, 2019]. Бинобар ин, баргузории таҳқиқоти мазкур оид ба тақмили низоми пешгирии ба минтақаҳо самтгиришудаи бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ дар асоси омӯзиши паҳншавии онҳо ва скрининги омилҳои хатари инкишофи онҳо мубрам мебошанд.

Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Солҳои охир ба бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ (БМФС) таваҷҷуҳи ҷиддӣ дода мешавад, ҷунки па-

тологияҳои мазкур дар сохтори беморшавӣ, маъюбшавӣ ва фавти аҳоли дар аксарияти кишварҳои ҷаҳон мавқеи пешбарро ишғол мекунанд [Русанова М.Ю., Подгаева В.А., 2017; Чукаева И.И. ва дигарон., 2016; Geidl W. et al., 2020; Girum T. et al., 2020; Kim H.C., Oh S.M., 2013]. БМФС аксаран дар миёни кишри аҳолии қобили меҳнат ба назар мерасад, ки маъюбшавии онҳо на танҳо ба коҳишёбии иқтидори зехнӣ ва истехсолӣ, балки ба афзоиши хароҷоти маблағҳои бучетии соҳаҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ барои муолиҷа ва нигоҳубини беморон боис мегардад [Бойтсов С.А., Самородская И.В., 2014; Турдалиева Б.С. ва дигарон, 2016; Dagenais G.R. et al., 2019; Kontsevaya A, Kalinina A., 2012;].

Дар омӯзиши воғиршиносӣ, пешгирӣ ва муолиҷаи БМФС ТУТ, пажӯҳишгоҳҳои пешбари илмию профилактикии ватанӣ ва хориҷӣ саҳми назаррас гузоштаанд [Бойтсова С.А. ва дигарон, 2015; БРА ТУТ, 1996; ТУТ, 2006; Исаев Я.В. ва дигарон, 2015; Bakhtiari A. et al., 2020; WHO, 2011]. Сарфи назар аз тадбирҳои профилактикӣ, дар сатҳи ҷаҳонӣ ва минтақавӣ, то кунун коҳиш додани сатҳи фавти аҳоли аз БМФС муяссар нагардидааст. Ин гуна тамоюл дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳам ба назар мерасад, ки дар ин ҷо дар сохтори беморшавии аввалия ва фавт дар соли 2017 бемориҳои дилу рағҳо ва узвҳои нафаскашӣ мавқеи пешравро ишғол карданд. [Раҳимов З.Я. ва дигарон, 2019].

Ҳамин тавр, БМФС дар инкишофи беморшавӣ, маъюбшавӣ ва фавт то ба имрӯз мавқеҳои пешбарро ишғол мекунанд. Басомади дучоршавии онҳо ба чинс, синну сол, минтақаи зист ва мавҷудияти омилҳои хатар дар миёни аҳолии минтақаи мушаххаси ҷаҳон вобастагӣ дорад. Таҳқиқотҳои қобили мулоҳиза оид ба омӯзиши БМФС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чандон зиёд гузаронида нашудаанд ва фақат як қатор пажӯҳишҳо оид ба воғиршиносии бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ) [Абдуллоев С.М., 2019], фишорбаландии шараёнӣ (ФБШ) ва бемории ишемикии дил (БИД) [Нозиров Ч.Х. ва дигарон, 2019; Раҳимов З.Я. ва дигарон, 2019] анҷом дода шудаанд. Шаклҳои дигари нозологии БМФС, ки дар сохтори фавти аҳоли саҳми назаррас доранд, ҳанӯз омӯхта нашудаанд, як қатор масъалаҳои ҳалношуда оид ба муайянсозии барвақт ва пешгирии инкишофи онҳо мавриди омӯзиш қарор нагирифтаанд, ки таҳқиқоти диссертатсионии мазкур низ ба таҳқиқи ҳамин масъалаҳо бахшида шудааст.

Заминаҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Асоси назариявии таҳқиқоти мазкурро пажӯҳишҳои қаблан анҷомгирифтаи илмию амалии муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба проблемаҳои воғиршиносӣ, ошкорсозии барвақтӣ, профилактика инчунин муолиҷаи саривактии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва омилҳои хатари инкишофи онҳо ташкил медиҳанд.

Дар пажӯҳиши мазкур бо мақсади ҳаллу фасли масъалаҳои матраҳгардида методи кросс-сексионии таҳқиқоти воғиршиносӣ истифода гардидааст, ки басомади пайдошавии БМФС дар миёни аҳолиро вобаста ба чинс, синну сол ва минтақаи зист, инчунин омилҳои иҷтимоӣ дар назар мегирад.

Ҳамчунин бо мақсади амалӣ сохтани таҳқиқот воситаи скрининги омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ, ки аз тарафи ТУТ,- саволномаи STEPS, тасдиқ шудааст, истифода карда шуд, мувофиқи он таҳқиқоти умумиклиникии респондентҳо бо роҳи ҷен кардани нишон-

дихандаҳои фишори шарёнӣ, басомади набз, қад, массаи бадан, шохиси массаи бадан ва даври камар гузаронида шуд. Ба усулҳои лаборатории таҳқиқот муайян кардани сатҳи холестерини умумӣ, липопротеидҳои зичиашон баланд ва паст, билирубини умумӣ, глюкозаи хун, мочевина ва креатининро дохил карданд. Муайян кардани суръати филтратсияи калобачаҳо аз рӯи формулаи Конкрофт-Голт анҷом дода шуд. Ихтилоли функсияи филтратсионии гурдаҳо хангоми паст шудани камтар аз 90мл/дақ. ба қайд гирифта шуда буд.

Скрининг тавассути STEPS имконият дод, ки мавҷуд будан ё набудани омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ нисбатан объективитар баҳогузорӣ карда ва ҳамчунин дар асоси онҳо алгоритми пешгирӣ намудани онҳо, сари вақт ошкор кардан ва табобати муносиб таҳия карда шавад. Натиҷаҳои ба даст овардашуда таҳти таҳлили интиқодии аналитикӣ, омӯрӣ ва муқоисавӣ қарор гирифтанд, ки дар натиҷаи ин нуктаҳои барои химоя пешниҳодшаванда, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ мураттаб сохта шуданд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Ҳадафи таҳқиқот. Такмил додани низоми пешгирии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ба минтақавӣ нигаронидашуда дар асоси омӯзиши паҳншавӣ ва скрининги омилҳои хатари инкишофи онҳо.

Объекти таҳқиқот. Маълумоти гузоришҳои солони МД «Маркази омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон» оид ба беморшавии аҳоли бо бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар давраи солҳои 2014-2018, инчунин 497 нафар аз ҷумлаи сокинони деҳаи Ванқалъаи ноҳияи Шугнони ВМКБ, ки бо онҳо оид ба ошкорсозии омилҳои хатари БМФС ва таъсири номусоиди он ба вазъи саломатии онҳо пурсишнома гузаронида шуда буд, объекти таҳқиқоти диссертатсияи мазкур мебошад.

Мавзӯи таҳқиқот. Паҳншавии БМФС дар байни аҳолии ВМКБ дар давраи солҳои 2014 - 2018, қонуниятҳо, вобастагӣ ва равандҳои афзоиш ва коҳишҳои беморшавии аҳоли вобаста ба минтақаи зист мавриди пажӯҳиш қарор дода шуд. Ҳамчунин дучоршавии омилҳои хатари инкишофи БМФС дар миёни аҳоли, роҳҳои пешгирӣ ва ошкорсозии барвақти омилҳои мазкур мавриди таҳқиқот будаанд.

Масъалаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбии басомади паҳншавии баъзе бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии калонсоли Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон.

2. Роҳандозии скрининги омилҳои хатари инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни ҳамаи аҳолии калонсоли Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон.

3. Бо роҳи таҳқиқоти ҳамзамони популятсионӣ муайян кардани манзараи воқеии воғиршиносии омилҳои хатари билқувваи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ.

4. Коркард намудани барномаи комплексии иттилоотию профилактикӣ барои ошкорсозӣ ва арзёбии омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон.

Усулҳои таҳқиқот. Дар ҷараёни иҷрои таҳқиқот усулҳои зерини пажӯҳиш мавриди истифода қарор дода шуданд: қонуниятҳои воғиршино-

сии паҳншавӣ ва гирифторшавии аҳоли ба бемориҳои музмини ғайрисироятӣ; антропометрия (андозагирии қад, вазн, даври камар, шохиси вазни бадан); таҳқиқоти умумиклиникӣ (ченкунии ФШ систоликӣ ва диастоликӣ, ҳисобкунии набз дар ҳолати оромӣ); афзорӣ (СБД) ва озмоишгоҳӣ (муайянкунии нишондиҳандаҳои ХУ, ЛПЗП, қанд, креатинин ва дурдаи пешоб дар хуни варидӣ, баҳисобгирии амалқарди полоишии гурдаҳо) ва сотсиологӣ (пурсишномакунонӣ оид ба омилҳои хатари БМҲС).

Соҳаи таҳқиқот ба шиносномаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.02.02 - Воғиршиносӣ: зербанди 3.2. Қонуниятҳо ва вижагиҳои ташаккулёбӣ ва паҳншавии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳоли барои ошқорсозии сабабҳо, шароит ва механизмҳои инкишофи онҳо; зербанди 3.6. - Такмилдиҳии методи воғиршиносӣ, коркард ва такмил додани низомҳои воғиршиносию иттилоотӣ барои самаранок идоракунии беморшавӣ ва саломатии аҳоли; зербанди 3.11. - Такмил додани низоми пешгирии дуввумӣ ва севвумии талафи саломатӣ дар тибби клиникӣ дар асоси методи воғиршиносии таҳқиқот (воғиршиносии клиникӣ ва тибби исботӣ) мутобиқат мекунад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Марҳилаҳои таҳқиқот ва таълифи диссертатсия фарогири чамъоварӣ ва таҳлили интиқодии адабиёт ва маъхазҳои дастраси бахшида ба ҷанбаҳои воғиршиносии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва омилҳои хатари онҳо; тасвияти мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот, чамъоварии мавод, коркарди оморӣ ва ироаи натиҷаҳои таҳқиқоти худии муаллиф мебошад. Бо дарназардошти басомади баланди паҳншавии омилҳои хатари БМҲС дар миёни ҳамаи аҳоли, равиши скрининги барвақтии онҳо ва комплекси тадбирҳои зиддивоғиршиносии ба ошқорсозии барвақтӣ ва муолиҷаи мувофиқ нигаронидашудаи беморони гирифтори БМҲС вобаста аз дараҷаи ҷорабинҳои муолиҷавию профилактикӣ пешниҳод карда шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоишии таҳқиқот. Барои анҷом додани пажӯҳиши мазкур гузоришҳои солонаи ТУТ дар бораи ҳолати саломатии аҳоли дар сатҳи ҷаҳонӣ, тавсияномаҳои аврупоӣ ва Федератсияи Россия оид ба ташҳис ва муолиҷаи баъзе шаклҳои БМҲС, асарҳои илмии донишмандони ватанӣ ва хориҷии интишоргардида дар маҷаллаҳо ва нашрияҳои тақризшаванда, ҳисоботҳои Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ВТ ва ХИА ҚТ) ва Академияи илмҳои тиббии ВТ ва ХИА барои солҳои 2016-2019, инчунин диссертатсияҳои Ҷимоягардида дар микёси Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил, маводи маҷмӯаҳои конференсияҳо ва конгрессҳои ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ ҳамчун пойгоҳи иттилоотию таҳқиқотӣ интиҳоб шуда буданд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот ва арзёбии боварибахшии онҳо тавассути ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, натиҷаҳои пурсиши шахсони фароғиршуда дар пажӯҳиш, таҳлили ҳамаҷонибаи воқеӣ ва омории онҳо, самти дуруст интиҳобгардидаи таҳқиқот, муқоисаи маълумоти бадастомада аз натиҷаҳои пажӯҳишҳои муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ, интишороти натиҷаҳои таҳқиқот дар маҷаллаҳои муътабари тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудаанд.

Навгониҳои илми таҳқиқот. Нахустин бор вижагиҳои манзараи во-гиршиносӣ ва басомади паҳншавии баъзе шаклҳои нозологии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшони Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди омӯзиш қарор дода шуд, ки он ба баҳодихии ҳақиқии ҳолати саломатии аҳоли ва таҳаввули тағйирёбии он мусоидат намуд.

Бори аввал скрининги популятсионии мавҷудияти омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии калонсоли Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ва иртиботу таъсири манфии онҳо ба ҳолати саломатии пурсидашудагон роҳандозӣ шудааст.

Аҳамияти пешгӯйкунии омилҳои хатари тағйирдиханда дар инкишоф ва пешравии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни сокинони маҳалҳои баландкӯҳ муқаррар карда шуд.

Ҷадвали арзёбӣ ва пешгӯии инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ аз рӯйи мавҷудияти омилҳои хатар ва алгоритми барномаи комплекси профилактикӣ оид ба назорати вогиршиносӣ, ошкорсозии саривактӣ ва бартарарфозии онҳо коркард ва таҳия гардидааст.

Аҳамияти назарии таҳқиқот. Натиҷаҳои бадастомада маълумотҳои мавҷударо дар бораи манзараи вогиршиносии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва омилҳои хатари инкишофи онҳоро дар миёни аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшони Ҷумҳурии Тоҷикистон мукамал месозад. Омилҳои хатари ошкоргардида бо ҳолати саломатии аҳолии ВМКБ, ҳамчун ангега барои иҷро намудани таҳқиқоти минбаъдаи илмӣ дар минтақаҳои дигари Ҷумҳурии Тоҷикистон ва коркарди роҳҳои пешгирӣ ва ошкорсозии барвақти онҳо дар сатҳи миллий бо мақсади коҳиш додани вазнинии бемориҳо метавонад хизмат намоянд. Скрининги роҳандозишудаи омилҳои хатари БМФС дар миёни гурӯҳҳои фарогирифтаи таҳқиқот барои пажӯҳиши минбаъдаи омилҳои мазкур дар миёни теъдоди зиёди аҳолии ноҳияҳои дигари ҷумҳурӣ барои муайянкунӣ ва арзёбии воқеии хатари маҷмӯии инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ истифода шуда метавонад.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои бадастомада дар чараёни баргузории таҳқиқот зарурати роҳандозии тадбирҳои марҳилавии вогиршиносӣ оид ба ошкорсозӣ ва мониторинги бемориҳои музмини ғайрисироятиро матраҳ менамояд. Баргузории скрининги саросарии омилҳои хатари тағйирёбандаи иртиботдошта бо бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар байни теъдоди зиёди аҳоли имкон медиҳад, ки вазнинии беморӣ дар миқёси ҷумҳурӣ коҳиш дода шавад. Корбурди амалии ҷадвали пешниҳодгардидаи арзёбии хатари инкишофи БМФС дар шароити муассисаҳои минтақавии муолиҷавию профилактикӣ имкони бо хароҷоти камтарини моддӣ ва дақиқии баланд муайян намудани ашхос аз гурӯҳи хатар, тасҳехоти саривактӣ иҳтилолоти мавҷуда амалӣ карда шавад.

Нуқтаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия:

1. Паҳншавии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон 18,7-21,9 ҳолат ба 100000 нафар аҳолиро ташкил дода, тамоюли ҳарсолаи афзоишро дар баъзе минтақаҳои он

дар миёни аҳолии синни чавон ва миёнсол, асосан, чинси занона доро мебошад.

2. Омилҳои бештар муҳими хатари инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар дар миёни аҳолии калонсоли Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ғайриҷиноятӣ нокифояи ҷисмонӣ, вазни барзиёд, ғизои ғайрисолим, суиистеъмоли машруботи спиртӣ, тамокукашӣ, фишорбаландии шароитӣ ва диабети қанд ба ҳисоб мераванд.

3. Басомади паҳншавии омилҳои хатари эҳтимолан назарраси бемориҳои музмини ғайрисироятӣ аз 6,7% то 27,4% -ро ташкил медиҳад ва бештар дар миёни шахсони чинси занонаи синни миёна ва калонсол ба қайд гирифта мешаванд, ки нуктаи мазкур бояд ҳангоми баргузории муоинаҳои профилактикии мунтазам ва мушоҳидаҳои динамикӣ аз болои ҳолати саломатии аҳоли ба назар гирифта шаванд.

4. Истифодаи густардаи чадвали пешниҳодгардидаи арзёбии омилҳои хатари инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ имкон медиҳад, ки шахсон аз гурӯҳи хатари баланд ошкор гардида, профилактика ва муолиҷаи бисёрмили комплексии онҳо ба роҳ монда шаванд.

Саҳми шахсии доктараб. Муаллифи таҳқиқот дар ҷамъоварии ҳамаи маълумоти оморӣ, дар баргузории пурсиш ва скрининги омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳоли шахсан иштирок кардааст. Ҳамчунин аз тарафи унвонҷӯ ҷамъоварӣ, коркард ва таҳлили адабиёти илмӣ дастраси марбут ба мавзӯи пажӯҳиш амалӣ гардида, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот тасвир шудааст. Аз тарафи диссертант коркарди оморӣ маълумоти бадастомада роҳандозӣ гардида, чадвали арзёбии инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва алгоритми профилактикаи онҳо пешниҳод шудааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Маълумоти дар ҷараёни таҳлили воғиршиносӣ ва баргузории скрининг бадастомада дар конференсияи XV-уми илмию амалии олимони чавон ва доносиҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (2020); конференсияи 66-уми солонаи илмию амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (2018) гузориш ва баррасӣ гардидааст. Ҳамчунин натиҷаҳои таҳқиқот дар ҷаласаи комиссияи проблемавии байникафедравӣ оид ба бемориҳои сироятӣ, воғиршиносӣ, беҳзистӣ, пӯсту зӯҳравӣ ва тандурустии ҷомеаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (Душанбе, 5 сентябри соли 2020, протоколи №2) мавриди муҳокима қарор дода шуд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар 10 таълифоти интишоргардида, аз ҷумла дар 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшавандаи Феҳристи тавсиянамудаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон инъикос ёфтаанд. Инчунин 1 патент барои ихтироот гирифта шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар 138 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳу тафсири адабиёти илмӣ, мавод ва методҳои таҳқиқот, ду боби таҳқиқоти худии муаллиф, баррасии натиҷаҳои бадастомада, хулоса

ва феҳристи адабиёт иборат мебошад. Диссертатсия дорои 24 расм ва 12 ҷадвал буда, феҳристи адабиёт ва маъхазҳо 181 номгӯро дар бар мегирад, ки 107 номгӯ ба муаллифони ватанӣ ва кишварҳои ИДМ ва 74 номгӯ ба муаллифони хориҷӣ тааллуқ доранд.

Қисми асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили гузоришҳои ҳарсолаи МД «Маркази омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон» оид ба беморшавии аҳолии ВМКБ бо бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар давраи солҳои 2014-2018, инчунин 497 нафар аз ҷумлаи ҳамаи сокинони деҳаи Ванқалъаи ноҳияи Шугнони ВМКБ, ки бо онҳо пурсишномакунонӣ оид ба ошкорсозии омилҳои хатари БМФС ва таъсири номусоиди онҳо ба саломатии инсон амалӣ гардид, гузаронида шудааст.

Дар ҷараёни иҷрои пажӯҳиш методҳои зерини таҳқиқот ба кор бурда шуданд: қонуниятҳои воғиршиносии паҳншавӣ ва гирифташавии аҳоли ба бемориҳои музмини ғайрисироятӣ; антропометрия (андозагирии қад, вазн, даври камар, шохиси вазни бадан); таҳқиқоти умумиклиникӣ (ченкунии ФШ систоли ва диастоли, ҳисобкунии набз дар ҳолати оромӣ); афзорӣ (ЭКГ) ва озмоишгоҳӣ (муайянкунии нишондиҳандаҳои ХУ, ЛПЗП, қанд, креатинин ва дурдаи пешоб дар хуни варидӣ, баҳисобгирии амалқарди полоишии гурдаҳо) ва сотсиологӣ (пурсишномакунонӣ оид ба омилҳои хатари БМФС).

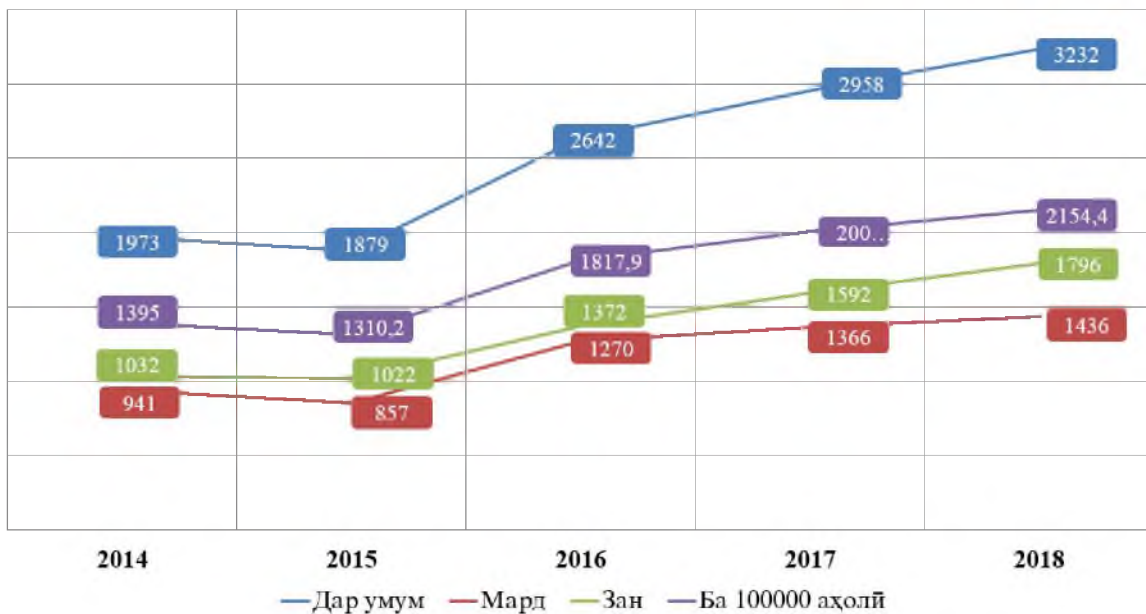
Таҳлили омории маълумот бо ёрии бастаи барномаҳо барои илмҳои иҷтимоӣ (SPSS) Нусхаи 21 анҷом дода шудааст. Натиҷаҳои маълумоти оморӣ бо ёрии омори тасвирӣ, ки асосан, шомили басомад барои бузургҳои номӣ ва тартибии тағйирёбанда, бузургҳои миёна, миқдос ва инхирофи стандартӣ барои бузургҳои тағйирёбанда ва тағйирёбандаи дискредитӣ ҷамъбаст шудааст. Барои инъикоси маълумот гистограммаҳо ва намудорҳои доиравӣ истифода шудаанд. Басомад ва фоизҳо барои тағйирёбандаҳои мақулавӣ муҳосиба гардиданд. Меъёрҳои «Химураббаъ» барои бузургҳои номӣ ҷиҳати муайянкунии робитаи байниҳамдигарӣ миёни тағйирёбандаҳои вобаста ва ғайривобаста истифода шудаанд. Барои омӯзиши амиқи робитаҳои байниҳамдигарии оморӣ ва пешгӯӣ методи регрессия истифода гардид. Натиҷаҳо нишон доданд, ки бузургии p баробар бо 0,05 ва камтар аз он аст, аз лиҳози оморӣ муҳим ҳисоб карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Зиннаи аввалро оид ба паҳншавӣ аз ҷумлаи БМФС дар миёни аҳолии ВМКБ фишорбаландии шараёнӣ, зиннаи дуюмро бемориҳои ғадуди сипаршакл ва зинаи сеюмро бемории ишемикии дил ишғол намуданд. Аз ҳама камтар дар миёни аҳолии ВМКБ паҳншавии бемории музмини гурдаҳо ва бемориҳои музмини обструктивии шушҳо ба қад гирифта шуд. Манзараи воғиршиносии ҳар як қадам намуди БМФС-ро вобаста аз ҷинс, синну сол ва минтақаи зист ба таври муфассал инъикос менамоем.

Фишорбаландии шараёнӣ дар миёни аҳолии ВМКБ. Фишорбаландии шараёнӣ дар соли 2014 дар 1973 нафар аз ҷумлаи 141438 нафар аҳолии сокинбуда ба қайд гирифта шуд. Солҳои минбаъда афзоиши тадриҷии назарраси он ба мушоҳида расид ва дар соли 2018 бошад, шумораи умумии аҳолии гирифтори алоими фишорбаландӣ 3232 нафарро аз ҷумлаи 150017 аҳолии сокинбуда ($p < 0,001$) ташкил дод (расми 1).

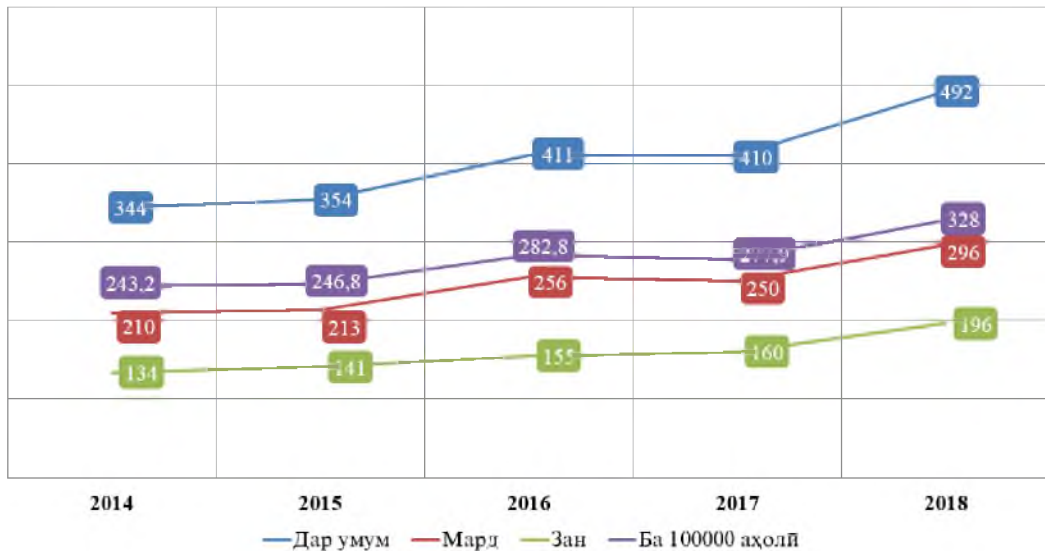
Аз бемории ФБШ бештар занон дар муқоиса бо мардон ($p < 0,001$) мубтало буданд ва чунин тамоюли тафовути гендерӣ дар мавриди мавҷудияти нишондиҳандаҳои баланди ФШ дар тамоми давраи таҳлилшаванда ба назар мерасид. Чунончи, агар дар соли 2014 алоими фишорбаландиро 1032 нафар занон ва 941 нафар мардон дошта бошанд, он гоҳ дар соли 2018 ба патологияи мазкур 1436 нафар мардон ва 1796 нафар занон мубтало ($p < 0,001$) буданд.



Расми 1. - Паҳншавии умумии ФБШ дар миёни аҳолии ВМКБ

Ҳамин гуна қонуният оид ба беморшавии умумии аҳоли ҳам ба назар мерасид ва агар дар соли 2017 нахустин бор ФБШ дар 316 нафар ошкор шуда бошад (220 нафар занон ва 96 нафар мардон), он гоҳ дар соли 2018 аввалин бор алоими фишорбаландӣ дар 274 нафар (204 занон ва 70 мардон) аз ҷумлаи сокинони доимии вилоят ба қайд гирифта шуда буд ($p < 0,001$).

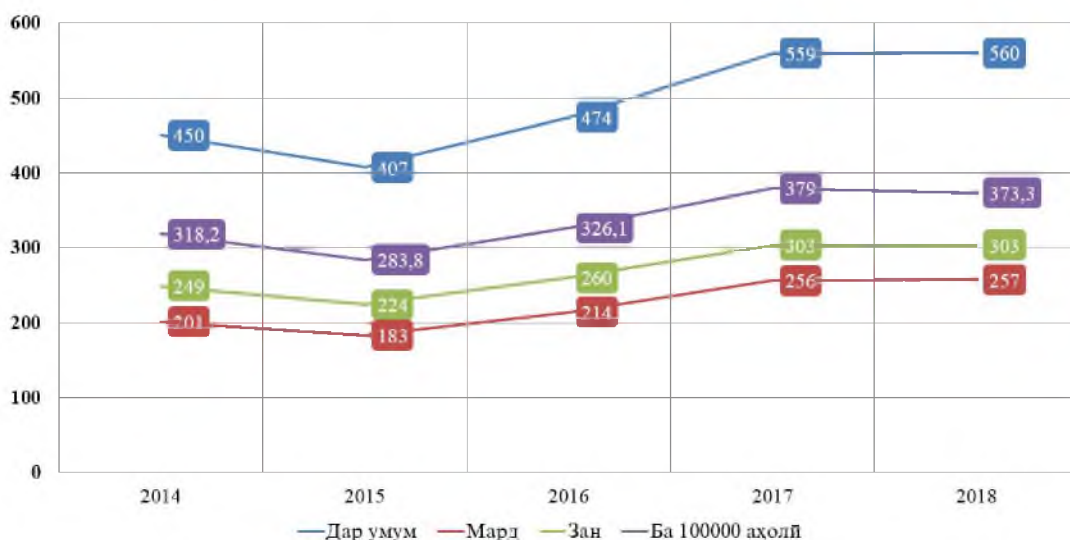
Манзараи эпидемиологии БИД дар миёни аҳолии калонсоли ВМКБ. Тибқи маълумоти бадастомада БИД дар дараҷабандии басомади паҳншавӣ дар миёни баъзе беморҳои музминӣ ғайрисироятӣ дар ВМКБ дар ҷойи севум қарор дошт (расми 2).



Расми 2. - Паҳншавии умумии БИД дар миёни аҳолии ВМКБ

Дар тафовут аз занон дар ҳолати ФБШ, ба бемории БИД бештар мардон мубтало мешаванд. Чунончи, агар дар соли 2014 ба БИД 210 нафар мардон ва 134 нафар занон гирифта шуда бошанд, дар соли 2018 шумораи онҳо, мутаносибан, то 296 ва 196 ҳолат ($p < 0,001$) афзоиш доштааст. Таҳлили панҷсолаи воғиршиносӣ нишон дод, ки ҳамчунин афзоиши умумии беморшавӣ ба ҳисоби 100000 нафар аҳоли, агар дар соли 2014 нишондиҳандаи мазкур 243,2 -ро ташкил дода бошад, дар соли 2018 то 328,0 нафар ба ҳисоби 100 000 нафар аҳоли афзоиш доштааст ($p < 0,001$).

Нишондиҳандаҳои паҳншавӣ ва беморшавии диабети қанд дар миёни аҳолии ВМКБ. Пажӯҳишҳои анҷомдодашуда нишон доданд, ки дар соли 2014 паҳншавии диабети қанд (ДҚ) дар ВМКБ 318,2 ҳолатро ба ҳар 100000 нафар аҳоли (расми 3), аз ҷумла 359, 3 ҳолатро дар миёни занон ва 278,6 ҳолатро дар миёни аҳолии мард ба 100 000 нафар ташкил медод.

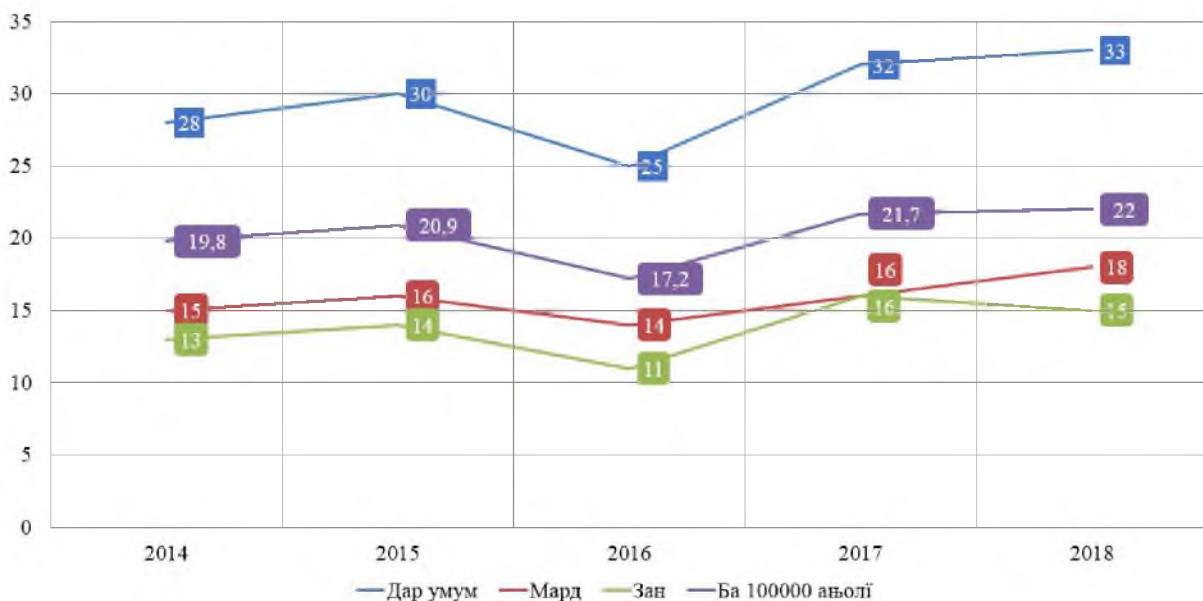


Расми 3. - Паҳншавии умумии диабети қанд дар миёни аҳолии ВМКБ

Аз соли 2016 ва баъд афзоиши тадричии назарраси сахми аҳолии мубтало ба ихтилоли мубодилаи глюкоза ба қайд гирифта шуда, дар соли 2018 он 373,3 ҳолат (303,0 ҳолат дар миёни занон ва 257,0 ҳолат дар миёни мардон) ба ҳисоби 100000 нафар аҳоли ($p < 0,001$)-ро ташкил додааст.

Ҳамин тавр, арзёбии воғиршиносии ДҚ дар аҳолии ВМКБ нишон дод, ки ба ин беморӣ ҳам ба мисли дигар шаклҳои БМФС тамоюли ҳарсолаи афзоиш дошта, патологияи мазкур бештар дар миёни занон ба қайд гирифта мешавад.

Вижагии беморшавии аҳолии ВМКБ бо бемории музмини гурдаҳо. Паҳншавии БМГ дар ВМКБ дар соли 2014 19,8 ҳолатро ба 100000 нафар аҳоли, аз ҷумла 20,8 ҳолат дар миёни мардон ва 18,8 ҳолатро дар миёни занон ба ҳисоби 100000 нафар аҳоли ташкил додааст ($p > 0,05$) (расми 4).



Расми 4. - Паҳншавии умумии БМГ дар миёни аҳолии ВМКБ

Дар тафовут аз дигар шаклҳои БМФС дар паҳншавии БМГ фарқияти назарраси гендерӣ ҷой надошт ва дар миёни ҳар ду ҷинс, яъне мардону занон яксон дучор меомад. Ҳамчунин афзоиши боэътимоди воғиршиносии беморшавии аҳолии ВМКБ бо патологияи мазкур дар солҳои минбаъда ва дар соли 2018 22,0 ҳолатро (23,5 ҳолат дар миёни мардон ва 20,4 ҳолат дар миёни занон) ба 100 000 нафар аҳолиро ($p > 0,05$) ташкил додааст.

Ҳамин тавр, арзёбии воғиршиносии БМГ дар миёни аҳолии ВМКБ нишон дод, ки патологияи мазкур нисбат ба дигар шаклҳои БМФС ҳам умуман, дар миёни ҳамаи аҳоли ва ҳам аз рӯи тақсимооти гендерӣ хеле камтар дучор мешавад. Ҳамчунин афзоиши назарраси паҳншавии беморшавии БМГ дар миёни аҳолии калонсоли вилояти номбурда дар давраи таҳлилшаванда ба қайд гирифта нашуд.

Натиҷаҳои скрининги омилҳои хатар ва муносибсозии тадбирҳои профилактикӣ. Дар миёни 497 нафар шахсони тахти скрининг қароргирифта омили хатари (ОХ) БМФС 265 нафар (53,3%) занон, 232 нафар (46,7%) мардон буданд. Шахсони синну соли 28-44 - сола - 189 нафар (38%), 45-59 - сола - 151

нафар (30,4%), 60-74 сола – 147 (29,6%) ва 75-90 - сола -10 нафар (2,0%) -ро ташкил меоданд.

Сӯхбат бо пурсидашудагон ва пур кардани пурсишнома бо ду забон - забони русӣ (157; 31,6%) ва забони помирӣ (шугнонӣ) (340; 68,4%) баргузор гардид. Бештар аз нисфи пурсидашудагон (n=281; 56,5%) таҳсилоти миёнаи пурра ва нопурра доштанд. Ҳамчунин аксарияти пурсидашудагон, аз ҷумла занон ҷойи кори доимӣ надоштанд ва муваққатан бекор буданд, ки мумкин аст дар ба даст овардани омилҳои хатари (ОХ) БМФС бинобар ҷой доштани фаъолияти пасти ҷисмонӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқоти антропометрӣ. Натиҷаи антропометрия таҳқиқшудагон нишон дод, ки 221 нафар (44,5%) вазни барзиёд доштанд. Нишондиҳандаи миёнаи вазни бадан $71,5 \pm 8,9$ кг, қад – $168,3 \pm 5,4$ см, вазни барзиёди бадан (ВББ – $25,2 \pm 3,4$ кг/м²- ро ташкил намуд. Тафовути назарраси вазни барзиёди бадан дар миёни занон (n=128; 57,9%) ва мардон (n=93; 42,1%) ($p < 0,013$), синни ҷавон ва миёнсол (n=158; 71,5%) дар муқоиса бо куҳансолон (n=63; 28,5%), одамони дорои дараҷаи таҳсилоти гуногун, дар никоҳбуда (n=144; 65,2%) ва асосан, соҳибхоназанҳо (n=75; 33,9%) ва кормандони бахши хусусӣ (n=57; 25,8%) ($p < 0,005$) ба қайд гирифта шудааст. Дар миёни ҳамаи шахсони дорои вазни барзиёди бадан фарбеҳии дараҷаи якумро (n=28; 63,6%) ва дараҷаи дуумро (n=16; 36,4%) 44 нафар (19,9%) пурсидашудагон, аз ҷумла 36 (81,8%) занон ва 8 нафар (18,2%) мардон ($p < 0,003$) доштаанд.

Ба ҳамин тартиб, тақрибан аз се як қисми ба таҳқиқот фарогирифташудагон, вазни барзиёди бадан аз ҷумла 8,9% фарбеҳии дараҷаҳои гуногун доштанд, ки дар навбати худ ба инкишоф ё авҷгирии муҳимтарин БМФС таъсири назаррас расонидааст.

Скрининги тамокукашӣ дар миёни ҳамаи аҳоли. Далели сигоркашии фаъол ё ғайрифавол дар 136 (27,4%) нафар пурсидашудагон, аз ҷумла 124 (53,4%) нафар мард ва 12 (4,5%) нафар зан ($p < 0,001$) муқаррар карда шуд. Ба тамокукашӣ асосан ҷавонон ва миёнасолон (n=96; 48,9%), дорои таҳсилоти миёнаи пурра ё олии (n=84,6%), дар никоҳбуда (n=86; 63,2%) ва кормандони бахши хусусӣ ё муваққатан бекорбудагон (n=84; 61,8%) машғул будаанд.

Таҳлили иртиботи сигоркашӣ бо дигар омилҳои хатари (ОХ) БМФС нишон дод, ки ҳамбастагии бештарини мусбат дар миёни гипергликемия (муносибати имконот (МИ) 1,1; фосилаи боварибахш (ФБ) 95% 1,01-1,12), фишорбаландии шараёнӣ (МИ 1,3; ФБ 1,1-1,4) ва бемориҳои музминии обструктивии шушҳо (МИ 1,45; ФБ 1,1-2,1) вучуд доштааст.

Истеъмоли машруботи алкулӣ ҳамчун омилҳои хатар дар миёни аҳолии умумӣ. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки 376 нафар (75,7%) пурсидашудагон ақаллан як бор дар зиндагии худ машруботи алкулдор, аз ҷумла 160 нафар (42,6%) онҳо занон, 252 нафар (67,02%) ҷавонон ва миёнсолон, 318 нафар (84,6%) бо таҳсилоти миёна ва олии ва 257 нафар (68,4%) дар никоҳ буданд. Ҳамчунон 124 нафар (24,9%) пурсидашудагон, аз ҷумла 102 нафар (82,3%) мардон ва 22 нафар (17,7%) занон на камтар аз 4 рӯз дар ҳафта, 183 нафар (36,8% (аз ҷумлаи онҳо 99 нафар (54,1%) мардон ва 84 нафар (45,9%) занон) ақаллан як маротиба дар муддати як моҳ машруботи алкулдорро истеъмол кардаанд.

Дар моҳи ахир, дар вақти гузаронидани пурсишнома, машруботи спиртиро, ақаллан ба миқдори кам 221 нафар (44,5%) (аз ҷумла 144 нафар (65,2%) мардон ва 77 нафар (34,8%) занон) нӯшидаанд. Дар ин ҳол 151 нафар (30,4%), (аз ҷумла 93 нафар (61,6%) мардон ва 58 нафар (38,4%) занон машруботи алкулиро дар вақти хӯрдани таом истеъмол кардаанд, дар 13 ҳолат (2,6%) мушоҳидаҳо (11 нафар (84,6%) мардон ва 2 нафар (15,4%) занон машруботи алкулиро новобаста аз таомхӯрӣ нӯшидаанд.

Ҷанбаи муҳимми дигари скрининги ОХ дар миёни тамоми аҳоли далели истифодаи якҷояи ҳам моддаҳои никотиндор ва ҳам нӯшидани машруботи алкули мебошад, ки он дар 118 нафар (23,7%) пурсидашудагон муқаррар гардид.

Ҳамин тавр, чунин ОХ, аз қабилӣ истеъмоли машруботи алкули ва тамокукашӣ, мутаносибан дар 124 нафар (24,9%) ва 136 (27,4%) пурсидашудагон ошкор карда шуд, 23,7% шахсон аз ҷумлаи тамоми аҳоли тамокукашони фаъол ва суиистеъмолкунандагони машруботи алкули буданд.

Ҷанбаи таомхӯрӣ ва ғизои пурсидашудагон. Аксарияти пурсидашудагон ($n=394$; 79,3%) равшанҳои растанӣ ($n=192$; 38,6%) ва равшани зардро ($n=202$; 40,6%) афзалият медоданд. Дар ҳамин ҳол 58 нафар (11,7%) аз теъдоди умумӣ ҳамаҷуз ба рои таом равшанҳои ҳайвонӣ ё маргаринро, ки дар таркибашон асосан кислотаҳои чарбии сердоранд, истеъмол мекарданд. Таҳлили речай истеъмоли меваҳо ва сабзавот нишон дод, ки аксарияти пурсидашудагон ($n=315$; 63,4%) ҳамаҷуз миқдори тавсияшудаи маҳсулоти хӯроквориро истеъмол намекарданд ва ба калориянокии ғизои истеъмолшаванда фақат 37 нафар (7,4%) шахсони пурсидашуда тавачҷух мекарданд. Парҳези маҳсусро 80 нафар (16,1%) пурсидашудагон, аз ҷумла ба рои лоғаршавӣ 19 нафар (7 нафар мард ва 12 нафар зан), парҳези оид ба вазъи саломатириро (вучуд доштани диабетӣ қанд) 61 нафар (31 нафар мард ва 30 нафар зан) риоя мекарданд.

Вижагии дигари ҷанбаи таомхӯрии аҳолии пурсидашуда истеъмоли барзиёди ангиштбӯҳои осонҳазм ва намаки ошӣ буд. Чунончи, тақрибан ҳар як пурсидашудаи дуҷум ($n=255$; 51,3%) ҳамаҷуз маҳсулоти қанддор ва 38 нафар (7,6%) - намаки оширо барзиёд истеъмол мекарданд (зиёда аз 5 г дар шабонарӯз).

Ҳамин тавр, ҷанбаи таомхӯрии аҳолии пурсидашуда нишон дод, ки 11,7% ҳамаҷуз равшанҳои ниммашбуъ, 51,3% ангиштбӯҳоро ва 7,6% намакҳоро барзиёд истеъмол мекарданд, тавсияномаи ТУТ оид ба истеъмоли меваҳо ва сабзавотро ҳамагӣ аз се як қисми пурсидашудагон риоя мекарданд.

Фишорбаландии шараёни. Фишорбаландии шараёни (ФБШ) дар 187 нафар (37,6%) пурсидашудагон, аз ҷумла дар 81 нафар (43,3%) мардон ва 106 нафар (56,7%) занон ошкор гардид. Рақамҳои миёнаи фишори шараёни систоли дар шахсони дорои фишори шараёни $153,4 \pm 11,5$ мм сут. симобро, фишори шараёни диастоли бошад, - $101,3 \pm 6,5$ мм сут. симобро ташкил медод. Аксарияти пурсидашудагон (140 нафар, аз онҳо 83 нафар (59,3%) занон ва 57 нафар (40,7%) мардон, $p < 0,001$ шаклҳои бештар сабуки фишорбаландӣ, яъне дараҷаи якумро доштанд. Рақамҳои миёнаи фишори шараёни систоли $146,25 \pm 5,4$ мм сут. симоб, фишори шараёни диастоли - $95,7 \pm 1,2$ мм сут. симобро ташкил медод

Дараҷаи дуҷоми ФБШ ё ин ки фишорбаландии муътадил дар 41 нафар (21,9%) пурсидашудагон, аз ҷумла 20 нафар (48,8%) занон ва 21 нафар (51,2%) мардон ($p < 0,001$) ҷой дошт. Нишондиҳандаи миёнаи фишори шараёнии систолий дар ин гурӯҳ $166,1 \pm 4,9$ мм сут. симоб, фишори шараёнии диастолий бошад, - $107,7 \pm 4,4$ мм сут. симобро ташкил меод.

Фишорбаландии вазнин дар шакли баландшавии фишори шараёни ба андозаи 180/110мм сут симоб дар миёни сеяки пурсидашудагон 6 нафар (3,2%), аз ҷумла 3 нафар (50%) мардон ва 3 нафар (50%) занон ба қайд гирифта шуда буд, ки дар ин ҷо тафовути назарраси гендерии дучоршавӣ ($p > 0,05$) ошкор нашудааст. Дар миёни ин гурӯҳи пурсидашудагон фишори шараёнии систолий $182,6 \pm 3,6$ мм сут. симоб, фишори шараёнии диастолий $115,5 \pm 5,5$ мм сут. симобро ташкил меод.

Қобили қайд аст, ки бештар аз ҳама ФБШ дар миёни шахсони дорои таҳсилоти миёнаи пурра ($n=78$) ва таҳсилоти олий ($n=80$) дар муқоиса бо шахсони дорои таҳсилоти миёнаи нопурра ($n=29$; $p < 0,001$) ба қайд гирифта шудааст. Ҳамчунин бояд қайд намуд, ки асосан ба ФБШ занон ва мардони издивоҷкарда ($n=125$) мубтало буданд, дар ҳоле ки дар миёни мардон ва занони талоқгирифта ($n=32$) камтар ($p < 0,001$) дучор меомаданд.

Ҳамин тавр, таҳлили воғиршиносӣ нишон дод, ки бештар аз сеяки аҳолии бо скрининг фарогирифташуда дорои рақамҳои баланди ФШ будааст. ФБШ сабук ва дараҷаи муътадил дар миёни занони дорои вазни муътадил ва барзиёди бадани миёнсолон ва куҳансолони гирифтори гипергликемия бақайд гирифта шудааст.

Диабети қанд ва ихтилолотии таҳаммулпазирӣ ба глюкоза. Гипергликемия дар 128 нафар (25,8%) пурсидашудагон ошкор гардидааст, аз ҷумла дар 67 нафар (52,3%) пурсидашудагон ихтилоли таҳаммулпазирӣ ба глюкоза ва дар 61 (47,7%) мушоҳидаҳои диабетии қанд (ДҚ) ҷой доштааст. Дар миёни 128 нафар шахсони дорои гипергликемия 55 нафар (42,9%) мардон ва 73 нафар (57,1%) занон буданд, ки ин хатари баланди инкишофи ДҚ-ро дар миёни занон ($p < 0,001$) нишон медиҳад.

Иртиботи гипергликемия ба синни пурсидашудагон ба қайд гирифта нашудааст: патологияи мазкур дар гурӯҳҳои синнусолии 18-44, 45-59 ва 60-74-сола, мутаносибан, дар 43,42 ва 40 ҳолат ($p > 0,05$) ошкор гардида буд. Тафовути назарраси басомади дучоршавии гипергликемия вобаста ба дараҷаи ФБШ ҷой дошт. Чунончи, агар дар миёни шахсони гирифтори дараҷаи якуми ФБШ қанди баланди таркиби хун дар 41 (73,2%) мушоҳидаҳои ҷой дошта бошад, он гоҳ ҳангоми шаклҳои миёна ва вазнини ФБШ гипергликемия дар 15 (26,8%) ҳолатҳо ошкор карда шудааст.

Далели мавҷудияти гипергликемия дар миёни мардону занони издивоҷкарда ҷалби тавачҷӯҳи махсус мекунад, ки дар 81 (63,3%) ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки дар миёни мучаррадон ва талоқгирифтагон, мардони танҳо ва бевазанҳо қанди барзиёди таркиби хун танҳо дар 47 нафар (36,7%) ($p < 0,001$) ҷой доштааст. Вобаста ба дараҷаи таҳсилоти фарогирифташуда, бештар гипергликемия дар миёни шахсоне ҷой дошт, ки дорои таҳсилоти миёнаи пурра ва олий буданд, ки нуктаи мазкур вобастагии баланди инкишофи диабетро аз дараҷаи сарбории зехнӣ ($p < 0,001$) тасдиқ менамояд.

Тақрибан нисфи беморони гирифтори ДҚ (n=25; 40,9%) дар назди табибони халқӣ ва гиёҳдармонҳо муолиҷа гирифтаанд, аз ҷумла 10 (40%) нафар мардон ва 15 (60%) занон ($p<0,001$). Дар ин ҳол, 18 нафар (29,5%) пурсидашудагон (6 нафар (33,3%) мардон ва 12 нафар (66,7%) занон) ҳангоми баргузори таҳқиқоти мазкур ба истеъмоли гиёҳҳои доруӣ ва давоҳои халқӣ барои табобати диабетӣ қанд идома медоданд.

Ҳамин тавр, скрининги баргузоргардида нишон дод, ки тақрибан чоряки аҳолии гирифтори гипергликемия, аз ҷумла ҳар нафари даҳум муътало ба диабетӣ қанд буда, ин падида ба ҳамаи гурӯҳҳои синнусолии дорои вазни муътадил ва барзиёди бадан, дараҷаи якуми фишорбаландӣ, дар никоҳи шаҳрвандӣ буда дахл дошт, ки асосан соҳибхоназан ва кормандони баҳши хусусӣ буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти маркерҳои биохимиявӣ хатари БМФС. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар 73 нафар (14,7%) пурсидашудагон ихтилолоти мубодилаи чарбӣ дар шакли холестерини умумӣ (ХУ), липопротеидҳои зичии паст (ЛПЗП) ва триглицеридҳо (ТГ) ва коҳишёбии липопротеидҳои зичии баланд (ЛПЗБ) (ҷадвали 1) ҷой доштанд.

Ҷадвали 1. - Нишондиҳандаҳои таҳлилҳои биохимиявӣ дар пурсидашудагон

Нишондиҳанда / воҳиди андозагирӣ	Пурсидашудагон		
	дар миёни шумораи умумӣ	дар шахсони бо нишондиҳандаҳои барзиёд (n=73)	дар шахсони дорои қиматҳои муътадил (n=424)
Холестерини умумӣ, ммол/л	5,18±0,97	8,44±0,32	3,21±0,5
ЛПЗП, ммол/л	3,4±0,9	4,1±0,5	2,8±0,6
ЛПЗБ, ммол/л	1,32±0,37	0,9±0,2	1,6±0,3
ТГ, ммол/л	1,31±0,92	1,8±0,4	0,9±0,2
Нишондиҳанда / воҳиди андозагирӣ	дар миёни шумораи умумӣ	дар шахсони бо нишондиҳандаҳои барзиёд (n=32)	дар шахсони дорои қиматҳои муътадил (n=465)
Креатинин, мкмол/л	81,8±16,4	135,2±15,4	90,4±10,2
Дурдаи пешоб, мкмол/л	6,5±2,4	10,7±1,1	7,2±2,6
Азоти боқимонда, мкмол/л	22,4±4,6	36,2±5,6	21,5±4,7
Нишондиҳанда / воҳиди андозагирӣ	дар миёни шумораи умумӣ	дар шахсони бо нишондиҳандаҳои барзиёд (n=22)	дар шахсони дорои қиматҳои муътадил (n=475)
АЛТ, Воҳ/л	24,2±2,6	58,4±6,2	20,5±2,2
АСТ, Воҳ/л	25,3±2,8	57,9±5,8	20,4±2,3

Аксаран ихтилолоти мубодилаи чарбӣ дар миёни занон (n=48) дар муқоиса бо мардон (n=25) ҷой дошт ($p<0,001$), ки бо тағйироти гормоналӣ ҳангоми ҳомиладорӣ вобастагӣ дорад. Афзоиши дараҷаи креатинин ва дурдаи пешоб дар 32 (6,4%) нафар ва АЛТ ва АСТ дар 22 (4,4%) мушоҳидаҳо ба қайд гирифта шуд. Нишондиҳандаҳои афзоишёфтаи трансминазаҳои ҷигар бо хатари инкишофи БМФС, бағайр аз вазни барзиёди бадан робита надоштанд.

(чадвали 2). Асосан, иртиботи инкишофи ҳамаи шаклҳои БМФС бо нишондиҳандаҳои спектри липидии хун, БМГ бошад бо креатинин ва дурдаи пешоб ба қайд гирифта шуд.

Чадвали 2. - Иртиботи хатари инкишофи БМФС бо нишондиҳандаҳои биофизикийи хун

Нишондиҳандаҳо / воҳиди андозагирӣ	Хатари инкишофи БМФС - муносибати имконот (95% фосилаи боварибахш)				
	ФБШ	БМГ	ДҚ	БМОШ	Вазни барзиёди бадан
Холестерини умумӣ, ммол/л	1,32 (1,1-1,5)	0,82 (0,55-1,1)	0,95 (0,85-1,35)	1,1 (0,92-1,34)	1,3 (0,98-1,36)
ЛПЗБ, ммол/л	1,21 (0,98-1,5)	0,84 (0,57-1,18)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	1,2 (0,9-1,3)
ТГ, ммол/л	1,32 (1,1-1,5)	0,82 (0,55-1,1)	0,95 (0,85-1,35)	1,1 (0,92-1,34)	1,3 (0,98-1,36)
Креатинин, мкмол/л	0,54 (0,32-0,9)	1,6 (1,1-1,8)	1,3 (0,9-1,5)	0,60 (0,38-0,95)	0,8 (0,6-1,0)
Дурдаи пешоб, мкмол/л	0,62 (0,36-0,9)	1,5 (1,1-1,8)	1,3 (0,85-1,4)	0,58 (0,36-0,9)	0,7 (0,5-0,9)
Азоти боқимонда, мкмол/л	0,60 (0,3-0,9)	1,6 (1,0-1,9)	1,2 (0,8-1,6)	0,6 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-0,9)
АЛТ, Воҳ/л	0,5 (0,2-0,8)	0,68 (0,26-0,88)	0,74 (0,43-0,92)	0,6 (0,4-0,9)	1,3 (0,8-1,6)
АСТ, Воҳ/л	0,51 (0,22-0,82)	0,69 (0,3-0,82)	0,72 (0,4-0,92)	0,5 (0,4-0,8)	1,2 (0,7-1,5)

Ҳамин тавр, омилҳои асосии номусоиди хатари инкишофи БМФС дар миёни гурӯҳи аҳолии аз тарафи мо таҳқиқшуда дислипидемия ва баландшавии дараҷаи креатинин ва дурдаи пешоб буданд.

Такмилдиҳии низоми арзёбии воғирпиносӣ ва муайянкунии хатари инкишофи БМФС дар ҳамаи аҳолии ВМКБ. Натиҷаи таҳқиқоти мо нишон дод, ки баъзе патологияҳои дилу рағҳо ва нафаскашӣ, инчунин ДҚ ва БҶН ба афзоиши назарраси харсола тамоюл дорад. Ҳамчунон тақрибан дар ҳар шахси дуюму сеюм аз миёни ҳамаи аҳолии омилҳои гуногуни номусоиди хатар ошкор карда шуданд, ки дар ин робита баргузори тадбирҳои пешгирӣ оид ба коҳишёбии таъсири манфии он ба инкишоф ва авҷгирии БМФС мубрам ва саривақтӣ мебошад. Дар ин робита мо равиши пешгӯии БМФС-ро аз рӯи омилҳои асосии манфӣ, инчунин алгоритми ба беҳсозии тадбирҳои профилактикӣ ва скрининги барвақтии БМФС ва ОХ ҳам дар шароити марказҳои тиббии махсусгардонидашудаи минтақавӣ ва ҳам шахрию вилоятӣ пешниҳод намудем (Патени ҚТ №ТҶ 1083 аз 17.04.2020с.).

Равиши татбиқи он аз ин қарор аст: ОХ БМФС: синну сол, чинс, тамоюли ирсият, тамокукашӣ, таомхӯрӣ, дараҷаи пасти фаъолияти ҷисмонӣ ва тарзи зиндагӣ, истеъмоли машруботи алкулӣ, шохиси вазни бадан, фишори шараёнӣ, дараҷаи холестерин, дараҷаи глюкоза, омилҳои равонию иҷтимоӣ

(стресс, ташвиш, афсурдахолӣ) муайян карда мешавад. Ҳар як ОХ бо ҳолҳо вобаста аз тасдиқшавии нишондиҳандаҳо аз 0 то 3 ҳол баҳогузорӣ мешавад.

Аз рӯйи маҷмӯи ҳолҳо чунин хулосаи пешгӯйкунӣ бароварда мешавад: ҳангоми маҷмӯи аз 0 то 3 ҳол - хатари паст, ҳангоми аз 4 то 10 будани ҳолҳо - хатари миёна, ҳангоми аз 11 то 20 ҳол будан - хатари муътадил ва дар сурати аз 21 то 35 будани ҳолҳо - хатари баланди БМФС муайян мегардад. Зарибҳои пешгӯйкунии омилҳои хатар ва саҳми онҳо дар инкишофи БМФС дар расми 5 нишон дода шудааст.

Бо дарназардошти дараҷаҳои хатари ошкоргардидаи беморон муолиҷаи минбаъдаи мақсаднок, мувофиқ ва комплексӣ ва пешгирии хатари онҳо ё оризаҳои онҳо ба тартиби зерин роҳандозӣ мегардад:

- Дараҷаи пасти хатар (0-3 ҳол) - аз тарафи табиби минтақавӣ ва табиби тахассуси умумӣ муайян карда мешавад. Табиб оид ба БМФС машварати муқаддамотӣ дода, тарзи ҳаёти солимро таблиғу тавсия мекунад (на камтар аз 5 дақиқа);

- Дараҷаи миёнаи хатар (4-10 ҳол) - машварати муфассали табиби бемориҳои дохилӣ оид ба омилҳои муайяншудаи хатари БМФС ва таблиғ намудани тарзи ҳаёти солим (на камтар аз 10 дақиқа);

- Дараҷаи муътадили хатар (11-20 ҳол). Мушоҳидаи махсуси нақшавӣ аз тарафи табиби бемориҳои дохилӣ ё табиби мутахассис, тасҳеҳ намудани омилҳои хатари инкишофи БМФС ва машварати муфассал оид ба омилҳои хатари инкишофи БМФС ва таблиғи тарзи ҳаёти солим (на камтар аз 20 дақиқа);

- Дараҷаи баланди хатар (21-35 ҳол). Муоинаи диспансерӣ, тасҳеҳи омилҳои хатари инкишофи БМФС, машварати муфассали табиб оид ба хатари инкишофи БМФС, таблиғи тарзи ҳаёти солим дар муассисаҳои муолиҷавию профилактикӣ аз тарафи табиби мутахассис (на камтар аз 30 дақиқа) (расми 6).

Ҷиҳатҳои мусбати алгоритми пешниҳодгардида аз инҳо иборат аст:

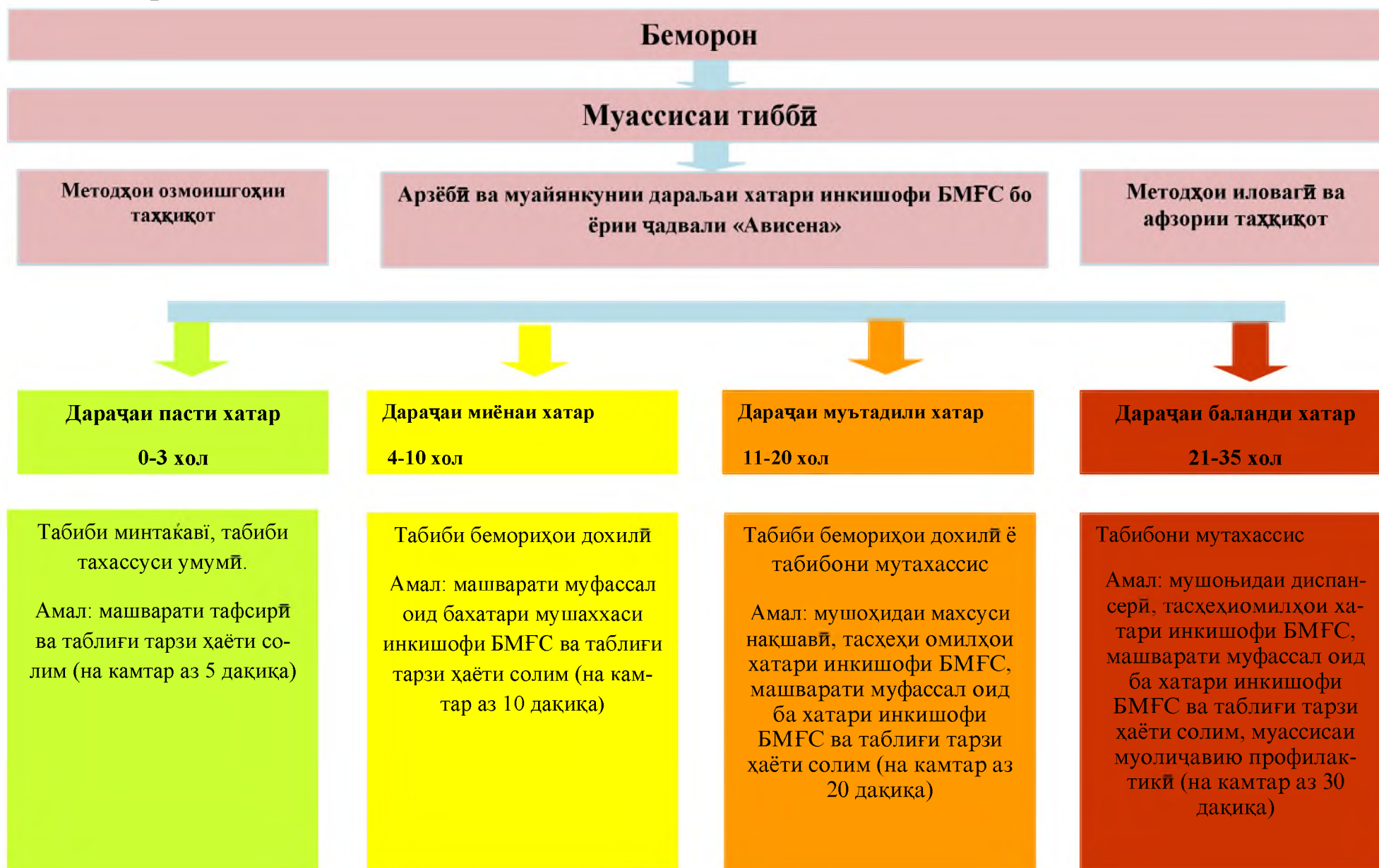
1. Методи пешгӯии барвақтӣ ва саривақтии БМФС.
2. Сари вақт огоҳ намудани хатари инкишофи беморӣ ё шаклҳои оризаноки бемориҳо.
3. Сода будани роҳандозии метод ҳатто дар шароити ноҳияҳо ва дехот.
4. Хароҷоти хеле камтари иқтисодӣ.
5. Ба зудӣ барқароршавии сифати зиндагии бемор.

Ҳамин тавр, алгоритми пешниҳодгардидаи муолиҷавию профилактикӣ имкони сари вақт арзёбӣ намудани мавҷудияти омилҳои хатари пайдошавии БМФС, баргузории мониторинги воғиршиносии фаъолонаи ҳарсолаи беморшавии аҳоли, инчунин интиҳоб намудани гурӯҳи хатари баланд оид ба БМФС-ро барои ташҳиси саривақтӣ ва муолиҷаи мувофиқи шаклҳои мавҷудаи ниҳонии патологияро дар миёни ҳамаи аҳоли имконпазир месозад.

Расми 5. - Ҷадвали арзёбӣ ва муайянкунии дараҷаи хатари инкишофи БМФС аз рӯи омилҳои асосӣ

холҳо	0 хол		1 хол		2 хол		3 хол	
Тавсиф ва қайдҳо	Тавсиф	Қайд	Тавсиф	Қайд	Тавсиф	Қайд	Тавсиф	Қайд
Омилҳои хатар								
Тағйирнаёбанда (бетағйирбуда, идоранапаванда)								
Синнусол	То 18- сола		18-44 - сола		45-60 - сола		>60 - сола	
Ҷинс			Зан		Мард			
Ирсан тамоқул доштан	Дар оила дарҳечкас вучуд надорад		Дар бобо ё бибӣ ирсан вучуд дорад		Дар волидайн вучуд дорад		Дар бародарону хоҳарон вучуд дорад	
Тағйирёбанда (бетағйир, идорапаванда)								
Тамоқукашӣ	Умуман тамоқу намекашад ва қаблан намекашад ва аз атрофиён ҳам ҳечкас тамоқу намекашад		Тамоқу намекашад, аммо қаблан мекашад		Баъзан тамоқу мекашад ё баъзан дар назди тамоқукаш қарор дорад		Ҳамарӯза тамоқу мекашад ё дар назди тамоқукаш қарор дорад	
Таомхӯрӣ	Таомхӯрии севактаи маъқул		Таомхӯрии маъқул бо суиистифодаи намак ва ангиштбӯҳои сода		Таомхӯрии гайримаъқул бо суиистифодаи намак ё ангиштбӯҳои сода		Таомхӯрии гайримаъқул бо суиистифодаи намак ва ангиштбӯҳои сода, бидуни истеъмоли ҳаррӯзаи меваҳо ва сабзавот	
Дараҷаи пасти фаъолнокии ҷисмонӣ ва тарзи зиндагӣ	Тарзи фаъоли зиндагӣ, мунтазам ба варзиш машғул мешавад		Ба варзиш машғул намешавад, вале дар як рӯз ҳадди ақал 10 км роҳ мегардад		Ба варзиш машғул намешавад, дар як рӯз камтар аз 10 км роҳ мегардад		Тарзи зиндагии нишастанӣ дорад, ба варзиш машғул намешавад, дар як рӯз камтар аз 5 км роҳ мегардад	
Истеъмоли машруботи алкулий	Умуман наменӯшад ва қаблан ҳам истеъмол накардааст		Наменӯшад, аммо қаблан истеъмол мекард		Баъзан истеъмол мекунад		Зуд зуд истеъмол мекунад	
Шохиси вазни бадан	18,5 - 24,9		25- 29, 9		30 - 39,9		> 40	
Фишори шараёнӣ	С 110-130 Д 70-89		С 131-159 Д 90-95		С 160-180 Д 96-110		>С 180 >Д 110	
Дараҷаи холестерин	< 5,0 ммол/л		5,0 - 6,5 ммол/л		6,5 - 7,8 ммол/л		>7,8 ммол/л	
Дараҷаи глюкоза дар шиками гурусна	< 5,0 ммол/л.		5,0 – 5,5 ммол/л.		5,6 –6,1 ммол/л.		>6,1 ммол/л	
Омилҳои равонию иҷтимоӣ (стресс, ташвиш, афсурдаҳолӣ)			Ҳолати олиҷаноби равонию отифавӣ				Қор ё зиндагӣ бо шиддатнокии равонию отифавӣ	
Дар маҷмӯъ	0 х =		1 х =		2 х =		3 х =	
Ҳамагӣ, холҳои бадастомада								
Дараҷаи хатар	ПАС	0-3	миёна дараҷаи I	4-10	муътадил дараҷаи II	11-20	баланд дараҷаи III	21-35

Расми 6. - Марҳилаҳои профилактикаи БМФС вобаста ба ҷадвали арзёбӣ ва муайянкунии БМФС аз рӯи омилҳои асосии хатар



Хулосаҳо

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Шаклҳои асосии нозологии паҳншудаи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон фишорбаландии шараёнӣ, бемории ишемикии дил, бемориҳои йоднорасоӣ ва бемории музмини обструксионии шушҳо буда, тамоюли афзоиши ҳамасолаи онҳо, асосан дар миёни аҳолии чавон, миёнасол ва ҷинси зан ҷой дорад [4-М, 5-М, 9-М, 10-М].
2. Омилҳои бештар паҳнгардида ва назарраси хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии маҳалҳои баландкӯҳ ин ғизои носолим (63,4%), фишорбаландии шараёнӣ (37,6%), суистеъмоли машруботи алкулӣ (24,9%), тамокукашӣ (27,4%), гипергликемия (25,8%), фарбеҳӣ (8,9%) ва дислипидемия (14,7%) мебошанд [3-М, 8-М].
3. Иртиботи ҳамбастагии баланди омилҳои хатар аз қабилӣ тамокукашӣ, нӯшидани машруботи алкулӣ, гипергликемия, вазни барзиёди бадан ва фишорбаландии шараёнӣ бо бемориҳои дилу рағҳо, бемориҳои музмини обструктивии шушҳо ва диабети қанд муайян карда шуд. Маркерҳои инкишоф ва авҷгирии бемории музмини гурдаҳо тамаркузёбии кератинин ва дурдаи пешоб дар хуни варидӣ ва коҳишёбии суръати положиши тӯбчай мебошанд [1-М, 2-М, 5-М, 6-М, 7-М].
4. Чадвалҳои пешниҳодгардидаи баҳогузориҳои омилҳои хатар ва таъсири онҳо ба инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва алгоритми тадбирҳои профилактикӣ имкон медиҳанд, ки бо камтарин хароҷот ба таври фаъолна шахсони дорои хатари баланд дошта ошкор ва тасҳеҳи ихтилолотӣ мавҷудбуда вобаста ба имконоти муассисаҳои муолиҷавию профилактикӣ амалӣ карда шавад [4-М, 8-М, 11-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Паҳншавии густардаи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқгардида зарурати роҳандозии тадбирҳои мунтазамро матраҳ месозад, ки имкони ба таври воқеӣ арзёбӣ намудани ҳолати саломатии аҳоли ва ба таври васеъ таблиғ намудани тарзи ҳаёти солим ба роӣ тасҳеҳи омилҳои ошкоргардидаи хатарро фароҳам меоварад.
2. Скрининги давравии (як маротиба дар як сол) омилҳои асосии хатари инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ба баҳогузориҳои ҳақиқии ҳолати солимии аҳоли мусоидат намуда, ба таблиғи васеи тарзи ҳаёти солимро бо мақсади бартарафсозии омилҳои муайяншудаи хатар амалӣ намуд.
3. Корбурди густардаи чадвали таҳиягардидаи арзёбии омилҳои хатар имкон медиҳад, ки бо камтарин хароҷоти моддӣ аҳоли аз ҷумлаи гурӯҳи хатари баланд ошкор карда шуда, тадбирҳои профилактикии ба коҳишёбии таъсири манфии омилҳои хатари мавҷуда нигаронида шуда ба ҳолати саломатӣ ва авҷгирии бемориҳои музмин роҳандозӣ гардад.

4. Тадбирҳои профилактикӣ оид ба ошкорсозӣ ва тасҳех намудани омилҳои хатари бемориҳои музмини ғайрисироятӣ бояд фарогири скрининги инфиродии фаъолна ва машваратдиҳии мувофиқ ба аҳоли бо дарназардошти омилҳои хатари назарраси вучуддошта бошад.

Феҳристи интишороти илмии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

1. Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Гулбекова, З.А. Некоторые современные аспекты эпидемиологии и диагностики хронической болезни почек / А.С. Мирзоев, Н.С. Одинаев // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2018. – №4 (203). – С. 114-120.

[2-М] Гулбекова, З.А. Хусусиятҳои эпидемиологии бемории санги пешоб дар аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон / Н.С. Одинаев, А.С. Мирзоев // Маҷаллаи илмӣ-амалии «Авҷи зуҳал». – 2019. – №1. – С. 109-116.

[3-М] Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана / З.А. Гулбекова, М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, Х.Р. Махмудов // Вестник Авиценны. – 2020. – №2. – С. 209-221.

[4-М] Анализ заболеваемости некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями в Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, З.А. Гулбекова, Х.Р. Махмудов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – №1. – С. 5-18.

[5-М] Важнейшие аспекты эпидемиологии и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний / З.А. Гулбекова, С.М. Абдуллоев, Н.С. Одинаев, Х.Р. Махмудов // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – №2 (345). – С. 75-87.

2. Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

[6-М] Хронические заболевания почек и мочекаменная болезнь: актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения / З.А. Гулбекова, Н.А. Зарипов, Н.С. Одинаев, Н.Б. Бахтиёрва // Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)», Том III «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее». – Душанбе, 2019 г. – С. 262-263.

[7-М] Эпидемиологические особенности заболевания почек в Горно-Бадахшанской автономной области / З.А. Гулбекова [и др.] // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов: «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 586-587.

[8-М] Гулбекова, З.А. Шкала оценки уровня риска развития хронических неинфекционных заболеваний / З.А. Гулбекова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов:

«Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 369.

[9–М] Гулбекова, З.А. Эпидемиология сахарного диабета у населения Горно-Бадахшанской автономной области / З.А. Гулбекова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 369.

[10–М] Гулбекова, З.А. Заболеваемость населения Горно-Бадахшанской автономной области ишемической болезнью сердца / З.А. Гулбекова, С.М. Абдуллоев // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов: «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития медицинской науки». – Душанбе, 2020. – С. 370.

Феҳристи ихтироот

[11–М] Гулбекова, З.А., Абдуллоев С.М., Эгамназаров Х.Н., Бахтиёрова Н.Б., Махмудов Х.Р., Рузбойзода К.Р. Способ прогнозирования хронических неинфекционных заболеваний. Патент на изобретение № ТЈ 1083 от 17.04.2020г.

Феҳристи ихтисораҳо

БДР	- бемориҳои дилу рағҳо
БИД	- бемории ишемии дил
БҶН	- бемории йоднорасоӣ
БМГ	- бемории музмине гурдаҳо
БМҶС	- бемориҳои музмине ғайрисироятӣ
БМОШ	- бемориҳои музмине обструктивии шушҳо
ВМКБ	- Вилояти Мухтори Кӯхистони Бадахшон
ДҚ	- диабети қанд
ЛПЗБ	- липопротеидҳои зичии баланд
ЛПЗП	- липопротеидҳои зичии паст
МИ	- муносибати имконот
ОХ	- омилҳои хатар
СПТ	- суръати ҷолоиши тӯбчай
СШМД	- сактаи шадиди мушаки дил
ТУТ	- Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
ФБ	- фосилаи боварибахш
ФБШ	- фишорбаландии шараёни
ФШ	- фишори шараёни
ФШД	- фишори шараёнии диастоли
ФШС	- фишори шараёнии систоли
ХУ	- холестирини умумӣ
ШВБ	- шохиси вазни бадан

АННОТАЦИЯ
на автореферат диссертации
Гулбековой Замиры Акимбековны
на тему «Эпидемиологическая характеристика и оценка факторов риска
хронических неинфекционных заболеваний в Горно-Бадахшанской
автономной области Республики Таджикистан»

Ключевые слова: *эпидемиология, хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, скрининг, диспансеризация.*

Цель работы. Совершенствование системы регионально-ориентированной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на основе изучения их распространенности и скрининга факторов риска их развития.

Методы исследования: Проводилось эпидемиологическое исследование распространённости ХНИЗ и оценка ФР их развития у населения ГБАО республики с разработкой комплексной программы по их профилактике. Для решения поставленных цели и задач исследования нами проведен как анализ заболеваемости населения ГБАО ХНИЗ, так и скрининг ФР среди 497 человек (в возрасте 18-90 лет) от общей популяции, проживающий на территории села Ванкальба Шугнанского района этой области. Скрининг ХНИЗ и ФР их развития проводился с использованием специально разработанной анкеты ВОЗ – «STEPS». Всем обследованным проведены стандартная ЭКГ, измерение АД и пульса, показателей роста, массы и ИМТ, а также ОХС, ЛПНП, глюкозы, креатинина и мочевины в венозной крови.

Полученные результаты и новизна. Впервые определена частота распространённости некоторых хронических неинфекционных заболеваний у населения ГБАО Республики Таджикистан которая составила от 18,7 до 21,9 случаев на 100000 населения и имеет тенденцию к ежегодному увеличению в некоторых ее регионах среди популяции молодого и среднего возрастов и в основном женского пола. Впервые проведен популяционный скрининг ФР ХНИЗ среди взрослого населения ГБАО в зависимости от пола, возраста, социального статуса и региона проживания, среди которых наиболее значимыми явились недостаточная физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, курение, артериальная гипертензия и сахарный диабет.

Впервые изучено прогностическое значение ФР в развитии и прогрессировании ХНИЗ у жителей высокогорной местности и предложены эпидемиологические мероприятия, широкое практическое применение которых позволит своевременно выявить категорию лиц из группы высокого риска и провести их комплексную многофакторную профилактику и лечение.

Рекомендации по использованию: полученные результаты диктуют необходимость проведения периодических эпидемиологических мероприятий по выявлению и мониторингу факторов риска ХНИЗ, а также широкой реализации предлагаемых профилактических мероприятий, направленных на их коррекцию и снижение частоты развития. Широкое практическое применение предложенной шкалы оценки риска развития ХНИЗ в условиях регионарных лечебно-профилактических учреждений позволяет с высокой точностью определять лиц из группы высокого риска и проводить своевременную коррекцию имеющихся нарушений.

Область применения: эпидемиология.

АННОТАТСИЯИ
автореферати диссертатсияи
Гулбекова Замира Акимбековна
дар мавзӯи «Тавсифи вогиршиносӣ ва арзёбии омилҳои хатари бемориҳои
музмини ғайрисироятӣ дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшони
Ҷумҳурии Тоҷикистон»

***Калидвожаҳо:** вогиршиносӣ, бемориҳои музмини ғайрисироятӣ, омилҳои хатар, скрининг, диспансерикунонӣ*

Мақсади таҳқиқот. Такмил додани низоми пешгирии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ба минтақаҳо самтгиришуда дар асоси омӯзиши паҳншавӣ ва скрининги омилҳои хатари инкишофи онҳо.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодагардида. Таҳқиқоти вогиршиносии паҳншавии БМФС ва арзёбии ОХ онҳо дар миёни аҳолии ВМКБ бо коркарди барномаи комплекси оид ба пешгирии онҳо роҳандозӣ гардид. Барои ҳалли мақсад ва масъалаҳои таҳқиқот аз тарафи мо ҳам таҳлили беморшавии аҳолии ВМКБ бо бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва ҳам скрининги омилҳои хатари инкишофи онҳо дар миёни 497 нафар (дар синнусоли 18-90 - сола) аз ҷумлаи ҳамаи аҳолии сокинбуда дар ҳудуди деҳаи Ванқалъаи ноҳияи Шугнони вилояти номбурда гузаронида шуд. Скрининги БМФС ва ОХ инкишофи онҳо бо истифодаи пурсишномаи барои ин кор махсусан таҳиягардидаи ТУТ - «**STEPS**» анҷом дода шуд. Бо ҳамаи шахсон таҳқиқшуда аз рӯи стандарт ЭКГ, андозагирии ФШ ва набз, нишондиҳандаҳои қад, вазн ва ШВБ, инчунин ХУ, ЛПЗП, қанд, креатинин ва дурдаи пешоб аз хуни варид амалӣ карда шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва наwgонии онҳо. Нахустин бор басомади паҳншавии баъзе бемориҳои музмини ғайрисироятӣ дар миёни аҳолии ВМКБ-и Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуд, ки он 18,7 то 21,9 ҳолатро ба 100 000 аҳоли ташкил дода, тамоюл ба афзоиши ҳамасола дар баъзе минтақаҳои он дар миёни аҳолии синни ҷавон ва миёнсол, асосан занон дорад. Барои аввалин маротиба скрининги популятсионии ОХ БМФС дар миёни аҳолии калонсоли ВМКБ вобаста ба чинс, синнусол, мақоми иҷтимоӣ ва минтақаи зист, ки дар миёни онҳо муҳимтарин ғаболнокии нокифояи ҷисмонӣ, ғизои ғайрисолим, суиистеъмоли машруботи спиртӣ, тамокукашӣ, фишорбаландии шараёнӣ ва диабети қанд буданд, анҷом дода шуд.

Бори аввал аҳамияти пешгуии ОХ дар инкишоф ва авҷгирии БМФС дар сокинони маҳалҳои баландкӯҳ мавриди омӯзиш қарор гирифта тадбирҳои вогиршиносӣ пешниҳод гардиданд, ки корбурди амалии онҳо имкони саривақт ошкорсозии теъдоди шахсон аз гурӯҳи хатари баланд ва роҳандозии профилактикаи комплекси бисёрромил ва муолиҷаи онҳоро фароҳам намудааст.

Тавсияҳо оид ба истифода: натиҷаҳои бадастомада дар ҷараёни баргузори таҳқиқот зарурати баргузори тадбирҳои марҳилавии вогиршиносиро оид ба ошкорсозӣ ва мониторинги омилҳои хатари БМФС, инчунин татбиқи густардаи тадбирҳои пешниҳодшавандаи профилактикии роҳнамо барои ислоҳи онҳо ва коҳиш додани беморшавии аҳоли аз бемориҳои ғайрисироятиро матраҳ менамояд. Корбурди густардаи чадвали пешниҳодгардидаи арзёбии омили хатари инкишофи БМФС дар шароити муассасаҳои муолиҷавию профилактикӣ имкон медиҳад бо дақиқии баланд шахсонро аз гурӯҳи хатари баланд муайянкунанда ва тасҳеҳи саривақтии ихтилолоти мавҷуда роҳандозӣ шавад.

Соҳаи корбурд: вогиршиносӣ.

ANNOTATION
for the dissertations abstract of
Gulbekova Zamira Akimbekovna
of the "Epidemiological characteristics and assessment of risk factors for chronic non-communicable diseases in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region of the Republic of Tajikistan"

Key words: epidemiology, chronic non-communicable diseases, risk factors, screening, clinical examination.

Objective: Improvement of the system of regionally oriented prevention of chronic non-communicable diseases based on the study of their prevalence and screening of risk factors for their development.

Research methods and equipment used. An epidemiological study of the prevalence of chronic non-communicable diseases and an assessment of the risk factors of their development in the population of GBAO was carried out with the development of a comprehensive program for their prevention. To solve the set goals and objectives of the study, we carried out both an analysis of the incidence of the population of GBAO chronic non-communicable diseases and screening of risk factors among 497 people (aged 18-90 years) from the general population living in the village of Vankala, Shugnan district of this region. Screening for chronic non-communicable diseases and risk factors of their development was carried out using a specially developed WHO questionnaire - "STEPS". All patients underwent a standard ECG, measurement of blood pressure and pulse, height, weight and BMI, as well as total cholesterol, LDL, sugar, creatinine and urea in venous blood.

Results obtained and novelty. For the first time, the frequency of prevalence of some chronic non-infectious diseases in the population of GBAO of the Republic of Tajikistan was determined, which ranged from 18.7 to 21.9 cases per 100,000 population and tends to increase annually in some of its regions among the population of young and middle ages and mainly women. For the first time, the population screening of risk factors and chronic non-communicable diseases was carried out among the adult population of GBAO depending on sex, age, social status and region of residence, among which the most significant were insufficient physical activity, unhealthy food, alcohol abuse, smoking, arterial hypertension and diabetes mellitus.

For the first time, the prognostic value of risk factors in the development and progression of chronic non-communicable diseases in residents of high mountainous areas was studied and epidemiological measures were proposed, the widespread practical application of which makes it possible to timely identify the category of people from the high-risk group and carry out their comprehensive multifactorial prevention and treatment.

Recommendations for use: The results obtained in the course of the study dictate the need for periodic epidemiological measures to identify and monitor risk factors for chronic non-communicable diseases, as well as the widespread implementation of the proposed preventive measures aimed at correcting them and reducing the incidence of non-communicable diseases in the population. The wide practical application of the proposed scale for assessing the risk of developing chronic non-communicable diseases in the conditions of regional medical and preventive institutions makes it possible to accurately identify persons from the high-risk group and to timely correct the existing disorders.

Application area: epidemiology.