

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

**УДК 616.831-005**

*На правах рукописи*

**ИСОЕВА МАНИЖА БАШИРОВНА**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТА В  
ПОПУЛЯЦИИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Г. ДУШАНБЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ  
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**по специальности 14.01.11 - нервные болезни**

**Научный руководитель:**

**доктор медицинских наук,**

**Р.А. Рахмонов**

**Душанбе 2019**

**Работа выполнена в ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».**

**Научный руководитель:** **Рахмонов Рахматулло Азизович**  
доктор медицинских наук, заведующий  
кафедрой неврологии и основ медицинской  
генетики ГОУ «Таджикский  
государственный медицинский университет  
им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:**

**Оппонирующая организация:**

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в  
«\_\_\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-038 при  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект  
Рудаки, 139, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский  
государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

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

**Джамолова Р.Д**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** Глобальная угроза неинфекционных заболеваний является серьезной проблемой общественного здравоохранения, проблемой, подрывающей социальное и экономическое развитие на мировом уровне. По актуальным оценкам, в случае 36 миллионов смертей (63%) из 57 миллионов которые были зарегистрированы по всему миру в 2008 г., причиной стало то или иное неинфекционное заболевание. Существенное место среди данных заболеваний отводится сердечно-сосудистой патологии (48% случаев) [O'Donnell M.J. 2010]. Значительную часть сердечно-сосудистых заболеваний составляет поражение сосудов мозга, например, мозговой инсульт: данное заболевание является наиболее значимым среди заболеваний нервной системы, высоко распространено и имеет тяжелые последствия для здоровья человека [Алфимова Г.Ю. 2010, Виберс Д. О. 2005, Магомаев М.Ф. 2014, Мешкова К.С. 2013, Пулатов А.М. 2011, Liang J. 2015, Chutinet A. 2014]. Так, смертность от инсульта по частоте уступает только смертности от ишемической болезни сердца и раковых заболеваний [Feigin V.L. 2014, 2016, Lopez M. 2011, O'Donnell M.J. 2010].

По оценке 2010 года [Feigin V.L. 2015] можно заметить, что частотность случаев инсульта среди населения продолжает расти. Кроме того, вызывает тревогу мировая тенденция увеличения числа инсультов у молодых людей и людей среднего возраста (возрастание на 25% в период с 1990 по 2010 гг.) [Feigin V.L. 2014]. Данную эпидемию инсульта возможно и следует остановить [D'Agostino R.V. 1994], поскольку более 90% инсультов возможно предотвратить [Cox J.L. 2011]. Главная роль в снижении частотности заболеваемости, инвалидизации и смертности отводится первичной профилактике, которая включает коррекцию базовых регулируемых факторов риска (далее – ФР) [Суслина З.А. 2012]. Задачей медицинских учреждений первичного звена здравоохранения является налаживание активной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга, их ранней диагностики и лечения. Данную задачу необходимо решить

на уровне врачебного территориального участка силами общепрактикующих врачей и участковых врачей-терапевтов [Мешкова К.С. 2013].

Республика Таджикистан (далее – РТ) – один из регионов, в котором на протяжении последних лет наличествует влияние группы социально-экономических и стрессовых факторов, неблагоприятных для здоровья населения. Длительно существующий психоэмоциональный стресс, депрессия, а также факторы внешней среды (климатический, экологический, метеорологический), пищевой дисбаланс повлияли на рост сердечно-сосудистой патологии, и, следовательно, цереброваскулярных заболеваний [Рахмонов Р.А. 2014]. Необходимо отметить, что детальный клинико-эпидемиологический анализ ФР инсульта по распространенности заболевания в РТ не проводился. Важно понимать, что статистические данные [Ежегодный статистический сборник МЗРТ, 2012, 2014] прошлых лет не обладают удовлетворительной информацией по указанному заболеванию среди населения. Отсутствие таких данных препятствует усовершенствованию качества медицинской помощи пациентами и улучшению профилактики цереброваскулярных заболеваний.

В целях проведения своевременного планирования широкомасштабных мер для профилактики инсульта возникает необходимость в создании базы актуальных эпидемиологических данных по ФР инсульта; также необходимо дать им комплексную оценку по международным рекомендациям. Крайне важным представляется анализ адекватности мер первичной профилактики, которые проводятся на уровне первичного звена здравоохранения.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Связь работы с научным проектом**

Данное исследование было проведено в рамках проекта международной ассоциации неврологии и нейронаук «Многоцентровое популяционное исследование факторов риска, клиники и прогностической значимости начальных проявлений цереброваскулярных заболеваний с

целью разработки системы профилактики нарушений мозгового кровообращения для лечебно-профилактических учреждений».

**Цель исследования.** Изучение особенностей структуры факторов риска инсульта с целью оптимизации профилактики в популяции лиц трудоспособного возраста г. Душанбе.

#### **Задачи исследования**

1. Оценить распространенность основных ФР развития инсульта в популяции трудоспособного возраста (40-59 лет) г. Душанбе
2. Сравнить структуру факторов риска развития инсульта у мужчин и женщин
3. Изучить ассоциацию неврологических симптомов с факторами риска развития инсульта
4. Определить структуру риска инсульта (score и рискометр)
5. Определить достаточность объема мероприятий по коррекции выявленных факторов риска, проводимых в рамках центра семейной медицины

**Научная новизна.** Впервые в результате скрининга открытой популяции 40-59 лет в г. Душанбе была изучена распространенность факторов риска развития инсульта; оказалось, что среды факторов риска наиболее часто распространены такие факторы как невротический синдром (61,8%), индекс массы тела  $\geq 26$  (60,9%), а также гиперлипидемия (30%) и АГ (27,9%). Впервые в г. Душанбе дана эпидемиологическая характеристика основным формам ЦВЗ: определили, что основную структуру составляет хронические формы. Оценен суммарный риск инсульта: в структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Получены сведения о недостаточности профилактических мероприятий в условиях городского центра здоровья.

#### **Основные положения выносимые на защиту**

1. В структуре модифицируемых факторов риска среди лиц 40-59 лет более половины занимает невротический синдром (61,8%) и ИМТ  $\geq 26$

(60,9%), а также гиперлипидемия (30%) и АГ (27,9%) занимающие большую часть, что подтверждает актуальность их выявления с целью своевременного предупреждения инсульта.

2. В структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Оценка суммарного риска инсульта с помощью специальных шкал является способом правильного контроля факторов риска инсульта.
3. Активное привлечение населения к лечебно-профилактическим мероприятиям, так как из всех обследованных лиц с БСК только 25,2% обращаются в центр здоровья.

**Апробация работы:** диссертационная работа заслушана и рекомендована к апробации на заседании кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ имени Абуали ибни Сино, протокол № 13 от апреля 2017 г. Материалы исследования были представлены на 2-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии», 11-12 мая 2014, Душанбе, годовых научно-практических конференциях молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе 2015, 2016), 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан (Душанбе, 2014), научно-практической конференции «Медицина и здоровье» посвященной 80-летию государственного учебного учреждения «Республиканский медицинский колледж» (Душанбе, 2015), международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в республике Таджикистан» (Душанбе, 2016).

Результаты исследования показывает необходимость диспансеризации и проведении профилактических мероприятий по предотвращению развития инсульта среди населения г. Душанбе. В работу медицинских учреждений внедрены методы комплексной оценки факторов риска развития инсульта по международным рекомендациям. Использование этих методов позволит оценить риск инсульта и своевременно провести профилактические меры.

**Опубликование результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 5 статей в журналах, входящих в реестр ВАК РФ.

**Личное участие автора в проведении исследования.** Автор принимала участие на всех этапах сбора материала: была координатором организации выезда скрининговых команд, приглашала и контролировала участников на проведение дополнительных методов обследования, консультации кардиолога и при необходимости эндокринолога. Автор контролировала аккуратность и точность ввода данных в базу через интернет, обработку и анализ полученного научного материала, с формулирование основных положений диссертации.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы и глав, посвященных описанию материалов и методов исследования, изложению полученных результатов и их обсуждения, содержит выводы и практические рекомендации. Работа изложена на 120 страницах машинописного текста, содержит 14 таблиц и 19 рисунков. Библиографический указатель включает 156 наименований, из них 70 отечественных и 86 иностранных источников.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования были 380 мужчин и женщин в возрасте 40-59 лет проживающие на территории обслуживаемым 6 отделением Городского центра здоровья №1 г. Душанбе. Согласившиеся на обследование проходили комплексное обследование в амбулаторных условиях с использованием унифицированной карты-опросника, разработанной лабораторией эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы научного центра неврологии Российской академии медицинских наук [М.А. Кравченко, 2014].

Изучались следующие немодифицируемые факторы риска (маркеры риска): возраст, пол, отягощенный наследственный анамнез по болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия (АГ) в возрасте до и

после 60 лет. Также изучались и оценивались модифицируемые факторы риска инсульта: а) курение при ежедневном выкуривании по крайней мере одной сигареты, либо прекращение курения менее, чем за 12 месяцев до момента исследования; курение в прошлом: как регулярное курение ранее и отказ от курения более, чем за 12 месяцев до момента обследования; никогда не курившие: не употребляющие табачные изделия, курившие регулярно менее года, а то случая к случаю; б) злоупотребление алкоголем, как употребление около 200,0 абсолютного алкоголя (спирта) в неделю (одна бутылка водки или две бутылки крепленого вина в неделю); в) сахарный диабет по данным анамнеза, записей в амбулаторной карте; г) ишемическая болезнь сердца по данным вопросника Роуза (стенокардия напряжения, возможный инфаркт миокарда в анамнезе), данным электрокардиограммы (ЭКГ) (признаки перенесенного инфаркта миокарда, АВ-блокады, блокады передней ножки пучка Гиса, нарушения ритма, изменения сегмента ST и зубца T); д) аритмия по данным участкового врача-терапевта, ЭКГ; е) прием оральных контрацептивов по данным анамнеза; ё) недостаточная физическая активность при наличии сидячей работы (5 и более часов) и недостаточности активного досуга – пешие прогулки, ходьба пешком на работу и обратно, утренняя зарядка, суммарно составляющего менее 10 часов в неделю; ж) избыточная масса тела как повышение индекса массы тела (по формуле Кетле – вес в кг/рост в м<sup>2</sup>) более 25; з) АГ по результатам повторного измерения АД, данным анамнеза, приему антигипертензивных препаратов;. Суммарный риск инсульта оценивали с помощью мобильного приложения «Рискометр инсульта» и шкалы SCORE.

Всем лицам проводились нейропсихологические тесты для определения состояния памяти (проба Лурия) и внимания (тест Мюнстенберга), изучалось качество жизни вопросником разработанным лабораторией эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы научного центра неврологии РАМН, оценка выраженности невротического

синдрома на основании данных шкалы «тревога-депрессия» (двух субшкал) и вопросника СВД

Регистрация ЭКГ производилась в покое (в положении лежа) в 12 стандартных отведениях, затем ЭКГ оценивалась двумя исследователями. При расшифровке ЭКГ использовали общие схемы расшифровки ЭКГ. Оценили регулярность сердечных сокращений, подсчитали частоту сердечных сокращений, определили электрическую ось сердца, анализ предсердного зубца и желудочкового комплекса.

Исследование холестерина и глюкозы в плазме крови проводилось на аппарате Hitachi-902 с помощью реактивов производства фирмы Roche Diagnostic. Кровь для анализа брали из локтевой вены в пробирки с ЭДТА (1мг/дл) утром натощак через 12-14 часов после приёма пищи. Содержание общего холестерина плазмы крови определяли биохимическими методами [В.В.Меньшикова,1987] в соответствии с требованиями постоянно действующей Международной системы стандартизации. Гиперхолестеринемию диагностировали при уровне общего ХС крови больше 6,5 ммоль/л. Гипергликемию оценивали при уровне глюкозы больше 6 ммоль/л.

По унифицированным критериям диагностировались [Рахмонов Р.А. 2015] следующие формы ЦВЗ: НПНКМ, преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА и ГЦК), инсульт, прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения в виде ДЭ.

Статистический анализ полученных результатов проводили на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, США). Абсолютные величины представлены в виде средних значений (M) и их ошибки ( $\pm m$ ), относительные величины – в процентном соотношении (%). Дисперсионный анализ абсолютных независимых показателей проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни, а относительных величин – с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## **Эпидемиологическая характеристика факторов риска инсульта среди трудоспособного населения г. Душанбе**

На исследуемом участке проживают 5782 человек, а в возрасте 40-59 лет составляет 914 человек из них 422 мужчин и 492 женщин. Из них обследовано 380 человек (мужчин – 160, женщин – 220). Обследовано 41,6% из списка. В основном (63,4%) обследованные лица находились в возрастном диапазоне 40-49 лет. Средний возраст обследованных лиц составил 47,9 лет. 57,9% обследованных составили лица женского пола. Среди обследованных преобладали работающие лица (57%) и с высшим образованием (39%).

Под наследственной отягощенностью по БСК принято считать наличие в анамнезе у ближайших родственников сердечно-сосудистых событий в возрасте до 55-60 лет. Отягощенный анамнез в виде инсультов или инфарктов, диагностированных у родственников в возрасте до 60 лет, выявлен в 13,3% случаев. У 13,2% пациентов сосудистые события у родственников развивались в возрасте старше 60. В 15,3% наблюдений родственники заболели АГ до 60 лет и в 19,5% случаев после 60. Таким образом, более чем у 20% обследованных выявлена наследственная предрасположенность к развитию сосудистых катастроф, а также до трет из них рано или поздно будут иметь повышенное артериальное давление.

Одним из распространенных факторов риска развития инсульта по нашим наблюдениям была артериальная гипертония. Средний уровень систолического АД у мужчин 40-49 лет составлял  $120,3 \pm 1,2$  ммрт.ст. В следующем десятилетии он возрастает на 5,1 ммрт.ст. Диастолическое АД также повышается с возрастом. Максимальный уровень диастолического АД ( $82,4 \pm 1,3$  ммрт.ст.) отмечается в возрастной группе 50-59 лет. В целом диастолическое АД у мужчин повышается на 3,4 ммрт.ст. ( $p_1 < 0,05-0,001$ ).

Средний уровень систолического АД в женской популяции 40-49 лет составлял 112,6 ммрт.ст. Как и у мужчин, систолическое давление повышается с возрастом и за анализируемые десятилетия жизни возрастает на 9,8 ммрт.ст. С возрастом у женщин повышается и средний уровень

диастолического АД. В целом диастолическое АД повышается за десятилетий на 5,9 ммрт.ст. ( $p_1 < 0,05-0,001$ ). Наряду с этим в возрастной группе 40-49 лет среднее значение артериального давления у женщин значительно ниже, чем у мужчин ( $p < 0,001$ ), в то время как в возрастной группе 50-59 лет среднее значение артериального давления у мужчин и женщин становится одинаковым ( $p > 0,05$ ).

Сравнивая распространенность АГ среди мужчин и женщин, следует отметить, что в группах 40-49 лет у женщин встречалась в 1,5 раза, чаще, чем у мужчин. В группе 50-59 лет различия в распространенности АГ становятся незначительными (1,3 раза). Распространенность АГ у трудоспособного населения г. Душанбе нарастает с возрастом, ее частота в популяции 40-49 лет составляет 20%, а в возрасте 50-59 лет – 41,4%.

Давность установления заболевания АГ составляло от 1 месяца до 30 лет. Больше всего (47,2%) имели давность от 1 месяца до 3 лет, а всего 12,3% имели давность заболевания более 10 лет. Степень АД оценивали классификацией ВОЗ. В основном (64,2%) больные АГ имели 1ст заболевания. У 3,8% больных АГ наиболее частыми цифрами АД были 180/110 ммрт.ст. Гипотензивную терапию курсами или постоянно (суммарно за год прием препаратов 5-6 или 8-10 месяцев) принимали всего 7% обследованных, имеющие АГ и целевые уровни АД достигнуты у 57,1%, кто лечится постоянно.

В общем, по всей выборке частота курения составила 3,1% (12 респондентов) и еще 19 (5%) человек отмечали курение в прошлом. При этом лица прекратившие курить более 12 месяцев составляет 14 (73,7%) человек, а менее 12 месяцев 5 (26,3%) человек. Закономерно распространенность данного фактора риска была существенно выше у мужчин, чем у женщин (16,1% против 2,3%) ( $p < 0,05$ ). 6 (19,4%) обследованных отметили, что курят или курили больше 1 пачки в сутки. Курение было наиболее распространено у мужчин 50-59 лет. Так, в возрасте 40-49 лет курили в момент обследования 3,6% (4 из 109) и в возрасте 50-59 лет 11,5% (6 из 52) мужчин (табл. 6).

Среди обследованных 5 (3,1%) мужчин отметили, что периодически злоупотребляют алкоголем и еще 22 (13,7%) мужчин и одна (0,5%) женщина отметили, что употребляли алкоголь в прошлом. Длительность злоупотребления алкоголем варьировал от 2 до 24 лет. Лица, злоупотреблявшие алкоголем, связывали свою вредную привычку с плохими социально-бытовыми и материальными условиями жизни. Они также отмечали, что это вредная привычка плохо влияет на физическое и психическое здоровье. Распространенность злоупотребление алкоголем в возрастной категории 50-59 лет в 3 раза выше по сравнению с группой 40-49 лет.

Из всего количества обследованных лиц гиподинамия была выявлена у 55 человек (14,5%). При этом данный ФР в 2 раза больше отмечался в женской популяции (18,3%), чем в мужской (9,3%). Половозрастной анализ распространенности гиподинамии среди женщин показал, что этот ФР был менее распространен среди лиц, находящихся в возрастном диапазоне 40-49 лет (15,2%), а при переходе на следующую декаду этот показатель увеличивается на 7,5%. Такая динамика роста распространенности гиподинамии в возрастных категориях 50-59 лет совпадают с затухающей физической активностью у лиц женского пола не только по чисто биофизиологическим причинам (пре-, менопауза), но и социальными факторами (переход на менее активные формы труда, выход на пенсию и пр.). Анализ распространенности гиподинамии среди мужской популяции также показал её зависимость от возраста. Распространенность гиподинамии возрастает от одной декады возрастного периода к другой на 3,3%.

При анализе связи поведенческих ФР с образованием выявлено, что у лиц с высшим образованием больше распространено курение: у лиц с высшим образованием в 9 (4,7%) случаях, у лиц со средним специальным и средним общим в 2 (1,05%) случаях. Прием алкоголя наоборот больше распространен среди лиц со средним образованием (1,57% и 1,06% соответственно).

В исследуемой популяции также установлена связь некоторых поведенческих ФР с занятостью населения. Среди работающих было выявлено 21(13%) человека, бросивших пить, тогда как среди домохозяек и пенсионеров – 1 (0,6%). Низкая физическая активность среди незанятого населения зарегистрирована в 42 (24,9%) наблюдениях, что статистически значимо чаще по сравнению с работающим населением – 13 (6,1%).

Сахарный диабет в анамнезе выявлен у 12 (3,1%) пациентов, необходимо отметить, что при обследовании нормальный уровень не отметили ни у кого, что может свидетельствовать о проведении недостаточно эффективной гипогликемической терапии. Распространенность СД одинаково среди женской и мужской популяции. В нашем исследовании СД чаще наблюдается в возрастной категории 40-49 лет (3,7% и 2,1%).

Среди лиц с ожирением женщины преобладают над мужчинами. Среди всех женщин с повышенной массой тела преобладают женщины с избыточной массой тела (63,7%), на втором месте - женщины с ожирением (35,6%) и женщины с выраженным ожирением (ожирение 3 ст по ВОЗ (1997)) (0,7%). Женщины с избыточной массой тела преобладают в возрастной категории 40-49 лет (73,4%), с ожирением - больше в возрастной категории 50 лет и более (51,9%).

Среди всех мужчин с повышенной массой тела преобладают мужчины с избыточной массой тела (87,6%), на втором месте - мужчины с ожирением (12,3%), а мужчин с выраженным ожирением не выявили, среди обследованных. Возрастные особенности ожирения у мужчин аналогичны женщинам. Повышение ИМТ чаще встречалось у работающего населения – в 133 (63%) случаях, чем у неработающего – 99 (61,4%).

Показатель липидного спектра крови - общий ХС был определен у 100 (26,3%) лиц от числа всей обследованной популяции. Нормальный уровень общего ХС был зарегистрирован у 74 человек, высокий – у 29 обследованных. Среднее содержание общего ХС в плазме крови у

обследованных лиц повышается с возрастом на 0,3ммоль/л и достигает 5,7ммоль/л.

Прием ОК среди исследуемой женской категории составляет 5%. В качестве заместительной терапии гормоны используют всего 37,5% женщины, а как контрацептивы 62,5%. ОК чаще используется у женщин в возрасте 40-49.

Кардиальная патология занимает особое место в развитии инсульта, в основном, ишемического инсульта. Распространенность ИБС в обследованной популяции составила 5,5%, у мужчин-6,2% (10 из 161), у женщин-5,0% (11 из 219). Также по данным анамнеза и ЭКГ было обследовано 13 возможных случаев ИБС, которое составляет 3,4%. Все лица с возможными случаями ИБС были направлены кардиологу для дальнейшего обследования. По данным вопросника Роуза впервые было выявлено 4 (1,1%) определенных случаев и 19 (5%) возможных случаев стенокардии напряжения. Инфаркт миокарда была диагностирована в 6 (1,6%) случаях. Таким образом, распространённость определенных случаев СН в нашей выборке составляет 5%, а ИМ 1,6%.

Прослеживается отчетливое увеличение числа больных ИБС с возрастом. В мужской популяции 40-49 лет частота ИБС составила 5,5% и в 50-59 лет увеличилась еще в 1,4 раза, составляя 7,7%. В женской популяции распространенность ИБС также нарастала с возрастом, причем значительно больше по сравнению с мужской популяцией. В возрастной группе 40-49 лет частота ИБС составила 2,3%, 50-59лет - 9,1%.

В исследуемой когорте распространенность аритмии составляет 2,1% (8 из 380) случаев, которые чаще наблюдается среди женщин (2,3% и 1,9% соответственно), чем мужчин. Необходимо отметить, что среди всех случаев преобладала постоянная форма МА. 6 из 8 случаев аритмии наблюдалось в возрастной группе 50-59 лет. Таким образом, распространенность аритмии также увеличивается с возрастом.

Таким образом, в возрастной группе 40-49 лет между показателями мужчин и женщин нет различий ( $p > 0,05$ ), тогда как в возрастной группе 50-59 лет среди женщин больше гиподинамичных ( $p < 0,05$ ), а среди мужчин больше курящих ( $p < 0,01$ ). При сравнении возрастных групп выявлено, что как среди мужчин, так и среди женщин, страдающих артериальной гипертензией больше в возрастной группе 50-59 лет ( $p_1 < 0,01$ ). Наряду с этим в данной возрастной группе больше женщин с ИБС ( $p_1 < 0,05$ ) и курящих мужчин ( $p_1 < 0,05$ ).

Наиболее значимым фактором риска развития инсульта, особенно в сложившихся сложных социально-экономических условиях, является степень выраженности психоэмоционального напряжения, изучение которого было проведено нами у обследуемого контингента (таблица 1).

**Таблица 1. – Распространенность невротического синдрома в обследованной популяции в зависимости от возраста, пола и его уровня**

Возраст	Пол	n	Уровень невротического синдрома							
			всего		легкий		умеренный		выраженный	
			Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
40-49	муж	109	47	43,1	34	72,3	9	19,1	4	8,5
	жен	131	83	63,4	42	50,6	25	30,1	16	19,3
p			<0,01		<0,05		>0,05		>0,05	
50-59	муж	52	33	63,5 $p_1 < 0,05$	21	63,6 $p_1 > 0,05$	8	24,2 $p_1 > 0,05$	4	12,1 $p_1 > 0,05$
	жен	88	72	81,8 $p_1 < 0,01$	32	44,4 $p_1 > 0,05$	26	36,1 $p_1 > 0,05$	14	19,4 $p_1 > 0,05$
p			<0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
<b>Всего</b>		380	235	61,8	129	54,9	69	29,4	37	15,7

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами;  $p_1$  – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (p,  $p_1$  – по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йетса).

Во всех возрастных группах женщин с невротическим синдромом было больше, чем мужчин ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$  соответственно возрастным группам). При этом в возрастной группе 50-59 лет и мужчин, и женщин с

невротическим синдромом было больше, чем в возрастной группе 40-49 лет ( $p_1 < 0,05$  и  $p_1 < 0,01$  соответственно полу).

В качестве ФР инсульта нами рассматривались переходящие нарушения мозгового кровообращения, такие как ТИА и ГЦК и хронические формы ЦВЗ. Всего среди прошедших обследование (380 чел.) выявлено 95 (25,0%) случаев ЦВЗ, в том числе 80 (21,05%) «определенных» и 15 (3,95%) «возможных» случаев ЦВЗ. В большинстве случаев острые формы ЦВЗ сочетались с хроническими формами. У больной с инсультом до самого случая инсульта несколько раз были случаи переходящих нарушений мозгового кровообращения в виде ГЦК и ТИА. У 70,0% больных с ГЦК и 62,5% больных с ТИА наблюдалась ДЭ. Сочетание ТИА с ГЦК наблюдалось в 50,0% случаев. Распространенность основных форм ЦВЗ показано в табл 2.

**Таблица 2. – Распространенность основных форм ЦВЗ в зависимости от десятилетия жизни**

Форма ЦВЗ Возраст	ТИА		ГЦК		Инсульт в анамнезе		НПНМК		ДЭ	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
40-49 лет (n=241)	4	1,7	7	2,9	-	-	19	7,9	16	6,6
50-59 лет (n=139)	4	2,9	13	9,4	1	0,7	27	19,4	24	17,3
<b>р</b>	>0,05		<0,05				<0,01		<0,01	

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между возрастными группами 40-49 лет и 50-59 лет (по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йетса).

По нашим данным, наблюдается увеличение распространенности всех форм ЦВЗ с возрастом. Наиболее распространены хронические формы ЦВЗ: НПНМК, ДЭ – на них приходится 90,5% среди всей ЦВЗ в исследуемой популяции.

### **Частота и структура неврологических симптомов и их ассоциация с факторами риска развития инсульта**

Одной из частых жалоб обследованных лиц была головная боль. 172 из 380 обследованных лиц жаловались на головную боль. У 45,9% обследованных лиц с жалобами на головную боль этот симптом отмечался 2-3 раза в неделю. Постоянная головная боль чаще наблюдалась у 12,8%. В основном обследуемые жаловались на головную боль в течении года (30,2%). Больные давали разные характеристики головным болям: сжимающая, давящая (27,7%), пульсирующая (22,9%), распирающая (6,4%), покалывающая (2,3%), но в основном (40,7%) отмечали тяжесть в голове. Больше половины лиц, имеющие факторы риска жалуются на головную боль.

На такой симптом как головокружение жаловались реже, всего 16,8% обследованных лиц. Головокружение как неврологический симптом часто ассоциирует с более тяжелыми формами БСК и ЦВЗ, такие как ДЭ, ГЦК, ТИА, ИБС и МА.

На шум в голове, в ушах жаловались 11,8% обследованных лиц, из них в 25% случаев это связано с заболеванием ушей. На постоянный шум в ушах или в голове жаловались 18,1%. Но чаще (38,6%) шум в ушах или в голове беспокоит больных в неделю два-три раза. Шум в ушах и в голове, как и головокружение, ассоциируют с более тяжёлыми формами ЦВЗ и БСК

122 (32,1%) обследованных отметили за последние годы заметное снижение памяти. Основные причины снижения памяти были следующими – проявление ХЦВП (59,8%), следствие посттравматической энцефалопатии (4,9), алкогольная энцефалопатия (0,8%), диабетическая энцефалопатия (1,6%), энцефалопатия сложного генеза (0,8%), психогенные нарушения (18%), индивидуальные особенности (6,6%) и другие нарушение памяти (9%). Снижение памяти часто ассоциирует с такими факторами риска как АГ, СД, гиподинамия и очень часто наблюдается при ХЦВЗ.

33,7% обследованных жаловались на значительную утомляемость, снижение работоспособности в последние годы. Таким образом, на второе

место по частоте жалоб приходится снижение работоспособности, быстрая утомляемость. Относительно часто (66,7%) больные с СД жалуются на быструю утомляемость.

Нами также был оценен неврологический статус больных с ХЦВП. При проведении анализа клинических, психологических характеристик лиц с ХЦВЗ больные были разделены на 3 группы: группа НПНКМ - 46 человек с НПНКМ, группа ДЭ I ст - 29 человек с ДЭ I стадии, группа ДЭ II, III ст – 11 человека с ДЭ II и III стадий.

Мы проанализировали встречаемость «церебральных» жалоб при различных формах ХЦВЗ.

При начальных формах ХЦВЗ чаще встречались такие жалобы, как головная боль, ухудшение памяти снижение работоспособности, реже встречались головокружение и шум в голове. При формировании синдрома ДЭ (т.е. при прогрессировании ХЦВЗ) к жалобам чаще присоединялось головокружение, как признак хронической вертебробазилярной недостаточности.

**Таблица 3. – Распространенность «церебральных» жалоб при различных формах ХЦВЗ**

	головная боль	головокру жение	шум в голове	снижение памяти	утомляемость
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
НПНКМ (46)	43 (93,5)	13 (28,3)	12 (26,1)	33 (71,7)	30 (65,2)
ДЭ I ст (29)	26 (89,7)	14 (48,3)	12 (41,4)	24 (82,8)	21 (72,4)
ДЭ II, III ст (11)	11 (100)	8 (72,7)	4 (36,4)	7 (63,6)	9 (81,8)

Проанализирован неврологический статус у лиц с ХЦВЗ. У 3 (6,5%) лиц с НПНКМ была выявлена микросимптоматика, как вариант нормы. В 2 случаях это асимметрия рефлексов и 1 случай тремор рук. По нашим данным среди всех лиц в группе ДЭ II, III у 2 (18,2%) наблюдалось сочетание как минимум двух синдромов, что соответствовало третьей стадии ДЭ. Среди

всех синдромов у лиц с ДЭ II ст. преобладало поражение 7 и/или 12 черепно-мозговой нервов (сглаженность носо-губной складки, девиация языка) – 4(36,4%), вестибуломозжечковый – 3(27,3%) случаев, реже встречались экстрапирамидные нарушения и нарушение речи – по 1(9,1%) случаю.

Проведено исследование выраженности когнитивных нарушений лиц с ХЦВЗ. По нашим данным частота снижения уровня кратковременной памяти увеличивается с прогрессированием ХЦВП. У больных с ДЭ 2 и 3 ст. снижение памяти увеличивается почти в 2 раза по сравнению с НПНМК, что и свидетельствует о более грубом нарушении структур головного мозга.

Продуктивная память только в 1 случае остается сохранной в группе ДЭ 1 ст. Легкое и умеренное снижение памяти встречались одинаково часто у больных с НПНМК и ДЭ 2,3 ст., тогда как выраженные и умеренные нарушения появлялись в группе ДЭ 1 ст.

Уровень внимания и трудоспособности оценивался по результатам пробы Мюнстерберга (табл. 4).

**Таблица 4. – Нарушения внимания у лиц с ХЦВЗ**

Группы	Норма ( $\geq 22$ ) n(%)	Легкие нарушения (20-216) n(%)	Умеренные нарушения (15-196) n(%)	Выраженные нарушения ( $< 146$ ) n(%)
НПНМК	1(2,2%)	22(47,8%)	10(21,7%)	13(28,3%)
ДЭ I	1(3,4%)	11(37,9%)	5(17,2%)	12(41,%)
ДЭ II,III	-	3(27,2%)	4(36,4%)	4(36,4%)

В группах ДЭ начинает более часто встречаться выраженное снижение внимания.

Подводя итоги, мы проанализировали качество жизни у лиц с различными формами ХЦВЗ. У больных группы с НПНМК в основном показали хорошее качества жизни. В группе с ДЭ 1 ст. в основном отметили легкое и выраженное снижение качества жизни, тогда как у больных группы с ДЭ 2,3 ст. наблюдалось легкое и умеренное снижение качества жизни.

### Структура риска инсульта

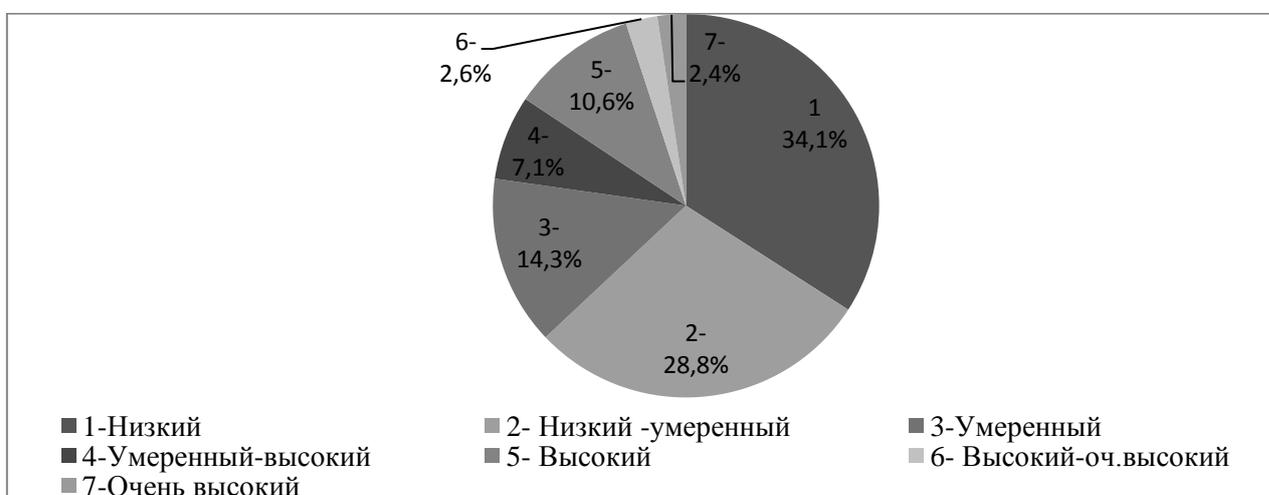
Был проведен анализ частоты сочетания ФР. Сравнение доли обследуемых в зависимости от числа ФР в различных возрастных декадах (до и после 50 лет) показало наличие значимых различий в их распределении. У возрастной группы от 40 до 49 лет среди женщин сочетание 2 ФР наблюдалось в 21,4%, 3 ФР 19,1%, 4 ФР 11,5%, 5 ФР 6,1% и 6 ФР 3,8%. У возрастной группы 50-59 лет наличие 2 ФР наблюдалось 19,3%, 3 ФР 18,2%, 4 ФР 15,9%, 5 ФР 10,2%, 6 ФР 10,2%, 7 ФР 4,5%, 8 ФР 2,3% и 9 ФР 1,3%. Согласно данным проведенного анализа, среди обследуемых возрастной группы 40-49 лет большинством оказались пациенты с одним либо двумя ФР, у пациентов старше 50 лет самым частым сочетанием оказалось сочетание двух и трех ФР. Процент пациентов, имеющих пятью и более ФР, возрастал в 3 раза в сравнении с более молодой возрастной группой.

Среди мужчин во всех возрастных категориях преобладали лица с одним или двумя факторами риска. В возрастной группе от 40 до 49 лет среди мужчин сочетание 2 ФР наблюдалось в 20,2%, 3 ФР 15,6%, 4 ФР 8,3%, 5 ФР 3,7%, 6 ФР 2,8% и 7 ФР 1,8%. В возрастной категории 50-59 лет наличие 2 ФР наблюдалось 19,6%, 3 ФР 15,7%, 4 ФР 13,7%, 5 ФР 5,9%, 6 ФР 3,9%, 7 ФР 3,9%, 8 ФР 3,9% и 9 ФР 1,3%. Наличие четырех и более факторов риска в 2-3 раза больше наблюдается в возрастной категории 50-59 лет среди мужчин по сравнению лиц в возрасте 40-49 лет.

В целом в исследуемой популяции показали, что в 40-59 лет в основном наблюдается сочетание 2-4 факторов риска

Основой профилактики инсульта является раннее выявление ФР и воздействие на них. Особая роль для определения риска и профилактики ЦВЗ могут иметь шкалы комплексной оценки риска. Возможности современных шкал позволяют определить суммарный риск развития заболевания, осложнения либо исхода. Под суммарным сердечно-сосудистым риском понимается обобщенное значение сочетания определенных ФР, выявляющее выраженный в процентах уровень прогнозируемого риска развития

летальных и нелетальных сердечно-сосудистых осложнений. Настоящее исследование определение суммарного риска проводилось по шкалам фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых/цереброваскулярных событий у лиц мужского и женского пола организованного трудоспособного населения возрастной группы 40–59 лет г. Душанбе. Оценка популяционной выборки проводилась по шкалам суммарного сердечно-сосудистого и цереброваскулярного риска (Рискометр™ инсульта, SCORE). Обследованные по шкале SCORE стратифицировались по группам риска: очень высокий риск (>15%), очень высокого-высокий риск (10–14%), высокий риск (5–9%), высокий-умеренный риск (3–4%), умеренный риск (2%), умеренный-низкий риск (1%) и низкий риск (<1%). Согласно результатам шкалы SCORE в основном (75,5%) наблюдался низкий уровень риска. В группы очень высокого и высокого риска попало всего 0,6% лиц в возрастной группе 40–59 лет. С применением аналогичного принципа стратификации в той же выборке Рискометр™ инсульта обнаружил значительно большую долю пациентов, имеющих высокий и очень высокий риск развития инсульта – 15,6%. Использование Рискометра™ инсульта дало возможность оценки средних значений 10-летнего риска развития инсульта в абсолютных и относительных величинах (рисунок 1).



**Рисунок 1. – Группы по уровню абсолютного риска инсульта (по рискометру инсульта) в ближайшие 10 лет.**

Необходимо обратить внимание на то, что в целом лиц с высоким риском в РТ меньше, что связано с действительно меньшей распространенностью ФР. В тоже время необходимо помнить по скрытую часть айсберга - низкий и умеренный риск - не значит, что его нет.

Необходимо указать, что, при оценке риска фатальных событий (например, 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE) в 0,6% случаев выявляется очень высокий и высокий риск у обследуемых возрастной группы 40–59 лет. При этом шкала оценки риска развития инсульта, Рискометр™ инсульта, отмечает вниманием большую долю пациентов (15,6%) с высоким и очень высоким риском развития инсульта. Возможности Рискометр™ инсульта включают более точную оценку истинных размеров проблемы, значимых для реализации на амбулаторном уровне лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Состояние медицинской помощи, оказываемой лицам с факторами риска инсульта в условиях ГЦЗ №1 г. Душанбе**

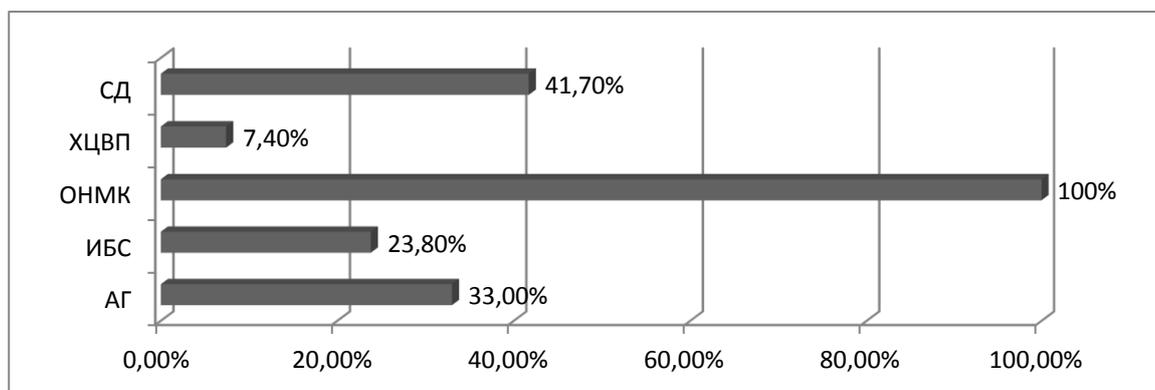
С учетом сильной зависимости эпидемиологических показателей и эффективности профилактической работы поликлиники от частотности обращения популяции за медицинской помощью, в настоящем исследовании был проведен дополнительный анализ. Лица, обращающиеся в поликлинику по причине БСК, составили группу из 50 человек (43,5%), а лица, не обращающиеся – группу из 65 (56,5% от всех пациентов с БСК). Главной целью посещения поликлиники по причине с БСК были – измерить АД (39), выписать рецепт (32), коррекция терапии (33), сдать анализы (37), получить больничный лист (15).

Был проведен анализ учета лиц с тем или иным ФР, находящихся на диспансерном наблюдении лечебно-профилактического учреждения, которые, таким образом, могут быть вовлечены в лечебно-профилактические мероприятия. Всего 25,2% лиц с БСК находятся в диспансерном учете, а 74,8% обращаются в медицинское учреждение крайне редко. Данные цифры

показываю низкую вероятность своевременного начала лечебно-профилактических мероприятий для пациентов.

Является очевидным факт, что обследуемые, имеющие более выраженную клиническую симптоматику обращаются за медицинской помощью гораздо чаще. Пациенты с АГ чаще приходят к врачу при цифрах САД более 160, что соответствует 2 и 3 ст АГ и стаж болезни более 3 лет. У 25,7% с АГ, которые находятся в диспансерном учете наблюдались ГЦК, что соответствует 45% всех случаев криза. Среди пациентов с АГ, наблюдающихся у семейных врачей, преобладают больные со 2 стадией заболевания, что говорит о том, у них имеется длительный анамнез, и, возможно низкая эффективность антигипертензивной терапии, а также о том, что им, вероятно, не была проведена надлежащая диспансеризация больных с АГ I стадии, что в итоге дает возможность более высокого риска развития осложнений ГБ у данных пациентов. Если одна причина редкой диспансеризации (35%) больных с АГ является самостоятельное не обращение в поликлинику, хотя с 2011г в РТ принята Национальная программа по борьбе с АГ и ИБС и все пациенты с АГ, которые приходят в поликлинику регистрируются и контролируются не только медицинскими учреждениями, но и правительством РТ, то другая причина – больные часто обращаются за помощью к врачам, не работающим в данной поликлинике. Диагноз, рекомендации и даже выписки от стационарного лечения, которые они получают не доходят до семейных врачей и амбулаторных карт. Таким образом, они считаются здоровыми по данным поликлиники.

Как видно из рисунка 2., наиболее часто обращаются в поликлинику пациенты с перенесенным инсультом и СД. Пациенты с сахарным диабетом (41,7%) и инсультом наиболее привержены к посещению центра здоровья по-видимому, из-за необходимости получить группу инвалидности.



**Рисунок 2. – Диспансерное наблюдение обследованных лиц в зависимости от наличия ФР, БСК и ЦВЗ**

7,4% больных с ХЦВП находятся на диспансерном наблюдении. После того как получили такие результаты сделали дополнительный анализ регистрационного журнала невролога. Оказалось, что 44% больным в возрасте 40-59 лет обращенным за помощью к неврологу за период 2015г ставили диагноз ХЦВП (в виде сосудистой энцефалопатии, дисциркуляторной энцефалопатии, гипертоническая энцефалопатия). Такой ситуации только одно объяснение: больные с хроническими формами ЦВЗ не диспансеризуются.

## **Заключение**

### **Основные научные результаты диссертации**

1. Посредством метода скрининга открытой популяции трудоспособного возраста г. Душанбе выявлена значительная распространенность факторов риска инсульта. Самым распространенным модифицируемым фактором риска инсульта среди мужчин и женщин были невротический синдром (61,8%), ИМТ  $\geq 26$  (60,9%), а также гиперлипидемия (30 %) и АГ (27,9%) [1-А, 3-А, 4-А, 25-А, 26-А]
2. Частота большинства факторов риска инсульта нарастает с возрастом. Особенно среди женщин в пятом десятилетии относительно чаще наблюдаются такие факторы как АГ (46,6%), ИБС (9,1%), гиподинамия (22,7%) [3-А, 4-А, 26-А].

3. Структуру ЦВЗ в исследуемой популяции в основном составили ХЦВЗ, в том числе НПНМК (12,1%) и ДЭ (9,2%), которые являются непосредственными факторами риска инсульта и когнитивных нарушений. Частота всех форм ЦВЗ нарастает с возрастом. Среди мужчин чаще (16,77% мужчин на 5,94% женщин) наблюдается ДЭ, так как они в стадии НПНМК не обращают на себя внимания [1-А, 2-А, 8-А, 11-А, 21-А].
4. Отмечается недостаточный объем лечебно-профилактических мероприятий по первичной профилактике инсульта на уровне городского центра здоровья. Свидетельством тому является слабый контроль АГ у более чем 60 % гипертоников и низкое количество больных с ФР, находящихся под диспансерным наблюдением. Сложность ситуации также растет по причине низкой обращаемости больных с уже имеющимися ФР. Больные с ХЦВЗ и ПНМК тоже не наблюдаются в центре здоровья [3-А, 26-А].
5. Выявлена большая ассоциация ФР инсульта с жалобами на головную боль, снизившуюся память и работоспособность, которая может уже свидетельствовать о функциональных и органических поражениях головного мозга. Такие симптомы как головокружение и шум в голове больше наблюдались у лиц с уже развившимися более тяжелыми формами БСК, такие как ДЭ, ГЦК, ТИА, ИБС и МА [2-А, 8-А, 11-А].
6. В структуре риска инсульта больше приходится на группу с низким (34,1%), низко-умеренным (28,8%), умеренным (14,3%) риском. Оценка суммарного риска инсульта с помощью специальных шкал является способом правильного контроля факторов риска инсульта [3-А, 5-А, 26-А].
7. Существенная представленность болезней системы кровообращения и ФР у населения возрастной группы 40-49 лет, а кроме того, значительное увеличение распространенности цереброваскулярной патологии на пятом десятке жизни, говорят об актуальности раннего начала активных профилактических мероприятий среди населения возрастной группы после 40 лет [3-А, 4-А, 11-А, 21-А, 26-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Внедрение тематических курсов усовершенствования по циклу неврологии, акцентированных на первичной профилактике инсульта в практику подготовки семейных врачей.
2. Внедрение в практику семейных врачей механизма индивидуальной профилактической работы с больным уже при обнаружении хотя бы одного ФР сердечно-сосудистых заболеваний и с учетом степени риска по международным критериям.
3. По причине значительной распространенности артериальной гипертонии рекомендуется проведение активного выявления и адекватного лечения пациентов с артериальной гипертензией.
4. Рекомендуется проведение наиболее активных профилактических мер для женской популяции трудоспособного возраста. Необходимо проведение коррекции артериальной гипертонии, медикаментозного лечения хронического стресса и пропаганда здорового образа жизни.
5. Обнаружено превалирование начальных форм ХЦВЗ у обследуемой популяции, что определяет необходимость направления действий семейных врачей и узких специалистов центра здоровья на обнаружение указанных форм патологии мозга для назначения адекватной терапии в целях предотвратить прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни данной категории пациентов, провести профилактику острого нарушения мозгового кровообращения.

## **СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК**

### **Статьи в рецензируемых журналах:**

- 1** – А. Выявление хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения РТ / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – №1. – С. 10-15.
- 2** – А. Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Вестник Авиценны. – 2015. – №3. – С. 88-92.
- 3** – А. Рахмонов Р.А. Риск инсульта в популяции трудоспособного возраста города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №3. – С. 121-123.
- 4** – А. Рахмонов Р.А. Модифицируемые факторы риска инсульта среди населения города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №1. – С. 80-84.
- 5** – А. Рахмонов Р.А. Суммарный сердечно-сосудистый риск – новый подход к прогнозированию инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, Д.П. Зуурбекова // Вестник Авиценны. – 2017. – №4. – С. 471-75.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференции:**

- 6** – А. Факторы риска и клинические особенности инсульта в республике Таджикистан / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитации инвалидов в Республики Таджикистан: сб. тр. регионального научно-практического семинара Худжанд.– Душанбе, 2014. – С. 82-86.
- 7** – А. Беморихои рағҳои хунгарди майнаи сар хамчун масъалаи халталаб дар ҷаҳон / Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева, М.О.Исрофилов // Авчи Зухал. – 2014. – №1 – С. 66-69

- 8 – А.** Клинические особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Д. Исокова // Медицинская наука и образование: сб. тр. 62-ой годичной научно-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. – Душанбе, 2014. – С. 81-82.
- 9 – А.** Эффективность ранней реабилитации ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // сб. тр. IV научно-прак. конф. санатория «Зумрад». – Душанбе, 2015. – С. 153-156.
- 10– А.** Рахмонов Р.А. Наследственные формы гипертонической болезни, осложнившейся инсультом / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник педагогического журнала. – 2015. – №2. – С. 73-78 .
- 11– А.** Рахмонов Р.А. Структура цереброваскулярных заболеваний в открытой популяции работоспособного населения г.Душанбе // Вестник педагогического журнала – 2015. – №2. – С. 126-129.
- 12– А.** Инсульт у детей и подростков / Р.А. Рахмонов, М.Н. Алифшоева, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб.тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 169-170.
- 13 – А.** Выпадение полей зрения при инсульте / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б Тоджиддинов // Актуальные вопросы офтальмологии: сб. тр. I-съезда офтальмологов РТ с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 188-191.
- 14 – А.** Омилъои хатаровари сактаи магзи дар байни ахолии дехоти Чумхурии Тоҷикистон / Р.А. Рахмонов, Т.Б Тоджиддинов, М.Б. Исоева, Б.С.Тоджиддинов // Авчи Зухал. –2014. – №4. – С. 36-40.
- 15 – А.** Роль факторов риска и данных нейровизуализации в диагностике ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, Р.Ш. Ибрагимова, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб. тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 197-198.

- 16 – А.** Эффективность ранней реабилитации инсульта / М.М. Джалолова, С. Табаров, М.М. Шукуров, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2014. – №1. – С. 39-40.
- 17 – А.** Исоева М.Б. Факторы риска инсульта у молодых / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.В. Мадаминова // *Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2014. – С. 20.
- 18 – А.** Исоева М.Б. Применение семакса в лечении острейшего периода инсульта / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов // *Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2014. – С. 56.
- 19 – А.** Тоджиддинов Т.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика инсульта у сельского населения РТ / Т.Б. Тоджиддинов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // *Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику: тез. докл. 10 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – Душанбе, 2015. – С. 76.
- 20 – А.** Зуурбекова Д.П. Analysis of sickness and death rate of hospital stroke / Д.П.Зуурбекова, М.А.Усайнова, М.Б. Исоева // : тез. докл. 11 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. – С. 88
- 21 – А.** Хусусиятҳои эпидемиологи ва намудҳои ибтидоии вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Ч. Исокова, Г.Ш. Давлатмирова // *Авчи Зухал*. – 2015. – №2. – С. 28-31.
- 22 – А.** Рахмонов Р.А. Течение инсульта у больных с метаболическим синдромом / Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2015. – №3. – С. 125-128.

- 23 – А. Сабаб**, нишноаҳои клиникӣ, таъхис ва муолиҷаи сактаи камхунӣ дар кӯдакон / Р.А. Раҳмонов, М.Ч. Исоқова, М.Т. Ганиева, М.Б. Исоева // Авҷи Зухал. – 2016. – №4. – С. 49-51.
- 24 – А. Симптоматическая эпилепсия у больных с инсультом** / Р.А. Рахмонов, Т.Б. Точиддинов, М.Б. Исоева, М.О. Исрофилов // Здравеохранение Таджикистана. – 2016. – №3. – С. 36-40.
- 25 – А. Распространенность невротического синдрома среди работоспособного населения г. Душанбе** / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Точиддинов, Т.В. Мадаминова // Проблемы теории и практики современной медицины: сб. тр. 64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости РТ. – Душанбе, 2016. – С. 47-48.
- 26 – А. Рахмонов Р.А. Первичная профилактика инсульта, основанная на факторах риска** / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.А. Кравченко // Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в РТ: сб. тр. международной науч.-прак. конф. – Душанбе, 2016. – С. 123-126.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГ – артериальная гипертония

ГХС – гиперхолестеринемия

ГЦЗ – Городской центр здоровья

ГЦК – гипертонические церебральные кризы

ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ИМТ – индекс массы тела

МА – мерцательная аритмия

НИЗ – неинфекционные заболевания

НПНКМ – начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга

ОК – оральные контрацептивы

ОХС – общий холестерин

ПНМК - преходящие нарушения мозгового кровообращения

РТ – республика Таджикистан

СД – сахарный диабет

СН – стенокардия напряжения

ТИА – транзиторные ишемические атаки

ФР - фактор риска

ХПЭН – хроническое психо-эмоциональное напряжение

ХЦВЗ – хронические цереброваскулярные заболевания

ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

ЭКГ – электрокардиография

**МТД «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН  
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.831-005

БО ҲУҚУҚИ ДАСТНАВИС

**ИСОЕВА МАНИЖА БАШИРОВНА**

**ПАҲНШАВИИ ОМИЛҶОИ ХАТАРИ САКТАИ МАЙНАИ САР ДАР  
АҶОЛИИ СИННИ ҚОБИЛИ МЕҲНАТИ ШАҶРИ ДУШАНБЕ**

**АВТОРЕФЕРАТИ  
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ НОМЗАДИ  
ИЛМҶОИ ТИБ**

**АЗ РӮЙИ ИХТИСОСИ 14.01.11.- БЕМОРИҶОИ АСАБ**

**ДУШАНБЕ 2019**

Таҳқиқот дар МТБ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Раҳмонов Раҳматулло Азизович**

доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии МТБ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:**

**Муассисаи тақриздиханда:**

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_»\_\_\_\_\_с.2018 соати\_\_\_дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-38 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Си-но дар суроғи (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад, tajmedun.@tj +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_»\_\_\_\_\_соли 2019 ирсол гардид

**Котиби илмии шӯрои  
диссертатсионӣ н.и.т.**

**Ҷамолова Р.Ҷ**

## МУҚАДДИМА

**Аҳамияти мавзуъ.** Хатари бемориҳои ғайрисироятӣ яке аз проблемаҳои ҷиддии тандурустии ҷомеа мебошад, ки рушди иҷтимоию иқтисодиро дар сатҳи ҷаҳон ҳалалдор месозад. Тибқи арзёбиҳои муҷрибам соли 2008 дар ҷаҳон аз 57 миллион ҳодисаҳои фавт сабаби фавти 36 миллион нафар (63%) ин ё он бемории ғайрисироятӣ будааст, ки дар байни онҳо бемориҳои дилу рағҳои хунгард ҷойи махсусро (48%) ишғол мекунанд [O'Donnell M.J. 2010]. Дар байни бемориҳои дилу рағҳои хунгард осеббинии рағҳои хунгарди майнаи сар, масалан, сактаи майнаи сар яке аз бемориҳои назарраси системаи асаб мебошад, ки аз ҳисоби паҳншавии зиёд барои саломатии инсон пайомадҳои вазнин доштан мақоми қобили мулоҳиза дорад [Алфимова Г.Ю. 2010, Виберс, Д. О. 2005, Магомаев М.Ф. 2014, Мешкова К.С. 2013, Пулатов А.М. 2011, Liang J. 2015, Chutinet A. 2014].

Аз рӯйи арзёбии беморӣ дар ҷаҳон дар соли 2010 метавон қайд кард, ки басомади гирифтории сактаи майнаи сар дар миёни аҳоли афзоиш дорад [Feigin V.L. 2015]. Инчунин, дар байни ҷавонон ва миёнсолон тамоюли афзоиш ёфтани сактаи майнаи сар ба андозаи 25% аз соли 1990 то 2010 ташвишовар мебошад [Feigin V.L. 2014]. Ин эпидемияи сактаи майнаи сарро боздоштан лозим аст [D'Agostino R.V. 1994], зеро беш аз 90%-и сактаҳоро пешгирӣ намудан имконпазир аст [Cox J.L. 2011]. Дар коҳиш додани басомади гирифтори ба беморӣ, маънубшавӣ ва фавтёбӣ аз сактаи майнаи сар пешгирии аввалия, ки тасҳеҳи омилҳои асосии танзимшавандаи хатари сактаи майнаи сарро дар бар мегирад, нақши асосӣ дорад [Суслина З.А. 2012]. Пешгирии фаъоли бемориҳои рағии майнаи сар, ташҳиси бармаҳал ва муолиҷаи онҳо вазифаи асосии муассисаҳои ҳалқайи ввалияи тандурустӣ мебошад, ки дар минтақаи фаъолияти тиббӣ аз тарафи табибони оилавӣ – пизишкони бемориҳои дохилӣ танзим мешавад [Мешкова К.С. 2013].

Ҷумҳурии Тоҷикистон (минбаъд ҚТ) яке аз он минтақаҳое мебошад, ки дар инҷо тӯли чандин сол таъсири номусоиди омилҳои иҷтимоиву иқтисодӣ ва стрессӣ ба саломатии аҳоли ҷой дорад. Мавҷудияти стресси психозмотсионалии дуру дароз, рӯхафтодагӣ, инчунин омилҳои муҳити беруна (иқлимӣ, экологӣ, обуҳаво), ихтилоли истеъмоли ғизо боиси афзоиши бемориҳои дилу рағҳои хунгард ва дар баробари ин, бемориҳои серброваскулярӣ гардидаанд [Раҳмонов Р.А. 2014]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлили муфассали клиникаию эпидемиологии омилҳои хатарзои сактаи манаи сар бо дарназардошти паҳншавӣ, беморшавӣ гузаронида нашудааст. Бояд кайд кард, ки нишондиҳандаҳои омории солҳои охир [Маҷмӯаи омории солони ВТҚТ, 2012, 2014] маълумоти қаноатбахшро оид ба паҳншавии ин бемориҳо дар байни аҳоли дода наметавонанд ва ин боиси расонидани кӯмаки тиббии нопурра ва сари вақт пешгирӣ накардани бемориҳои серброваскулярӣ мегардад.

Бо мақсади сари вақт ба нақша гирифтани ва баргузор намудани чораҳои калонмиқёси пешгирикунанда маълумоти мубрами эпидемиологӣ оид ба омилҳои хатар ва арзёбии маҷмӯии онҳо тибқи дастурҳои тавсиявии байналмилалӣ зарур аст. Таҳлили мутобиқати чораҳои пешгирикунӣ дар сатҳи муассисаҳои ҳалқаи аввалияи тиббӣ ниҳоят муҳим аст.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

### **Робитаи таҳқиқот бо лоиҳаи илмӣ**

Таҳқиқоти мазкур дар доираи лоиҳаи ассотсиатсияи байналмилалии асабшиносӣ ва илмҳои нейронӣ таҳти унвони “Таҳқиқоти бисёрмарказии популятсионии омилҳои хатар, клиника ва аҳамияти прогностикии зухуроти ибтидоии бемориҳои серброваскулярӣ бо мақсади коркарди системаи пешгирии ихтилолоти хунгардиши майнаи сар барои муассисаҳои муолиҷавию профилактикӣ” роҳандозӣ гардид

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши вижагиҳои сохтори омилҳои хатари сактаи майнаи сар бо мақсади беҳсозии чораҳои пешгирикунанда дар байни аҳолии синни қобили меҳнати шаҳри Душанбе.

**Вазифаҳои таҳқиқот**

6. Арзёбии омилҳои асосии хатари сактаи майнаи сар дар байни аҳолии синни қобили меҳнати (40-59 сола) шаҳри. Душанбе
7. Муқоиса кардани сохтори омилҳои пайдоиши хатари сактаи майнаи сар дар байни мардон ва занон
8. Омӯхтани равобити мутақобилаи аломатҳои клиникӣ бо омилҳои хатари пайдоиши сактаи майнаи сар
9. Омӯзиши сохтори хатари сактаи майнаи сар (score ва рискометр)
10. Муайян намудани кифоягии ҳаҷми чорабиниҳо оид ба ислоҳ намудани омилҳои хатари ошкоршуда дар доираи маркази тибби оилавӣ

**Навгони илмӣ.** Аввалин маротиба дар натиҷаи скрининги кушодаи аҳолии синни 40-59солаи шаҳри. Душанбе паҳншавии омилҳои хатари пайдоиши сактаи майнаи сар омӯхта шуд; муайян карда шуд, ки дар бештари маврид чунин омилҳои хатар, аз қабili алоими асабхастагӣ (61,8%), шохиси вазни бадан  $\geq 26$  (60,9%), инчунин гиперлипидемия (30%) ва фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) (27,9%) вомехӯранд. Аввалин маротиба тавсифи эпидемиологии намудҳои асосии беморҳои сереброваскулярӣ (БСВ) дар шаҳри Душанбе гузаронида шуд, муайян карда шуд, ки сохтори беморҳои сереброваскуляриро асосан дар синни 40-59 - солагӣ намудҳои музмини ин беморӣ ташкил медиҳанд. Хатари умумии сактаи майнаи сар арзёбӣ гардид; сохтори асосии хатари сактаи майнаи сарро гурӯҳҳои дараҷаи паст (34,1%), пасти муътадил (28,8%), уътадил (14,3%) ташкил мекунанд. Оид ба нокифоягии чорабиниҳои

пешгирикунӣ дар шароити маркази саломатии шаҳрӣ маълумот гирифта шуд.

**Аҳамияти амалӣ.** Натиҷаҳои таҳқиқот ба зарурати диспансеризатсия ва гузаронидани чорабиниҳо оид ба пешгирӣ намудани сактаи майнаи сар дар миёни аҳолии шаҳри Душанбе асос мегузорад. Ба фаъолияти муассисаҳои тиббӣ арзёбии комплекси хатари сактаи майнаи сар бо истифодаи меъёрҳои байналмилалӣ ворид карда шуд. Истифодаи онҳо барои муайян намудани хатари умумии сактаи майнаи сар ва пешгирии саривактии он кӯмак менамояд.

#### **Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшуда**

4. Дар сохтори омилҳои хатари гуногуни аҳолии синни 40-59- соларо асосан аломати асабхастагӣ (61,8%), шохиси вазни бадан  $\geq 26$  (60,9%), инчунин гиперлипидемия (30%) ва фишорбаландии шараёнӣ ташкил медиҳанд, ки аҳамиятии сари вақт ошкор кардани ин омилҳоро барои пешгирӣ намудани сактаи майнаи сар тасдиқ мекунанд.
5. Дар сохтори хатари сактаи майнаи сар бештар гурӯҳи бо хатари дараҷаи паст (34,1%), пасту муътадилу миёна (28,8%), муътадил (14,3%) ташкил медиҳад. Бо воситаи ҷадвалҳои махсус арзёбии хатари умумии сактаи майнаи сар тарзи дурусти назорати омилҳои хатар мебошад.
6. Ба чорабиниҳои муолиҷавию профилактикӣ фаъолона ҷалб намудани аҳоли, чунки аз тамоми шахсони муоинашудаи гирфтори беморҳои дилу рағҳои хунгард танҳо 25,2% ба маркази саломатӣ муроҷиат мекунанд.

**Тасвиби таҳқиқот.** Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар ҷаласаи комиссияи проблемавии байникафедравии фанҳои терапевтии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (суратҷаласаи №4 аз 26 декабри соли 2017) шунида шуда, барои ҳимоя пешниҳод карда шудааст. Маводи таҳқиқот дар 2-юмин конفرонси илмию амалии асабшиносон «Масъалаҳои

мубрами асабшиносӣ» 11-12 майи соли 2014, Душанбе, конфронсҳои солонаи илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Душанбе 2015, 2016), конфронси 62-юми солонаи илмию-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, бахшида ба 20-солагии Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2014), конфронси илмию амалии «Тиб ва саломатӣ» бахшида ба 80-солагии муассисаи таълимии Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ (Душанбе, 2015), конфронси байналмиллалии илмию амалии «Саломатии аҳоли: пешгирии беморӣ ва маъюбшавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» пешниҳодгардиданд.

**Саҳми шахсии муаллиф дар гузаронидани таҳқиқот.** Муаллиф шахсан дар ҳамаи марҳилаҳои ҷамъоварии мағоз иштирок кардааст: дар ташкили дастаҳои скрининги таҳқиқотӣ ҳамроҳангсоз буд, иштирокчиёни таҳқиқотро ҳангоми гузаронидани ташхисоти иловагӣ даъват кард, ҳангоми зарурат машварати кардиолог ва эндокринологро ташкил кард, дурустии воридкунии маълумотро дар пойгоҳи додаҳо ба воситаи Интернет назорат намуд, мағоз гирифташудаи илмиро коркард, таҳлил ва нуқтаҳои асосии диссертатсияро тасвир кард.

**Интишори натиҷаҳои таҳқиқот.** Оид ба натиҷаҳои диссертатсия 26 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои тақриршавандае, ки ба феҳристи тавсиянамудаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид шудаанд ба таърифи расидаанд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия аз муқаддима, шарҳи адабиёт ва бобҳои бахшида ба тавсифи мағоз ва методҳои таҳқиқот, натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо иборат буда, дорои хулоса ва тавсияҳои амалӣ мебошад. Таҳқиқот дар 120 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида шуда, дорои 14 ҷадвал ва 19 расм мебошад. Нишондиҳандаи библиографӣ аз 156 номгӯй иборат буда, аз ҷумла 70 манбаъ ба забони русӣ ва 86-тои он ба дигар забонҳои хориҷӣ мебошад.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

### Алоқамандии таҳқиқот бо лоихаи илмӣ

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Объектии таҳқиқотро 380 нафар мардон ва занони синни 40-59- сола, ки дар минтақаи хизматрасонии шӯъбаи 6-и Маркази тиббии шаҳрии №1-и ш. Душанбе зиндагонӣ мекарданд, ташкил намуданд. Баъди изҳори ризоият дар мавриди иштирок дар таҳқиқот муоинашавандагон аз ташхисоти умумӣ бо истифода аз варақа-саволномаи махсус, ки дар озмоишгоҳи эпидемиологӣ ва пешгирии бемориҳои системаи марказии асаби маркази илмии асабшиносии Академияи илмҳои тиббии Россия омода шуда буд, гузаштанд [М.А. Кравченко, 2014].

Чунин омилҳои хатари танзимнашаванда омӯхта шуданд: синну сол, чинс, анамнези ирсии гирифтورӣ ба бемориҳои системаи хунгардиш, фишорбаландии шараёнӣ дар синну соли то 60- сола ва баъди 60- солагӣ. Инчунин омилҳои хатари танзимнашаванда омӯхта ва арзёбӣ шуданд: а) тамокукашӣ: дар давоми рӯз кашидани ҳадди ақал як сигор, ё ин ки худдорӣ аз тамокукашӣ камтар аз 12 моҳ то лаҳзаи омӯзиш; сигоркашӣ дар гузашта, яъне ки дар гузашта доимо сигор мекашид ва беш аз 12 моҳ то лаҳзаи пурсиш сигоркаширо қатъ кард; ҳеҷ гоҳ сигор накашидааст б) сӯиистифодаи машрубот, ба мисли истеъмоли тақрибан 200,0 мл спирти мутлақ, ё ки як шиша арақ, ё ду шиша шароб дар як ҳафта; в) диабети қанд аз рӯи анамнез ва ё аз рӯи сабти варақаи амбулаторӣ; г) бемории ишемии дил тибқи нишондиҳандаҳои пурсишномаи Роуз (стенокардияи фаъолияти шиддатноки ҳисмонӣ, эҳтимолияти сактаи миокарди дил дар анамнез), нишондиҳандаи электрокардиограмма (ЭКГ (нишонаҳои гузаронидаи сактаи дил, судои атриоваентрикулярӣ, судои пояки пеши дастаи Гис, ихтилолоти ритм, тағйирёбии сегменти ST ва дандонаи T); д) аритмия аз рӯи нишондодҳои табиби оилавӣ, ЭКГ; е) истеъмоли контрацептивҳо аз рӯи анамнез; ё) нокифоя будани фаъолияти ҳисмонӣ дар сурати мавҷуд

будани кори нишаста (5 соат ва зиёда аз он) ва нокифоягии пиедагардӣ, ба кор пиёда рафтан ва баргаштан, машқи пагохирузӣ, ҳамагӣ камтар аз 10 соат дар як ҳафта; ж) барзиёдии вазни бадан (аз рӯи формулаи Кетле – вазн ба кг/қад дар м<sup>2</sup>) беш аз 25; з) фишорбаландии шараёнӣ дар натиҷаи андозагирии такрорӣ, аз рӯи анамнез, истифодаи дорувории зиддифишорбаландӣ. Нишондиҳандаи умумии хатари сактаи майнаи сар бо воситаи барномаи мобилии «Рискометри сактаи майнаи сар» ва ҷадвали SCORE арзёбӣ карда шуд.

Ба ҳамаи муоинашавандагон санчишҳои нейрopsихологӣ барои муайян кардани ҳолати хотира (санчиши Лурия) ва диққат (тести Мюнстенберг) гузаронида шуд, инчунин бо истифода аз саволнома, ки дар Озмоишгоҳи эпидемиологӣ ва профилактикии бемориҳои системаи марказии асаби маркази илмии асабшиносии Академияи илмҳои тиббии Россия омода шудааст, сифати ҳаёт санҷида шуд. Дарачаи аломатҳои невротикӣ дар асоси нишондодҳои ҷадвали «ҳаяҷону пастшавии кайфият» ва пурсишномаи муайянкунандаи дистонияи нашвию рағӣ арзёбӣ карда шуд.

Бақайдгирии ЭКГ дар ҳолати оромӣ, дар 12 мавқеъҳои стандартӣ гузаронида шуда, баъдан аз тарафи ду мутахассис арзёбӣ гардид. Ҳангоми рамзкушоии ЭКГ аз нақшаҳои умумӣ истифода ба амал оварда шуд. Мунтазамии кашишхӯриҳои дил арзёбӣ ва басомади кашишхӯрии дил ҳисоб, меҳвари барқии дил муайян, дандонаи даҳлез ва комплекси меъдача таҳлил карда шуданд.

Таҳлили холестирин ва қанди хун дар дастгоҳи Hitachi-902 бо истифодаи реактивҳои истеҳсоли ширкати Roche Diagnostic гузаронида шуд. Барои таҳлил хун аз вариди соид дар лӯлазарфи шишагӣ субҳ баъди 12-14 соати тановули ғизо гирифта шуд. Миқдори умумии холестерин дар зардоби хун бо усули биохимиявӣ [В.В.Меньшикова, 1987] мутобиқи талаботи доимоамалкунандаи Системаи байналмиллалии стандартикунонӣ муайян карда шуд. Гиперхолестеринемия ҳангоми аз

6,5 ммол/л зиёд будани холестерин ташхис карда шуд. Гипергликемия хангоми аз 6 ммол/л зиёд будани миқдори глюкоза дар хун арзёбӣ карда шуд.

Бо истифода аз меъёрҳои умумӣ [Раҳмонов Р.А. 2015] намудҳои зерини бемориҳои серброваскулярӣ ташхис карда шуданд: нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар, ихтилолотҳои тезгузарандаи гардиши хун дар майнаи сар (хучумҳои ишемии тезгузаранда ва бухрони фишорбаландӣ), сактаи майнаи сар, энсефалопатияи диссиркуляторӣ.

Бо истифода аз бастаи амалии «Statistica 6.0» (StatSoft, ИМА) дар компютери шахсӣ таҳлили омории натиҷаҳои бадастомада гузаронида шуд. Бузургии мутлақ ба шакли арзишҳои миёна ( $M$ ) ва хатогии худ ( $\pm m$ ), қимати нисбӣ – дар таносуби фоизӣ (%) пешниҳод карда шудаанд. Таҳлили мутлақи дисперсионии нишондиҳандаҳои мустакил бо истифодаи  $U$ -меъёри Манн-Уитни ва қимати нисбӣ бо истифодаи меъёри  $\chi^2$  бо тасхеҳи Йетса гузаронида шуд. Тафовут хангоми  $p < 0,05$  будан аҳмияти оморӣ дорад.

### **Тавсифи эпидемиологӣ омилҳои хатари сактаи майнаи сар дар аҳолии синни қобили меҳнати шаҳри Душанбе**

Дар минтақаи таҳқиқшуда 5782 нафар аҳоли зиндагӣ мекунанд, ки 914 нафари онҳо 40-59- сола ва, аз ҷумла 422 мард ва 492 зан мебошанд. Аз ин миқдор 380 нафар (160 мард, 220 зан) муоина карда шуданд.

41,6%-и ашхоси дар рӯйхатбуда муоина шуданд. Асосан (63,4%) муоинашавандагон 40-49 сола буда, синну соли миёнаи онҳо 47,9 солро ташкил дод. 57,9%-и муоинашавандагонро занон ташкил намуданд. Дар байни муоинашавандагон коргарон (57%) ва ашхоси дорои маълумоти олии (39%) бартарӣ доштанд.

Ирсият ба бемориҳои системаи хунгардиш ин дар анамнези хешовандони наздик бемории дилу рағҳо доштан мебошад. Ирсият ба сактаи майнаи сар ё дил дар хешовандони то 60-сола дар 13,3% беморон

муоина карда шуд. Дар 13,2% муоинашавандагон ҳодисаҳои ихтилолоти кори дилу рағҳои хунгард дар ҳешовандони аз 60 сола боло мушоҳида шудааст. Дар 15,3%-и мушоҳидаҳо ҳешовандони муоинашавандагон то синни 60-солагӣ ва 19,5% аз 60 сола боло гирифтори фишорбаландии шараёнӣ буданд. Ҳамин тариқ, беш аз 20%-и муоинашудагон ирсият ба авҷёбии осеби рағӣ дошта, сеяки онҳо дер ё зуд гирифтори фишорбаландии шараёнӣ мегарданд.

Яке аз омилҳои хатари паҳншудаи сактаи майнаи сар аз рӯйи таҳқиқоти муаллифи диссертатсия фишорбаландии шараёнӣ мебошад. Дарачаи миёнаи фишори систолӣ дар мардони 40-49-сола ба  $120,3 \pm 1,2$  мм сут.сим. баробар мебошад. Дар даҳсолаи дигар ин адад ба 5,1 мм сут.сим. зиёд мешавад. Фишори диастолӣ низ бо зиёд шудани синну сол баланд мегардад. Дарачаи зиёдтарини он ( $82,4 \pm 1,3$  мм сут.сим.) дар гурӯҳи синни 50-59 сола ба назар мерасад. Ҳамин тариқ, фишори диастолӣ дар мардон ба андозаи 3,4 мм сут.сим. ( $p_1 < 0,05-0,001$ ) зиёд мегардад.

Дарачаи миёнаи фишори систолӣ дар байни занони 40-49- сола ба  $112,6 \pm 1,4$  мм сут.сим. баробар мебошад. Ба мисли мардон дар занон низ фишори систолӣ бо зиёд шудани синну сол баланд мегардад ва дар даҳсолаи таҳқиқшаванда ба андозаи 9,8 мм сут.сим. зиёд мегардад. Бо баландшавии синну сол дарачаи миёнаи фишори систолӣ низ баланд мешавад. Ҳамагӣ фишори диастолӣ аз як даҳсола ба даҳсолаи дигар ба 5,9 мм сут.сим. ( $p_1 < 0,05-0,001$ ) баланд мегардад. Дар баробари ин, дар гурӯҳи 40-49 - сола нишондиҳандаи миёнаи фишори шараёнӣ дар занон нисбат ба мардон ( $p < 0,001$ ) пасттар аст, ҳол он ки дар гурӯҳи синни 50-59-сола ин нишондиҳанда дар байни мардон ва занон баробар мегардад ( $p > 0,05$ ).

Бояд қайд кард, ки дар байни мардон ва занон, ҳангоми муқоиса намудани паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар гурӯҳи 40-59 сола дар занон нисбат ба мардон 1,5 маротиба зиёдтар ба назар мерасад. Дар гурӯҳи 50-59-сола бошад, паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар

байни занон ва мардон тафовути зиёд (1,3 маротиба) қайд нашуд. Паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар байни аҳолии синни қобили меҳнати ш. Душанбе бо зиёдшавии синну сол бештар мегардад, басомади он дар байни аҳолии 40-49-сола 20% ва дар синни 50-59-сола 41,4%-ро ташкил медиҳад.

Муҳлати гирифтोरӣ ба фишорбаландии шараёнӣ аз 1 моҳ то 30 солро ташкил дод. Дар бештари мавридҳо (47,2%) муҳлати аз 1 то 3 сол қайд шуд ва танҳо дар 12,3% мавридҳо муҳлати зиёда аз 10 солро ташкил кард. Дарачаи фишори шараёнӣро тибқи таснифи ТҚТ муайян карда шуд. Асосан, дар беморон фишорбаландии шараёнӣ дарачаи 1-уми беморӣ мушоҳида шуд. Дар 3,8%-и беморон дар бештари маврид нишондиҳандаи фишори шараёнӣ ба 180/110 мм сут.сим. ва аз ин болотар баробар буд. Табобати гипотензивиро даврай ё доимӣ (истифодаи доруворӣ 5-6 ё 8-10 моҳ дар як сол) танҳо дар 7% беморони гирифтори фишорбаландии шараёнӣ амалӣ карда шуд ва дар 57,1%-и ба таври доимӣ муоличашавандагон нишондиҳандаҳои муътадили фишори шараёнӣ ба назар расид.

Ҷамагӣ дар гурӯҳи муоинашавандагон басомади тамокукашӣ ба 3,1% (12 нафар) баробар буд ва инчунин 19 (5%) нафар қайд намуданд, ки дар гузашта тамоку мекашиданд. Аз он ҷумла 14 (73,7%) нафар бештар аз 12 моҳ ва 5 (26,3%) нафар камтар аз 12 моҳ тамокукаширо қатъ карданд. Паҳншавии омили хатари мазкур дар байни мардон нисбат ба занон зиёдтар (16,1% ба 2,3% ( $p < 0,05$ )) мебошад. 6 (19,4%) муоинашавандагон қайд карданд, ки дар давоми як шабонарӯз зиёда аз як қуттӣ сигарет мекашанд. Тамокукашӣ бештар дар байни мардони 50-59 - сола паҳн гаштааст. Ҳамин тариқ, дар байни гурӯҳи синни 40-49-сола ҳангоми муоина 3,6% (4 аз 109) ва дар байни гурӯҳи синни 50-59-сола 11,5% (6 аз 52) мардон тамоку мекашиданд.

Дар байни муоинашудагон 5 (3,1%) нафар мардон қайд карданд, ки дар баъзе мавридҳо машруботи алкулӣ истеъмол мекунанд, инчунин 22 (13,7%) нафар мардон ва як (0,5%) нафар зан қайд кард, ки дар гузашта

машруботи спиртӣ истеъмол кардаанд. Муҳлати истеъмоли машруботи алкулӣ аз 2 то 24 сол қайд карда шуд. Шахсони истеъмолкунандаи машруботи алкулӣ ин одати бадро дар мавриди аввал ба бад будани шароити иҷтимоию маишии мавҷуда вобаста мекарданд. Онҳо қайд карданд, ки ин одати бад ҳам ба саломатии ҷисмонӣ ва ҳам равонӣ таъсири манфӣ мерасонад. Паҳншавии истеъмоли машруботи алкулӣ дар гурӯҳи 50-59-сола 3 маротиба нисбат ба гурӯҳи 40-49-сола зиёдтар мебошад.

Аз тамоми афроди муоинашуда камҳаракатӣ (гиподинамия) дар 55 (14,5%) нафар ба қайд гирифта шуд. Аз ҷумла, омили номбаршуда дар занон (18,3%) нисбат ба мардон (9,3%) 2 маротиба бештар вомехӯрад. Таҳлили ҷинсию синну солӣ нишон дод, ки ин омили хатар дар синни 40-49- сола камтар (15,2%) паҳн гаштааст ва дар ҳолати гузариш ба даҳсолаи дигар ин нишондиҳанда ба андозаи 7,5% зиёд мегардад. Чунин афзоиши паҳншавии камҳаракатӣ дар гурӯҳи афроди 50-59-сола бо пастшавии фаъолияти ҷисмонӣ, на танҳо ба сабабҳои биофизиологӣ, инчунин таъсири омилҳои иҷтимоӣ (гузариш ба кори нисбатан сабук, баромадан ба нафақа, расму оин ва ғ.) вобастагӣ дорад. Таҳлили паҳншавии камҳаракатӣ дар байни мардон низ вобастагии онро ба синну сол нишон дод. Паҳншавии камҳаракатӣ аз як даҳсола ба даҳсолаи дигар ба андозаи 3,3% меафзояд.

Маълумоти таҳлили вобастагии омилҳои хатари рафторӣ нишон дод, ки дар шахсони маълумоти олидор бештар тамокукашӣ паҳн гаштааст: агар дар байни шахсони дорои маълумоти олі 9 (4,7%) нафар тамокукаш бошад, дар байни шахсони дорои маълумоти миёнаи умумӣ ва махсус ҳамагӣ 2(1,05%) нафар тамокукаш ба қайд гирифта шуд. Истеъмоли машруботи алкулӣ бошад, баръакс, дар байни шахсони дорои маълумоти миёна бештар (1,57% ва 1,06% мутаносибан) вомехӯрад.

Дар таҳқиқот, инчунин вобастагии баъзе омилҳои хатари рафторӣ аз машғулияти муоинашудагон қайд карда шуд. Дар байни коргарон 21

(13%) нафар аз истемоли машруботи алкулӣ даст кашиданд, дар байни хонанишинон ва нафақахӯрон бошад, танҳо 1 (0,6%) нафар. Камҳаракатӣ дар байни аҳолии бекор дар 42 (24,9%) нафар ба мушоҳида мерасад, ки ин нишондиҳанда дар коргарон зиёд ба назар мерасад – 13 (6,1%).

Диабети қанд дар анамнези 12 (3,1%) нафар муайян карда шуд. Бояд қайд кард, ки ҳангоми таҳлили хун миқдори қанд аз 12 нафар беморон дар ягон нафар миқдори қанд дар меъёри муътадил набуд. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки табобати ин беморӣ ба пуррагӣ ба таври бояду шояд ба роҳ монда нашудааст. Нишондиҳандаи паҳншавии диабети қанд дар байни занон ва мардон яқсон мебошад. Дар таҳқиқоти муаллифи диссертатсия диабети қанд бештар дар синни 40-49 - солагӣ вомехӯрад (3,7% ва 2,1%).

Дар байни муоинашудагон фарбеҳӣ дар занон нисбат ба мардон бартарӣ дошт. Аз ҷумлаи тамоми занон бо вазни зиёд занҳои бо изофагии вазни бадан (63,7%) дар ҷойи аввал, дар ҷойи дуюм бо фарбеҳӣ (35,6%) ва дар ҷойи сеюм занони аз ҳад зиёд фарбеҳ (фарбеҳии дараҷаи 3 аз рӯи ТҚТ (1997)) (0,7%) мебошанд. Занони бо вазни изофагӣ дар синни 40-49-сола бештар (73,4%), дар байни занони 50-59 сола бошад, бо фарбеҳӣ (51,9%) ба мушоҳида мерасад.

Дар миёни тамоми мардони дорои вазни зиёд мардони бо изофагии вазни бадан (87,6%) дар ҷойи аввал, дар ҷойи дуюм бо фарбеҳӣ (12,3%) ишғол намуданд, аммо мардони бо фарбеҳии аз ҳад зиёд ба мушоҳида нарасид. Вобаста ба синну сол басомади фарбеҳӣ дар байни мардон ва занон яқсон мебошад. Баланд шудани нишондиҳандаи шохиси вазни бадан дар аҳолии коргар дар 133 (63%) нафар, дар бекорон – 99 (61,4%) нафар ба назар мерасад.

Нишондиҳандаи тайфи чарбуи хун – холестерини умумӣ дар 100 (26,3%) нафар муайян кард шуд. Дар 71 нафар миқдори холестерин дар хун дар меъёр ва дар 29 нафар аз меъёр баланд буд. Нишондиҳандаи миёнаи миқдори холестерини умумӣ дар зардоби хун дар

муоинашудагон вобаста ба синну сол ба 0,3ммоль/л меафзояд ва то 5,7ммоль/л мерасад.

Истифодаи контрацептивҳои даҳонӣ дар байни занон 5%-ро ташкил медиҳад. Ба сифати ҷоношинони табобат гормонҳо дар ҳамагӣ 37,5%-и занон, ҳамчун контрацептив дар 62,5% истифода карда мешавад. Контрацептивҳои даҳониро бештар занони 40-49 - сола истифода мебаранд.

Бемориҳои дил дар пайдоиши сактаи майнаи сар, алалхусус сактаи ишемӣ мавқеи махсусро ишғол менамояд. Паҳншавии бемории ишемии дил 5,5%- дар мардон 6,2% (10 аз 161)- дар занон 5,0% (11 из 219) ташкил дод. Инчунин аз рӯйи анамнез ва ЭКГ 13 нафар (3,4%) эҳтимоли гирифтори бемории ишемии дилро доранд ва ин беморон ба назди пизишки бемориҳои дил равона карда шуданд. Аз рӯйи саволномаи Роуз аввалин маротиба 4 (1,1%) ҳодисаҳои дақиқ ва 19 (5%) ҳодисаҳои эҳтимолии стенокардияи фаъолияти ҷисмонӣ муайян карда шуд. Сактаи дил дар 6 (1,6%) нафар муоина карда шуд. Ҳамин тариқ, паҳншавии стенокардияи фаъолияти ҷисмонии муайяншуда 5% ва сактаи дил 1,6%-ро ташкил дод.

Афзоиши миқдори беморони гирифтори бемории ишемии дил вобаста ба синну сол ба мушоҳида мерасад. Дар байни мардони 40-49-сола басомади ин беморӣ 5,5%-ро ташкил дар синни 50-59 сола бошад, нишондиҳандаи мазкур 1,4 маротиба афзоиш меёбад ва басомади он ба 7,7% мерасад. Дар байни занон низ бемории ишемии дил вобаста ба синну сол зиёд мегардад. Дар гурӯҳи синни 40-49-сола басомади он 2,3%, дар гурӯҳи 50-59 сола бошад, 9,1%-ро ташкил дод.

Дар гурӯҳе, ки тахти омӯзиш қарор дорад, паҳншавии номурааттабии кори дил 2,1% ( 8 аз 380)-ро ташкил дод, ки дар бештар мавридҳо дар занон нисбат ба мардон (мутаносибан 2,3% ва 1,9%) зиёдтар воমেҳӯрад. Бояд қайд кард, ки бештар намуди доимии аритмия воমেҳӯрад. Аз ҳашт шаш ҳодисаи номурааттабии кори дил дар гурӯҳи 50-

59-сола вомехӯрад. Ҳамин тавр, паҳншавии номурааттабии кори дил вобаста ба синну сол зафзоиш меёбад.

Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи 40-49 - сола оид ба паҳншавии омилҳои хатари сактаи майнаи сар тавофуте, ки қимати омори ( $p > 0,05$ ), дорад, дар байни нишондиҳандаҳои мардон ва занон нест, ҳол он ки дар гурӯҳи 50-59- сола дар байни занон бештар камҳаракатӣ ( $p < 0,05$ ), дар байни мардон бошад, бештар тамокукашон вомехӯранд ( $p < 0,01$ ). Ҳангоми муқоисаи гурӯҳҳо (вобаста ба синну сол) муайян шуд, ки дар гурӯҳи 50-59-сола ҳам дар байни мардон ва ҳам занони гирифтори фишорбандии шараёнӣ зиёдтаранд ( $p_1 < 0,01$ ). Инчунин дар доираи синну соли номбаршуда занон бештар гирифтори бемории ишемии дил ( $p_1 < 0,05$ ) буда, мардон ( $p_1 < 0,05$ ) тамокукаш мебошанд.

Дар шароити проблемаи иҷтимоию иқтисодӣ омӯзиши дараҷаи алоими невротикӣ аҳамияти калон дорад (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. - Паҳншавии алоими невротикӣ дар аҳолии муоинашуда вобаста ба синну сол, ҷинс ва дараҷаи он**

Синну сол	Ҷинс	n	Дараҷаи алоими невротикӣ							
			Ҳамагӣ		Сабук		Муътадил		Возеҳ	
			Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%
40-49	мард	109	47	43,1	34	72,3	9	19,1	4	8,5
	зан	131	83	63,4	42	50,6	25	30,1	16	19,3
p			<0,01		<0,05		>0,05		>0,05	
50-59	мард	52	33	63,5 $p_1 < 0,05$	21	63,6 $p_1 > 0,05$	8	24,2 $p_1 > 0,05$	4	12,1 $p_1 > 0,05$

	зан	88	72	81,8 $p_1 < 0,01$	32	44,4 $p_1 > 0,05$	26	36,1 $p_1 > 0,05$	14	19,4 $p_1 > 0,05$
p			<0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Ҳамагӣ		380	235	61,8	129	54,9	69	29,4	37	15,7

**Эзоҳ:** p – тафовути нишондиҳандаҳои қимати оморидашта дар байни занон ва мардон;  $p_1$  – тафовути нишондиҳандаҳои қимати оморидашта дар байни гурӯҳҳои синну соли 40-49 сола ва 50-59 сола (p,  $p_1$  – бо меъри  $\chi^2$  бо ислоҳи Йетс).

Дар байни тамоми гурӯҳҳои синну соли занон бо алоими невротикӣ нисбат ба мардон бештар ( $p < 0,01$  ва  $p < 0,05$  вобаста ба ҷинс) буданд. Аз он ҷумла, дар гурӯҳи 50-59 - сола ҳам занон ва ҳам мардони бо алоими невротикӣ нисбат ба гурӯҳи 40-49 - сола зиёдтар буданд ( $p_1 < 0,05$  ва  $p_1 < 0,01$  вобаста ба гурӯҳҳои синну соли).

Ҳамчун омили хатари сактаи майнаи сар ихтилоли гузарандаи хунгардиш дар майнаи сар, ба мисли ҳучумҳои тезгузарандаи ишемикӣ ва бӯҳрони фишорбаландӣ, намудҳои музмини вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар омӯхта шуд. Дар байни тамоми муоинашудагон (380 нафар) 95 (25,0%) ҳодисаи бемориҳои серброваскулярӣ, аз ҷумла 80 (21,05%) ҳодисаи «мушаххас» ва 15 (3,95%) ҳодисаи «имконпазир», муайян карда шуд. Дар бештари мавридҳо намудҳои музмин бо намудҳои шадид якҷоя вохӯрданд. 70%-и беморон бо бӯҳрони фишорбаландӣ ва 62,5%-и беморон бо ҳучумҳои тезгузари ишемикӣ энсефалопатияи диссиркуляторӣ доштанд. Дар 50%-и беморон бӯҳрони фишорбаландӣ ва ҳучумҳои тезгузари ишемикӣ якҷоя вохӯрданд. Паҳншавии намудҳои асосии бемориҳои серброваскулярӣ дар чадвали 2 нишон дода шудааст.

**Чадвали 2. - Паҳншавии намудҳои асосии бемориҳои серброваскулярӣ вобаста ба даҳсолаи зиндагӣ**

Намуд Синну сол	Ҳучумҳои тезгузари ишемӣ		Бӯҳрони фишорбала ндӣ		Сактаи майнаи сар дар анамнез		Нишонаҳои ибтидоии вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар		Энсефало патияи дисиркуля -торӣ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40-49 сола	4	1,7	7	2,9	-	-	19	7,9	16	6,6

50-59 сола	4	2,9	13	9,4	1	0,7	27	19,4	24	17,3
p	>0,05		<0,05			<0,01		<0,01		

*Эзоҳ: p – тафовути нишондиҳандаҳои қиматии оморидошта дар байни гурӯҳҳои синну солии 40-49- сола ва 50-59 сола (p – бо меърихи<sup>2</sup>бо ислоҳи Йетс).*

Вобаста ба синну сол басомади паҳншавии тамоми намудҳои бемориҳои сереброваскулярӣ ба зиёдтар мегардад. Бештар намудҳои музмини бемориҳои сереброваскулярӣ (нишонаҳои ибтидоии вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар ва энсефалопатияи дисиркуляторӣ) паҳн гаштаанд ва онҳо 90,5%-ро ташкил медиҳанд.

### **Басомад, сохтор ва равобити мутақобилаи аломатҳои неврологӣ бо омилҳои хатари сактаи майнаи сар**

Муоинашудагон бештар (172 аз 380 нафар) аз сардари шикоят мекарданд. Дар 45,9%-и муоинашудагон бо сардари қайд карданд, ки ин аломат 2-3 маротиба дар як ҳафта норухат мекунад. Сардари доимӣ дар 12,8% муоина шуд. Дар бештари (30,2%) муоинашавандагон сардари дар давоми сол пайдо шудааст. Беморони гирифтори сардари хусусиятҳои гуногун доданд: бороваранда, фишороваранда, (27,7%), тапанда (22,9%), кафанда (6,4%), халанда (2,3%), лекин бештари маврид (40,7%) вазнинӣ дар сарро қайд карданд. Зиёда аз 50%-и нафарони омилҳои хатардошта ба дарди сар шикоят мекарданд.

Аз аломати сарчарзанӣ ҳамагӣ 16,8%-и муоинашавандагон шикоят карданд. Сарчарзанӣ ҳамчун алоими неврологӣ бештари маврид бо намудҳои вазнинтари бемориҳои дилу рағҳои хунгард ва сереброваскулярӣ, ба мисли энсефалопатияи дисиркуляторӣ, бухрони фишорбаландӣ, бемории ишемии дил ва номурааттабии кори дил пайвастагӣ дорад.

Ба шавушув дар сар, дар гӯшҳо 11,8% шикоят мекарданд ва аз ин 25% ба бемории гӯш вобастагӣ дорад. Ба шавушуви доимӣ дар сар ё гӯш 18,1% шикоят мекарданд. Дар 38,6%-и беморон ин аломат 2-3 маротиба дар як ҳафта норухатӣ эҷод мекард. Шувушув дар гӯшҳо ё дар сар

мисли сарчархзанӣ дар беморони гирифтори намудҳои вазнинтари беморҳои дилу рағҳои хунгард ва серброваскулярӣ муоина карда шуд.

122 (32,1%) нафар қайд карданд, ки дар солҳои охир фаромӯшхотир шудаанд. Сабабҳои асосии коҳишҳои хотира – нишонаи норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар (59,8%), натиҷаи энсефалопатияи баъдиосебӣ (4,9), энсефалопатия дар натиҷаи истеъмоли барзиёди машруботи алкулӣ (0,8%), энсефалопатияи диабетӣ (1,6%), энцефалопатияи мураккаб (0,8%), иллати равонӣ (18%), хусусиятҳои инфиродӣ (6,6%) ва дигар сабабҳо (9%) буданд. Пастшавии Коҳишҳои хотира бештар бо чунин омилҳои хатар ба мисли фишорбаландии шараёни, диабетӣ қанд, камҳаракатӣ ва хеле зиёд бо норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар пайвастагӣ дорад.

33,7%-и муоинашавандагон дар солҳои охир ба зуд мондашавӣ, пастшавии қобилияти меҳнат шикоят карданд. Ҳамин тариқ, басомади пастшавии қобилияти меҳнат, зуд мондашавӣ ҳамчун нишонаи клиникӣ чойи дуҷумро ишғол мекунад. Беморон бо диабетӣ қанд ва бештар аз тезмондашавӣ шикоят мекарданд.

Инчунин ҳолати асабияи беморони гирифтори норасоии музмини гардиши хун дар майнаи сар мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Ҳангоми таҳлили вижагҳои клиникӣ равонӣ беморон бо норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи бо нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар – 46 нафар, гурӯҳи бо энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 1 – 29 нафар, гурӯҳи бо энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 2,3 – 11 нафар.

Паҳншавии шикоятҳои мағзиро ҳангоми намудҳои гуногуни норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар таҳлил карда шуданд. Ҳангоми намудҳои ибтидоии норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар, бештар шикоятҳо аз дарди сар, коҳишҳои хотира ва қобили меҳнат, камтар сарчархзанӣ ва шувушув дар сар вомехӯрданд. Ҳангоми алоими энсефалопатияи дисиркуляторӣ (яъне ҳангоми авҷҳои беморӣ)

ба шикоятҳо сарчархзанӣ ҳамчун нишокаи норасоии музмини вертебробазиллярӣ ҳамроҳ мешавад.

**Ҷадвали 3. - Паҳншавии шикоятҳои «мағзӣ» дар беморони гирифтори намудҳои гуногуни норасоии музмини хунгардиш дар**

**майнаи сар**

	Сардард	Сарчархза нӣ	Шавушув дар сар	Кохишёбии хотира	Зуд мондашавӣ
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
НАНХМС (46)	43 (93,5)	13(28,3)	12 (26,1)	33 (71,7)	30 (65,2)
ЭДІ (29)	26 (89,7)	14 (48,3)	12 (41,4)	24 (82,8)	21 (72,4)
ЭДІ,Ш(11)	11 (100)	8 (72,7)	4 (36,4)	7 (63,6)	9 (81,8)

*Эзоҳ: НАНХМС- нишоаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар, ЭД- энсефалопатияи диссиркуляторӣ*

Ҳолати асабияи беморон бо норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар таҳлил карда шуд. Дар 3 (6,5%) нафар беморон бо нишоаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар микроаломат ҳамчун нишондашандаи меъёр муоина карда шуд. Дар 2 нафар ин асимметрияи аксуламалҳо ва дар 1 нафар ин ларзиши дастон мебошад. Аз рӯи нишондиҳандаҳои муаллифи таҳқиқот дар 2 (18,2%) нафари дар байни ҳамаи нафарони дар гурӯҳи энсефалопатияи диссиркулятории дараҷаи 2,3 буда, яққояшавии ду ва зиёда алоимҳо муоина карда шуданд, ки ба дараҷаи 3-и энсефалопатияи диссиркуляторӣ рост меояд. Дар байни ҳамаи алоимҳо норасоии асабҳои 7 ва/ё 12-и косахонаи сар (ҳамворшавии чини бинию лабӣ, майлшавии забон ба ин ё он тараф) – 4 (36,4%), мувозинату майначавӣ – 3 (27,3%) бештар ва осеби экстрапирамидалӣ ва ихтилоли нутқ 1(9,1%) маротибагӣ вомехӯрданд.

Дараҷаи ҳалалдоршавии вазифаҳои маърифатӣ дар беморони гирифтори норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар омӯхта шуданд. Аз рӯи нишондиҳандаҳои мо басомади кохишёбии хотираи кутоҳмӯҳлат бо авҷгирии норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар зиёд мегардад. Дар беморони гирифтори энсефалопатияи

дисиркулятории дараҷаи 2 ва 3 коҳишёбии хотира 2 маротиба нисбат ба нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар зиёд мегардад, ки ин нишондиҳандаи осеби вазнини сохторҳои майнаи сар мебошад. Хотираи сермахсул танҳо дар як маврид дар беморони гирифтори энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 1 дар меъёр боқӣ мемонад. Коҳишёбии сабук ва муътадили хотира дар беморон бо нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар ва энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 2 ва 3 баробар буданд, аммо дар гурӯҳи беморони гирифтори энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 1 коҳишёбии возеҳи хотира ба назар мерасад.

Сатҳи диққат ва қобилияти меҳнат аз рӯи натиҷаҳои санҷиши намунаи Мюнстербергарзёбӣ гардид (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4. - Халалдоршавии диққат дар беморони гирифтори норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар**

	Меъёр ( $\geq 22$ ) n(%)	Иллати сабук (20-21б) n(%)	Иллати муътадил (15-19б) n(%)	Иллати возеҳ ( $< 14б$ ) n(%)
НАНХМС	1(2,2%)	22(47,8%)	10(21,7%)	13(28,3%)
ЭД I	1(3,4%)	11(37,9%)	5(17,2%)	12(41,%)
ЭД II,III	-	3(27,2%)	4(36,4%)	4(36,4%)

*Эзоҳ:* НАНХМС- нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар, ЭД- энсефалопатияи дисиркуляторӣ

Дар гурӯҳи беморон бо энсефалопатияи дисиркуляторӣ бештар коҳишёбии вазнини диққат ба назар мерасад.

Дар охир сифати ҳаёти беморон бо намудҳои гуногуни норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар мавриди таҳлил қарор гирифт. Беморони дорои нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар асосан сифати хуби ҳаётро нишон доданд. Дар гурӯҳи беморон бо энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 1 асосан коҳишёбии сабуки сифати ҳаётро қайд карда шуд, дар мавриде, ки дар беморон бо

энсефалопатияи дисиркулятории дараҷаи 2 ва 3 коҳишёбии сабук ва муътадил ба мушоҳида расид.

### Сохтори хатари майнаи сар

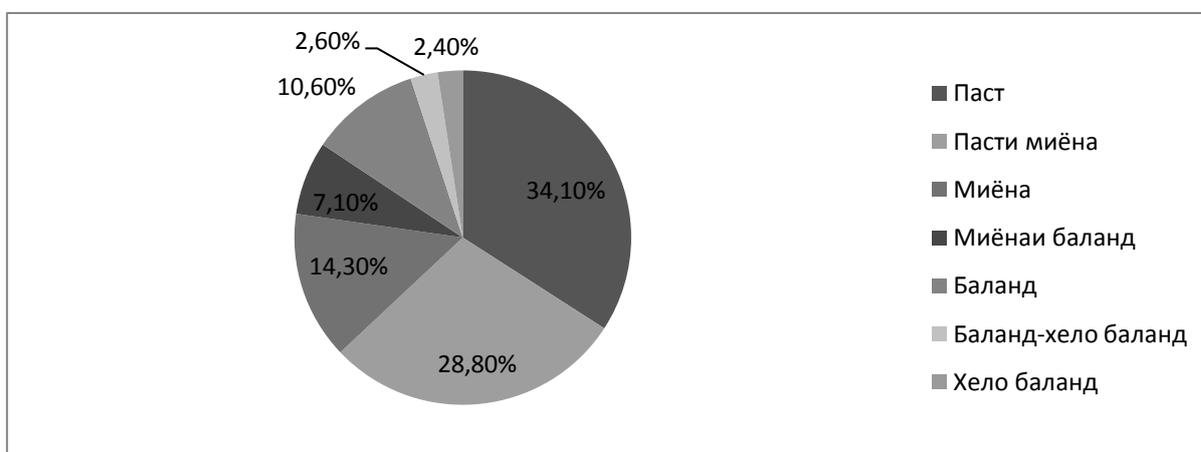
Басомади якҷояшавии омилҳои хатар таҳлил карда шуд. Дар мавриди муқоиса намудани фоизи беморон вобаста ба миқдори омилҳои хатар дар даҳсолаҳои гуногун фарқияти назаррас мушоҳида шуд. Дар байни занони гурӯҳи 40-49-сола якҷоягии 2 омили хатар 21,4%, 3 - 19,1%, 4 - 11,5%, 5 - 6,1% , 6 - 3,8% қайд карда шуд. Дар гурӯҳи синни 50-59 сола бошад, якҷоягии 2 омили хатар 19,3%, 3 - 18,2%, 4 - 15,9%, 5 - 10,2%, , 6 - 10,2%, 7 - 4,5%, 8 -2,3% ва 9 - 1,3% мушоҳида шуд. Ҳамин тариқ, дар байни гурӯҳи 40-49 сола, асосан шахсони дорои 1 ва ё 2 омили хатар мушоҳида карда шуд. Дар байни гурӯҳи синни 50-59 - сола бошад, бештар якҷоягии ду ва се омили хатар ба назар расид. Фоизи шахсоне, ки дорои панҷ ва зиёда аз ин омили хатар буданд, 3 маротиба нисбат ба гурӯҳи ҷавонтар бештар ба қайд расид.

Дар байни мардон дар тамоми гурӯҳҳо шахсони дорои як ва ё ду омили хатар зиёд буданд. Дар байни гурӯҳи мардони 40-49-сола якҷоягии 2 омили хатар 20,2%, 3 - 15,6%, 4 - 8,3%, 5 - 3,7%, 6 - 2,8%, 7 - 1,8% қайд карда шуд. Дар гурӯҳи синни 50-59-сола бошад, якҷоягии 2 омили хатар 19,6%, 3 - 15,7%, 4 - 13,7%, 5 - 5,9%, 6 - 3,9%, 7 - 3,9%, 8 -3,9% ва 9 - 1,3% ба мушоҳида расид. Мавҷудияти ду ва се омили хатар дар гурӯҳи 50-59 сола нисбат ба 40-49 сола 2-3 маротиба зиёдтар мебошад. Ҳамагӣ дар байни тамоми муоинашудагон якҷоягии 2-4 омили хатар қайд карда шуд.

Муайянкунии барвақт ва таъсир намудан ба омилҳои хатар асоси пешгирии сар задани сактаи майнаи сар мебошад. Барои муайян кардани хатар ва пешгирии сактаи майнаи сар мавқеи муҳимро ҷадвалҳои арзёбии умумии хатар мебозанд. Ҷадвалҳои муосир имкон медиҳанд, ки хатари умумии авҷгирии беморӣ ва пайомади он арзёбӣ карда шавад. Хатари умумии бемориҳои дилу рағҳои хунгард ин якҷояшавии ин ё он омили хатар мебошад, ки дараҷаи натиҷаҳои хатари ғавт ва

гайрифавтиро бо фоиз нишон медиҳад. Таҳқиқот бо воситаи чадвали SCORE ба гурӯҳҳои хеле баланд (>15%), хеле баланди баланд (10–14%), баланд (5–9%), баланду муътадил (3–4%), муътадил (2%), муътадилу паст (1%) ва пасти хатар (<1%) тақсимкарда шуданд. Натиҷаи таҳлили хатар бо чадвали SCORE нишон дод, ки муоинашудагон, асосан (75,5%) хатари паст доранд. Ба гурӯҳҳои хеле баланд ва баланд танҳо 0,6% -и муоинашавандагон дохил буданд.

Дар мавриди истифодаи чунин тақсимот бо рискometri сактаи майнаи сар дар байни муоинашудагон нисбатан фоизи шахсоне, ки дар гурӯҳҳои баланд ва хеле баланд буданд, якчанд маротиба бештар қайд карда шуданд (расми 1).



**Расми 1. - Гурӯҳҳо аз рӯи дараҷаи мутлақи хатари сактаи майнаи сар (тибқи рискometri сактаи майнаи сар) барои 10 соли наздиктарин**

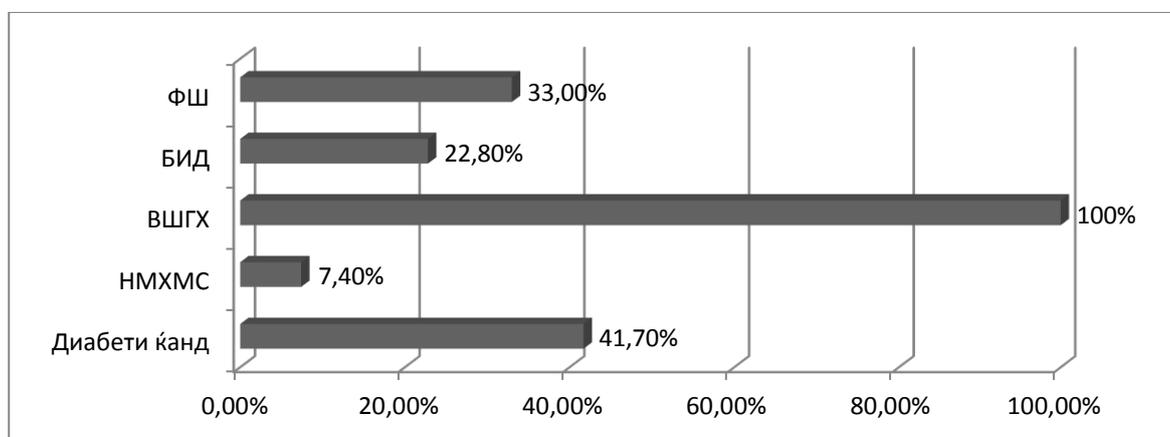
Бояд қайд кард, ки ба таври кулӣ шахсоне, ки хатари баланд доранд, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба сабаби дар ҳақиқат ҳам нисбатан паст будани басомади паҳншавии омилҳои хатари сактаи майнаи сар, камтар ҳастанд. Дар айни ҳол, бояд фаромӯш кард, ки хатари паст ва муътадил ин маъноӣ онро надорад, ки хатар тамоман вуҷуд надорад.

Бояд қайд кард, ки арзёбии хатари фавт аз беморҳои дилу рағҳои хунгард бо истифодаи чадвали SCORE 0,6%-и беморони мансуб ба гурӯҳҳои хатари баланд ва хеле баландро нишон дод, ҳол он, ки ҳангоми истифода бурдани рискометр ин нишондиҳанда ба 15,6% баробар шуд.

Ҳамин тариқ, рискометри сактаи майнаи сар имкон медихад, ки нишондиҳандаҳои ҳақиқии проблемаро муайян намуда, чораҳои муолиҷаю пешгирикунӣ сактаи майнаи сар дар сатҳи дармонгоҳӣ арзёбӣ карда шавад.

**Ҳолати ёрии тиббӣ, ки дар шароити маркази тиббии шаҳрии №1 шаҳри Душанбе ба шахсони дорои омили хатари сактаи майнаи сар расонида мешавад**

Вобастагии зиёди нишондиҳандаҳои эпидемиологӣ, инчунин самаранокии корҳои пешгирикунӣ дар дармонгоҳ аз ҷумла муроҷиати аҳоли ба маркази саломатӣ барои гирифтани кумаки тиббиро ба назар гирифта, таҳлили иловагӣ роҳандозӣ гардид: гурӯҳи шахсоне, ки вобаста ба бемориҳои системаи гардиши хун ба маркази саломатӣ муроҷиат мекунанд 50 (43,5%), шахсоне, ки муроҷиат намекунанд 65 (56,5%) нафарро ташкил доданд. Мақсади асосии туроҷиат кардан ба маркази саломатӣ вобаста ба бемориҳои хунгардиш ин санҷидани фишори хун (39), гирифтани дорухат (32), танзими табобат (33), супоридани таҳлилҳо (37), гирифтани варақаи беморӣ (15) мебошад. Танҳо 25,2%-и шахсоне, ки гирифтори бемориҳои системаи хунгардиш мебошанд дар қайд ҳастанд ва 74,8%-и онҳо гоҳ-гоҳ ба муассисаҳои тиббӣ муроҷиат мекунанд.



**Расми 2. – Мушоҳидаи диспансерии беморони муоинашуда дар маркази саломатӣ вобаста ба омилҳои хатар, бемориҳои системаи хунгардиш ва бемориҳои серброваскулярӣ**

Маълум аст, асосан шахсоне, ки аломатҳои клиникии назаррас доранд, барои кӯмаки тиббӣ муроҷиат мекунанд. Беморони гирифтори фишорбандии шараёнӣ, асосан дар ҳолати фишори хуни систолий аз 160 мм сут.сим. баландтар будан, ки ба дараҷаи 2 ва 3-и фишорбандии шараёнӣ рост меояд ва собиқаи бемории онҳо зиёда аз 3 сол аст ба пизишк муроҷиат мекунанд. Дар 25,7%-и беморони гирифтори фишорбандии шараёнӣ, ки дар қайд ҳастанд, якчанд маротиба бӯҳрони фишорбаландиро аз сар гузаронидаанд, ки ба 45%-и тамоми бӯҳрон рост меояд. Зери назорати табибони оилавӣ, асосан беморони дорои дараҷаи 2-и фишорбандии шараёнӣ дар қайдбуда, ки сабаби он анамнези дуру дароз доштани беморон ё ки табобати гипотензивии номувофиқ гирифтанд, инчунин ба қадри кофӣ дар қайд набудани беморон бо дараҷаи 1-и фишорбандии шараёнӣ мебошад, ки дар натиҷа ин ба авҷгирии хатари оқибатҳои нохуш дар беморон оварда расонид. Аз соли 2011 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаи миллӣ оид ба пешгирии фишорбандии шараёнӣ ва бемории ишемии дил қабул гаштааст ва бемороне, ки ба марказҳои саломатӣ муроҷиат мекунанд ба қайд гирифта мешаванд. Ба ин нигоҳ накарда, беморон камтар ба маркази саломатӣ муроҷиат мекунанд. Агар як сабаби кам дар қайд будани (35%) беморони гирифтори фишорбандии шараёнӣ ин шахсан муроҷиат накардани онҳо ба маркази саломатӣ бошад, аз тарафи дигар, беморон бештари маврид ба пизишконе муроҷиат мекунанд, ки дар маркази саломатии номбаршуда кор намекунанд. Ташхис, таъйинот, ҳатто варақаи ҷавобии муолиҷаи статсионарӣ то табибони оилавӣ ва қортҳои дармонгоҳи рафта намерасанд. Ҳамин тариқ, аз рӯйи нишондиҳандаҳои маркази саломатӣ ин шахсон солим ҳисобида мешаванд.

Тавре, ки аз расми 2 аён мешавад, бештар ба дармонгоҳ беморони сактаи майнаи сар ва диабети қандро аз саргузаронида муроҷиат

мекунанд. Мақсади асосии мурочиати беморон чунин гирифтани гурӯҳи маъҷубӣ мебошад.

7,4%-и беморон бо норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар дар қайди маркази саломатӣ мебошанд. Баъди гирифтани чунин натиҷа таҳлили иловагии дафтари қайди табиби асабшинос роҳандозӣ гардид. Дар натиҷа маълум шуд, ки ба 44%-и беморони синни 40-59 - сола, ки дар соли 2015 ба асабшинос мурочиат кардаанд, ташхиси норасоии музмини хунгардиш (ба мисли энсефалопатияи рағӣ, энсефалопатияи дисиркуляторӣ, энсефалопатияи фишорбаландӣ) гузошта шудааст. Ба ин ҳолат танҳо як шарҳ ҳаст: беморони гирифтори норасоии музмини хунгардиш ба қайд гирифта намешаванд.

## ХУЛОСАҲО

### Натиҷаҳои асосии илмии таҳқиқот

8. Бб воситаи скрининги кушодаи аҳолии синни қобили меҳнати шаҳри Душанбе паҳншавии омилҳои хатари сактаи майнаи сар муайян карда шуд. Аз ҳама бештар дар байни занон ва мардон чунин омилҳои танзимшавандаи хатар ба монанди алоими невротикӣ (61,8%), шохиси вазни бадан  $\geq 26$  (60,9%), инчунин гиперлипидемия (30%) ва фишорбаландии шараёнӣ (27,9%) ба назар мерасанд [1-М, 3-М, 4-М, 25-М, 26-М].

9. Басомади бисёр омилҳои хатари сактаи майнаи сар вобаста ба синну сол афзоиш меёбад. Алалхусус, дар даҳсолаи панҷуми зиндагӣ дар байни занон бештар фишорбаландии шараёнӣ (46,6%), БИД (9,1%) ва камхаракатӣ (22,7%) паҳн гаштааст [3-М, 4-М, 26-М].

10. Сохтори бемориҳои серброваскуляриро, асосан норасоии музмини гардиши хун, аз ҷумла нишонаҳои аввалини норасоии гардиши хун дар майнаи сар (12,1%) ва энсефалопатияи дисиркуляторӣ (9,2%), ки омили хатари сар задани сактаи майнаи сар ва коҳишёбии вазифаҳои маърифатӣ мебошад, ташкил медиҳад. Басомади ҳамаи намудҳои бемориҳои серброваскуляри вобаста ба синну сол мефзояд. Дар байни

мардон бештар (16,77% мард, 5,94% зан) энсефалопатияи дисиркуляторӣ дучор мешавад, зеро онҳо дар давраи нишонаҳои аввалини норасоии хунгардиш дар майнаи сар ба худ аҳмият намедиханд [1-М, 2-М, 8-М, 11-М, 21-М].

11. Чорабиниҳои табобатӣ пешгирикунӣ сактаи майнаи сар дар сатҳи маркази саломатии шахрӣ ба дараҷаи кофӣ гузаронида намешавад: 60%-и беморон бо фишорбандии шараёнӣ дар қайд нестанд, инчунин ба қадри кофӣ шахсоне, ки омили хатар доранд ба қайд гирифта намешаванд. Ин ҳолатро мурочиати ками беморон ба маркази саломатӣ боз мушкилтар месозад. Беморон бо норасоии музмини хунгардиш ва ихтилоли гузарандаи хунгардиш дар майнаи сар дар назорати маркази саломатӣ нестанд [3-М, 26-М].

12. Маҷмӯи васеи омилҳои хатари сактаи майнаи сар бо чунин шикоятҳо, ба монанди сардард, коҳишёбии хотира ва қобилияти меҳнат, ки аллақай нишондиҳандаи ҳалалдоршавии амалқардӣ ва органикии майнаи сар ба ҳисоб мераванд, муайян карда шуд. Аломатҳои сарчарҳзанӣ ва шавушуви сар дар шахсоне, ки аллақай гирифтори намудҳои нисбатан вазнини бемориҳои системаи хунгардиш, ба мисли энсефалопатияи дисиркуляторӣ, бӯҳрони фишорбандӣ, ҳучумҳои ишемикии тезгузар, бемории ишемии дил ва номурағтабии кори дил буданд, муоина шуданд [2-М, 8-М, 11-М].

13. Сохтори хатари сактаи майнаи сар бештар аз гурӯҳи бо хатари дараҷаи паст (34,1%), пасту муътадил (28,8%), муътадил (14,3%) иборат мебошад. Роҳи дурусти назорати омилҳои хатар ин арзёбии хатари умумии сактаи майнаи сар бо воситаи ҷадвалҳои махсус мебошад [3-М, 5-М, 26-М].

14. Паҳншавии назарраси бемориҳои системаи хунгардиш ва омилҳои хатари онҳо дар байни аҳолии 40-59 сола, инчунин афзоиши бемориҳои сереброваскулярӣ дар даҳсолаи панҷуми зиндагӣ аҳамияти гузаронидани

чораҳои пешгирикунӣ фаъолро дар байни гурӯҳи синни аз 40 -сола боло инъикос менамояд [3-М, 4-М, 11-М, 21-М, 26-М].

### **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

6. Дар омода намудани табибони оилавӣ курсҳои тайёрӣ аз асабшиносӣ бо дарназардошти пешгирии аввалияи сактаи майнаи сар ворид карда шавад.

7. Ба кори амалии табибони оилавӣ механизми корҳои пешгирикунӣ дар шахсоне, ки аллакай омили хатари бемориҳои дилу рағҳои хунгардро доранд, бо дарназардошти дараҷаи хатар аз рӯи меъёрҳои ҷаҳонӣ ворид карда шавад.

8. Бо дарназардошти паҳншавии зиёди фишорбандии шараёнӣ муайянкунӣ фаъол ва муолиҷаи зарурии беморон бо фишорбандии шараёнӣ роҳандозӣ шавад.

9. Бештари чорабиниҳои пешгирикунӣ дар байни занони минтақа дар синну соли қобили меҳнат бояд гузаронида шавад. Бояд танзими фишорбандии шарёнӣ муолиҷаи доруии алоими невротикӣ ва ташвиқи тарзи ҳаёти солим гузаронида шавад.

10. Дар таҳқиқоти мазкур намудҳои бештар паҳншудаи аввалияи норасоии музмини хунгардиш дар майнаи сар бартарӣ дорад. Аз ин рӯ, табибони оилавӣ ва пизишкони дигари соҳахоро зарур аст, ки ба муайянкунӣ ин бемориҳо бо мақсади пешгирӣ намудани авҷгирӣ ва сар задани ихтилолотӣ шадиди гардиши хун аҳамияти зарурӣ диҳанд.

### **ФЕҲРИСТИ КОРҲОИ ЧОПШУДАИ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗӢИ ДИССЕРТАСИЯ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

- 3 – М. Выявление хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения РТ / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – №1. – С. 10-15.

- 4 – М.** Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Вестник Авиценны. – 2015. – №3. – С. 88-92.
- 27– М.** Рахмонов Р.А. Риск инсульта в популяции трудоспособного возраста города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №3. – С. 121-123.
- 28– М.** Рахмонов Р.А. Модифицируемые факторы риска инсульта среди населения города Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №1. – С. 80-84
- 29– М.** Рахмонов Р.А. Суммарный сердечно-сосудистый риск – новый подход к прогнозированию инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, Д.П. Зуурбекова // Вестник Авиценны. – 2017. – №4. – С. 471-75.
- Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:**
- 30– М.** Факторы риска и клинические особенности инсульта в республике Таджикистан / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитации инвалидов в Республики Таджикистан: сб. тр. регионального научно практического семинара Худжанд.– Душанбе, 2014. – С. 82-86.
- 31– М.** Беморихои рағҳои хунгарди майнаи сар хамчун масъалаи халталаб дар ҷаҳон / Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева, М.О.Исрофилов // Авҷи Зухал. – 2014. – №1 – С. 66-69
- 32– М.** Клинические особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Д. Исокова // Медицинская наука и образование: сб. тр. 62-ой годичной научно-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. – Душанбе, 2014. – С. 81-82.
- 33– М.** Эффективность ранней реабилитации ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б Тоджиддинов, М.М. Джалолова // сб. тр. IV научно-прак. конф. санатория «Зумрад». – Душанбе, 2015. – С. 153-156.

- 34 – М. Рахмонов Р.А.** Наследственные формы гипертонической болезни, осложнившейся инсультом / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева // Вестник педагогического журнала. – 2015. – №2. – С. 73-78 .
- 35– М. Рахмонов Р.А.** Структура цереброваскулярных заболеваний в открытой популяции работоспособного населения г.Душанбе // Вестник педагогического журнала – 2015. – №2. – С. 126-129.
- 36– М.** Инсульт у детей и подростков / Р.А. Рахмонов, М.Н. Алифшоева, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб.тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 169-170.
- 37 – М.** Выпадение полей зрения при инсульте / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б Тоджиддинов // Актуальные вопросы офтальмологии: сб. тр. I-съезда офтальмологов РТ с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 188-191.
- 38 – М.** Омилҳои хатаровари сактаи магзӣ дар байни аҳолии деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон / Р.А. Раҳмонов, Т.Б Тоджиддинов, М.Б. Исоева, Б.С.Тоджиддинов // Авҷи Зӯҳал. –2014. – №4. – С. 36-40.
- 39 – М.** Роль факторов риска и данных нейровизуализации в диагностике ишемического инсульта / Р.А. Рахмонов, Р.Ш. Ибрагимова, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: сб. тр. 63-ей годичной научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 2015. – С. 197-198.
- 40 – М.** Эффективность ранней реабилитации инсульта / М.М. Джалолова, С. Табаров, М.М. Шукуров, М.Б. Исоева // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – №1. – С. 39-40.
- 41 – М.** Исоева М.Б. Факторы риска инсульта у молодых / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.В. Мадаминова // Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2014. – С. 20.

- 42 – М. Исоева М.Б.** Применение семакса в лечении острейшего периода инсульта / М.Б. Исоева, М.М. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов // Достижение и перспективы развития медицинской науки: тез. докл. 9 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2014. – С. 56
- 43 – М. Тоджиддинов Т.Б.** Клинико-эпидемиологическая характеристика инсульта у сельского населения РТ / Т.Б. Тоджиддинов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику: тез. докл. 10 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2015. – С. 76.
- 44 – М. Зуурбекова Д.П.** Analysis of sickness and death rate of hospital stroke / Д.П.Зуурбекова, М.А.Усайнова, М.Б. Исоева // : тез. докл. 11 годич. науч.-прак. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. – С. 88
- 45 – М. Хусусиятҳои эпидемиологӣ ва намудҳои ибтидоии вайроншавии хунгардиш дар майнаи сар / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Ч. Исокова, Г.Ш. Давлатмирова // Авҷи Зухал. – 2015. – №2. – С. 28-31.**
- 46 – М. Рахмонов Р.А.** Течение инсульта у больных с метаболическим синдромом / Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов, М.Б. Исоева // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №3. – С. 125-128.
- 47 – М. Сабаб, нишонаҳои клиникӣ, ташхис ва муолиҷаи сактаи камхунӣ дар кӯдакон / Р.А. Раҳмонов, М.Ч. Исоқова, М.Т. Ганиева, М.Б. Исоева // Авҷи Зухал. – 2016. – №4. – С. 49-51.**
- 48 – М. Симптоматическая эпилепсия у больных с инсультом / Р.А. Рахмонов, Т.Б. Точиддинов, М.Б. Исоева, М.О. Исрофилов // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. – №3. – С. 36-40.**
- 49 – М. Распространенность невротического синдрома среди работоспособного населения г. Душанбе / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Точиддинов, Т.В. Мадаминова // Проблемы теории и практики современной медицины: сб. тр.**

64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости РТ. – Душанбе, 2016. – С. 47-48.

**50 – М. Рахмонов Р.А.** Первичная профилактика инсульта, основанная на факторах риска / Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.А. Кравченко // Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в РТ: сб. тр. международной науч.-прак. конф. – Душанбе, 2016. – С. 123-126.

### ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО

ФШ – фишори шараёнӣ

ГХС – гиперхолестеринемия

МСШ –Маркази саломатии шаҳрӣ

БГС- бухрони гипертони серебрялӣ

ЭД –энсефалопатияи диссиркуляторӣ

БИД – бемории ишемии дил

СМ – сактаи миокард

ШВБ – шохиси вазни бадан

АР – аритмияи рахшанда

БҒС –бемориҳои ғайрисироятӣ

ЗИНХМС – зухуроти ибтидоии норасоии хунрасонии майнаи сар

КД – контрацептивҳои даҳонӣ

ХСУ – холестерини умумӣ

ПНМК – ихтилолотии гузарандаи хунгардиши майнаи сар

ҶТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

Д Қ – диабети қанд

СШ – стенокардияи шиддат

ТИА – ҳучумҳои гузарандаи ишемикӣ

ОХ – омили хатар

ШПСЭМ – шиддатнокии психо-эмотсионалии музмин

БМСВ – бемориҳои музмини сереброваскулярӣ

ЦВЗ – бемориҳои сереброваскулярӣ

ЭКГ – электрокардиография

### АННОТАЦИЯИ

автореферати диссертатсияи Исоева Манижа Башировна

дар мавзӯи «Паҳншавии омилҳои хатари сактаи майнаи сар дар аҳолии синни қобили меҳнати шаҳри Душанбе» барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.01.11.- Бемориҳои асаб

**Калидвожаҳо** : сактаи майнаи сар, синни қобили меҳнат, бемориҳои асаб, эпидемиология, пешгирикунӣ, системаи хунгардиш, фишорбаландӣ, кохишбӣи хотира, маркази тиббӣ, пизишки оилавӣ, дармонгоҳ, норасоии музмин, авҷгирии беморӣ

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши вижагиҳои сохтори омилҳои хатари сактаи майнаи сар бо мақсади беҳсозии чораҳои пешгирикунанда дар байни аҳолии синни қобили меҳнати шаҳри Душанбе.

**Методи таҳқиқот.** Бо истифода аз бастаи амалии «Statistica 6.0» (StatSoft, ИМА) дар компютери шахсӣ таҳлили омории натиҷаҳои

бадастомада гузаронида шуд. Бузургии мутлақ ба шакли арзишҳои миёна ( $M$ ) ва хатогии худ ( $\pm m$ ), қимати нисбӣ – дар таносуби фоизӣ (%) пешниҳод карда шудаанд. Таҳлили мутлақи дисперсионии нишондиҳандаҳои мустақил бо истифодаи  $U$ -меъёри Манн-Уитни ва қимати нисбӣ бо истифодаи меъёри  $\chi^2$  бо тасҳеҳи Йетса гузаронида шуд. Тафовут ҳангоми  $p < 0,05$  будан аҳмияти оморӣ дорад.

**Навгонии илмӣ.** Аввалин маротиба дар натиҷаи скрининги кушодаи аҳолии синни 40-59-солаи шаҳри Душанбе паҳншавии омилҳои хатари пайдоиши сактаи майнаи сар омӯхта шуд; муайян карда шуд, ки дар бештари маврид чунин омилҳои хатар, аз қабилӣ алоими асабхастагӣ (61,8%), шохиси вазни бадан  $\geq 26$  (60,9%), инчунин гиперлипидемия (30%) ва фишорбаландии шараёни ( $ФШ$ ) (27,9%) дучор мешаванд. Аввалин маротиба тавсифи эпидемиологии намудҳои асосии бемориҳои серброваскулярӣ ( $БСВ$ ) дар шаҳри Душанбе гузаронида шуда, муайян карда шуд, ки сохтори бемориҳои серброваскуляриро, асосан дар синни 40-59 - солагӣ намудҳои музмини ин беморӣ ташкил медиҳанд. Хатари умумии сактаи майнаи сар арзёбӣ гардид; сохтори асосии хатари сактаи майнаи сарро гурӯҳҳои дараҷаи паст (34,1%), пасти муътадил (28,8%), муътадил (14,3%) ташкил мекунанд. Оид ба нокифоягии чорабиниҳои пешгирикунӣ дар шароити маркази саломатии шаҳрӣ маълумот гирифта шуд.

**Аҳамияти амалӣ.** Натиҷаҳои таҳқиқот ба зарурати диспансеризатсия ва гузаронидани чорабиниҳо оид ба пешгирӣ намудани сактаи майнаи сар дар миёни аҳолии шаҳри Душанбе асос мегузорад. Ба фаъолияти муассисаҳои тиббӣ арзёбии комплекси хатари сактаи майнаи сар бо истифодаи меъёрҳои байналмилалӣ ворид карда шуд. Истифодаи онҳо барои муайян намудани хатари умумии сактаи майнаи сар ва пешгирии саривактӣ он кӯмак менамояд.

**Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо**

Дар омода намудани табибони оилавӣ курсҳои тайёри аз асабшиносӣ бо дарназардошти пешгирии аввалияи сактаи майнаи сар ворид карда шавад.

Ба кори амалии табибони оилавӣ механизми корҳои пешгирикунӣ дар шахсоне, ки аллакай омили хатари бемориҳои дилу рагҳои хунгардро доранд, бо дарназардошти дараҷаи хатар аз рӯйи меъёрҳои ҷаҳонӣ ворид карда шавад.

**Соҳаи истифода:** Дармонгоҳҳо ва марказҳои саломатии Ҷумҳурии Тоҷикистон.