

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Қўлёзма ҳуқуқида
УДК 616-056.52-008.9-084

МУХИДДИНОВА ГАВХАР ДЖАЛАЛИДДИНОВНА

**МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИК ЁРДАМНИ
ТАШКИЛЛАШТИРИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.33 – жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш

**тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун ёзилган
диссертация
АВТОРЕФЕРАТИ**

Тошкент – 2010

Иш Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган

Илмий раҳбар:

тиббиёт фанлари доктори
ШАГАЗАТОВА Барно Хабибуллаевна.

Расмий оппонентлар:

тиббиёт фанлари доктори, профессор
МЕНЛИКУЛОВ Парахат Рскулович

тиббиёт фанлари доктори, профессор
АКБАРОВ Заирходжа Сабирович

Етакчи ташкилот:

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги Д 087.09.03 рақамли ихтисослашган кенгашининг «___» _____ 2009 й. соат ____ да ўтадиган мажлисида бўлади (Ўзбекистон Республикаси, 100109, Тошкент шаҳри, Фароби кўчаси, 2).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси кутубхонасида танишиш мумкин.

Автореферат 2010 й «___» _____ тарқатилди.

Ихтисослашган кенгаш
илмий котиби,
тиббиёт фанлари номзоди

Ф.И. Саломова.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ

Мавзунинг долзарблиги. Метаболик синдром (МС) – бу юрак-қон томир тизимида оид қатор хавф омиллари (артериал гипертензия, абдоминал семириш, дислипидемия, инсулинрезистентлик)ни бирлаштирувчи тушунчадир, замонавий жамиятга жиддий хавф сифатида аҳамият касб этади. Ушбу муаммонинг долзарблиги жаҳоннинг иқтисодий ривожланган давлатлари аҳолиси орасида семизлик тарқалганлиги 20%га тенглиги, шунингдек инсулинрезистентлик ҳолатидан аниқ 2-типдаги қандли диабет ривожланишигача олиб келадиган углевод алмашинуви бузилиши билан аниқланади.

МС тарқалганлиги қандли диабет (ҚД) тарқалиш ҳолатларига нисбатан олганда 2 маротаба ортиқ, ва яқин 25 йил ичида унинг ўсиш тезлиги 50% га ошиши кутилмоқда. МСни тиббий-ижтимоий муаммо сифатида қараш мумкин, унинг ечимини топишда соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғин и шифокорлари тутган ўрни муҳим аҳамиятга эга. МС мавжуд беморларда юрак-қон томир касалликлари (ЮТК) ривожланиши хавфи 3-4 марта юқоридир, МС мавжуд беморларда, ушбу синдромга эга бўлмаган беморларга қараганда тўрт маротаба тезроқ ҳолларда ўлим билан тугаш қайд қилинади [Дедов И.И., Мельниченко Г.А., 2006; Оганов Р.Г., 2006; Перова Н.В., Метельская В.А., 2007; Bovet P., Gabriel A., Shamlaye C., 2007].

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларининг барчасида адекват тиббий ёрдам ишлаб чиқиш эҳтиёжи борлиги сабабли МСли шахсларда юрак-қон томир патологияларини ўрганиш муҳим муаммо ҳисобланади. Охирги ўн йилда, Бутун Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) ташаббуси билан, турли давлатларда асосий томир касалликлари тутган ўрнини ва учраш тезлигини аниқлаш, сабабларини, улар ривожланишида ҳар хил омиллар аҳамиятини ойдинлаштиришга қаратилган эпидемиологик тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ўзбекистонда шунга ўхшаш текширув Кардиология ИТИда амалга оширилган, унда артериал гипертензия (АГ), семизлик, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) каби айрим хавф омиллари ўрганилган. 2002 йили М.Л.Саипова МС тарқалиши динамикасини ўрганди ва ЮИК ривожланишида МСнинг маълум бир компонентлари аҳамиятини қиёсий баҳолашни олиб борди. Бухоро тиббиёт институти УАШ тайёрлаш кафедрасида О.А.Рузиев (2008) томонидан БЖССТ тавсия қилган ташхисий мезонларига мувофиқ МС тарқалганлиги ўрганилган, у 22% ни ташкил қилди.

Лекин, мутахассисларда МС мавжуд шахсларни қаерда ва қандай мезонлар ёрдамида аниқлаш борасида ягона фикр йўқ. Профилактик дастурларни амалга ошириш заруратига боғлиқ ҳолда томирли асоратлар структурасини баҳолашга, хавф омилларини таҳлил қилишга, касаллик бошланишининг ёшга оид хусусиятларини, ирсий мойилликни аниқлашга, турли жинсдаги шахсларда томирли асоратларнинг ҳар хил турлари бирга кўшилиб келишини ойдинлаштиришга, МСли шахсларда аниқланган хавф омилларини олдини олишга қаратилган мақсадли профилактикани ишлаб

чиқишга эҳтиёж пайдо бўлди, бу мана шу тадқиқот мавзуси бўлиб ҳисобланди.

Диссертациянинг ишининг ИТИ режалари билан боғлиқлиги. Тадқиқотлар ТТА УАШ тайёрлаш эндокринология билан кафедрасининг 2007 йил 01.070070 давлат қайд рақами билан ТТА илмий кенгашида тасдиқланган “Атроф муҳитда йод етишмаслиги мавжуд регионда эндокрин касалликларини ташхислаш ва даволаш” илмий-тадқиқот иши доирасида бажарилди.

Тадқиқот мақсади: Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинлари шароитида МС мавжуд шахсларга қаратилган даволаш-профилактик ёрдамни такомиллаштириш йўллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқот вазифалари:

1. МС мавжуд шахсларда ташхислаш, кузатиш ва даволаш бўйича умумий амалиёт шифокорларининг асосий билим даражаларини ўрганиш.
2. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинлари шароитида МСнинг тарқалганлигини ва унинг асосий компонентларини аниқлаш.
3. МС мавжуд шахсларда томирли фожиалар (мия инсулти мисолида) тарқалганлиги ва структурасини таҳлил қилиш.
4. МСда хавф омилларини интеграл баҳолаш ва томир-мия фожиалари ривожланишини башорат қилиш.
5. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини шароитларида ўзгарувчи хавф омилларининг МС мавжуд шахсларда негатив таъсирини олдини олиш бўйича тадбирлар ишлаб чиқиш.

Ҳимояга олиб чиқиладиган асосий ҳолатлар:

1. Умумий амалиёт шифокорларини сўровномадан ўтказиш натижалари уларнинг соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини шароитида МС ҳақида ва (13%) уни ташхислаш ҳамда даволаш услублари бўйича (14%) хабардорлигининг қониқарсизлигини кўрсатди. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида МС ва унинг компонентларининг ҳақиқий тарқалганлигини аниқлаш томирли фожиаларни олдини олишга қаратилган профилактик ва соғломлаштириш тадбирларни ўз вақтида бажариш имконини беради.

2. Томирли фожиаларнинг аниқланган асосий хавф омиллари ва уларнинг интеграл прогностик баҳоланиши МСли шахсларда ушбу асоратларни олдини олишда ҳал қилувчи бўғин ҳисобланади.

3. Ўзгарувчан хавф омиллари билан курашиш учун ишлаб чиқилган даво ва профилактик тадбирлар МСли беморлар сонини камайтириш ва томирли фожиалар ривожланишининг олдини олиш имконини беради.

Илмий янгилиги

1. МС мавжуд шахсларни ташхислаш, кузатиш ва даволаш бўйича умумий амалиёт шифокорларининг асосий билим даражаси ўрганилди.

2. Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитида МСнинг энг муҳим аҳамиятли компонентларининг учраш тезлиги ва унинг тарқалганлиги Бутун Россия кардиологлар илмий жамияти (БРКЖ) (2007) тавсия қилган мезонларига биноан аниқланди.

3. МСли шахсларда томирли фожиалар хавф омиллари тарқалганлиги ва структураси таҳлил қилинди.

4. МСда томирли патологиялар ривожланишига интеграл баҳо бериш ва башорат қилиш амалга оширилди.

5. МС мавжуд шахслардаги ўзгарувчи хавф омиллари билан курашишга қаратилган профилактик тадбирлар илмий жиҳатдан асосланди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти куйидагилардан иборат: ўрганиб чиқилган хавф омиллари асосида ўзгарувчан омилларнинг негатив таъсирини олдини олиш бўйича комплекс тадбирлар ишлаб чиқилди. Мия фожиаларини бошидан ўтказган шахсларда хавф омилларини интеграл баҳолаш усули жорий қилинди, бу МС мавжуд шахсларда томирли фожиалар ривожланиш хавфи энг кўп бўлган гуруҳларни ажратиш имконини беради. Амбулатор босқичда беморларни кузатиб боришни такомиллаштиришга қаратилган тадбирлар ишлаб чиқилди ва жорий қилинди, бу ушбу категориядаги (туркумдаги) беморларга кўрсатилаётган ёрдам сифатини яхшилашга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Тадқиқот материаллари бўйича даволаш-профилактик муассасалар шифокорлари, эндокринологлар, умумий амалиёт шифокорлари учун услубий тавсияномалар ишлаб чиқилди ва чоп этилди, улар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги илмий-тадқиқот фаолиятини мувофиқлаштирувчи бўлими, Фан ва ўқув юртлари Бош бошқармаси томонидан тасдиқланган, № 8/112 от 03.07.09 й.

“Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида МСни ташхислаш” мавзусидаги чоп қилинган услубий тавсиянома Тошкент шаҳри Собир Рахимов тумани №16, Учтепа тумани №26 ва Чилонзор тумани №37 оилавий поликлиникалари амалий фаолиятига тадбиқ қилинди.

Ишнинг апробацияси. Диссертациянинг асосий мазмунлари “Ички аъзолар касалликларини ташхислаш, даволаш ва тиббий реабилитациясининг долзарб муаммолари” илмий-амалий конференциясида, Тошкент ш., 2007 й.;

“Ўзбекистон неврологларининг IV қурултойида, Тошкент ш., 2007 й.; “МДХ неврологларининг сурункали бош мия томирли касалликларини даволаш муаммолари бўйича кенгаши” Халқаро конференциясида, Москва ш., 2008 й.;

“Эндокринологиянинг долзарб муаммолари” Бутун Россия ёш олимлари ва мутахассисларининг илмий-амалий конференциясида, Москва ш., 2008 й.;

“Ёш олимлар куни-2009” йиғилишида, Тошкент ш., 2009 й.; Тошкент тиббиёт академияси кафедра ва кафедралараро илмий семинарларида; ТТА қошидаги Ихтисослашлган кенгашининг Илмий семинарида маъруза қилинган.

Натижаларнинг чоп қилинганлиги. Диссертация материаллари бўйича 8 та иш нашр қилинган, шулардан 1 таси хорижий, 2 таси Ўзбекистон Республикаси журналларида, 1 та услубий тавсиянома ва 4 та тезис илмий мақолалар тўпламида (1 та тезис – хорижда).

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация компьютерда терилган 119 бетли матндан иборат ва кириш, адабиётлар шарҳи, шахсий тадқиқотларга оид 3 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсияномалар ва 191

та манбани ўз ичига олган (82 таси хорижий муаллифларга тегишли) адабиётлар кўрсаткичи қисмларидан ташкил топган. Диссертация 14 та жавдвал ва 8 та расм билан тўлдирилган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Тадқиқот материали ва услублари.

Маълумотларни тўплаш тадқиқот режасига биноан учта босқичда амалга оширилди. Тадқиқотнинг биринчи босқичида тасодифий танлаш услуби орқали танланган соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини шифокорларининг МС ҳақидаги билим даражасини таҳлил қилиш амалга оширилди. Биз томондан махсус ишлаб чиқилган сўровнома бўйича жами 254 та шифокор орасида сўроқ ўтказилди.

Ушбу босқичда, МСнинг ҳақиқий тарқалганлигини аниқлаш мақсадида, Тошкент шаҳри Чилонзор тумани № 37 оилавий поликлиника базасида, тасодифий танлов услубида 2 та маъмурий қисм танланди, у ерда ушбу поликлиника хизмат кўрсатадиган территорияда яшовчи 30 ёшдан катта шахслар ялпи кузатув остига олинди. Жами 628 та одам текширилди. Тадқиқотнинг навбатдаги босқичи жами 181 бемор текширилди, улар 2004 йўлдан 2006 йилгача бўлган даврда Тошкент шаҳри даволаш-профилактика муассасаларининг (ДПМ) базаларида реанимация бўлимларида даволанган: ТТА 2-клиникасининг нейрореанимация бўлимида, тез тиббий ёрдам клиник касалхонаси (ТТЕКК) неврология бўлимида, 1-шаҳар клиник касалхонаси реанимация бўлимида олиб борилди. Жами томир-мия фожиясини бошидан ўтказган 181 бемор текширилди. Тадқиқотнинг учинчи босқичи “Ўзэлектртармоқ” тиббий-санитар қисми поликлиникаси базасида амалга оширилди. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида амалга оширилаётган даволаш-профилактика ишларининг самарадорлигини (хавф омилларини интеграл баҳолаш шкалалари ёрдамида) баҳолаш учун томирга оид касалликлар ривожланишининг паст ва ўрта хавфига эга 33 ёшдан 59 ёшгача бўлган 53 та одам танлаб олинди. Биринчи гуруҳга номедикаментоз даво билан бир қаторда медикаментоз коррекция бажарилган ўрта хавф омилига эга 33 та одам кирди. Иккинчи гуруҳга паст хавф омилига эга 20 та одам киритилди, уларга фақат номедикаментоз коррекция олиб борилди.

Барча текширилган беморларда учта босқичнинг ҳаммасида анамнестик маълумотлар (паспорт маълумотлари, хавф омиллари бўйича ирсий оғирлашишни аниқлаш, анамнезида томирли патология борлиги, ёмон одатларга эгалиги, олинаётган терапия ва унинг самарадорлиги) пухталиқ билан тўпланди. Антропометрик ўлчовлар: оёқ кийимисиз бўй (см), стандарт тарозиларда вазн (кг) ўлчанди. Семириш даражаси тана вазни индекси (ТВИ)ни Кетле формуласи – $TBI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй (м)}^2$ бўйича ҳисоблаш йўли билан аниқланди. ТВИ бўйича семизлик таснифига кўра (БЖССТ, 1997), семизлик ташхиси $TBI > 30 \text{ кг/м}^2$ ва ундан кўп бўлган қийматларда қўйилди. Абдоминал семизлик (АС)ни аниқлаш учун сантиметрли тасма ёрдамида бел айланаси ўлчанди. БРКЖ тавсиясига кўра, бел айланаси эркакларда $> 94 \text{ см}$ ва аёлларда 80 см бўлиши абдоминал семизлик мавжудлигидан далолат беради. Также наличие АО констатировался по

показателю абдоминального индекса (АИ), который был равен или больше 0.95 у мужчин и 0.8 у женщин. АИ рассчитывался измерением величины отношения объема талии к окружности бедра. Абдоминал семизлик мавжудлигидан абдоминал индекс (АИ) (эркакларда 0,95 ва аёлларда 0,8) ҳам далолат беради, $АИ = \frac{\text{бел айланаси}}{\text{сон айланасига бўйича ҳисоблаш йўли билан аниқланди.}}$

Юрак-қон томир хавфини баҳолаш учун АГ даражаси БРКЖнинг АГни профилактика қилиш, ташхислаш ва даволаш тавсиясига (2004) биноан белгиланди.

Наҳорги гликемияни экспресс ташхислаш учун биз тест-тасмалар ва “Сателлит” экспресс-ўлчагичини (Россия) қўлладик. ҚД ва глюкозага толерантлик бузилиши (ГТБ) ташхислари БЖССТ таснифига (1999) биноан аниқланди. Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш мақсадида қондаги глюкоза миқдори эрталаб оч қоринга ва 75 г глюкоза перорал қабул қилинганидан 2 соат ўтиб текширилди.

Умумий холестерин (ХС), учглицеридлар (УГ), паст (ПЗЛП) ва юқори (ЮЗЛП) зичли липопропротеидлар даражаси колориметрик у слубида «Hospitex Scrin Master» ускунасида аниқланди. Липид профил бузилиши Атеросклерозни ўрганувчи Европа жамияти таснифига биноан беогиланди (2003).

МС ташхиси барча тўртта мезон ва/ёки АС ва БРКЖнинг 2 та қўшимча мезонлари бор бўлганда қўйилди.

МСда томирли фожиалар хавф омилларини интеграл баҳолаш учун ҳаққонийлик нисбати услуби қўлланилди. Услуб, омилларнинг комплекс тарздаги таъсири натижасида юзага келадиган у ёки бу оқибатлар эҳтимоллигини башорат қилишга асосланган.

Номедикаментоз коррекция Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Профилактик тиббиёт марказида Н.Г.Киселёв томонидан ишлаб чиқилган сўровнома асосида беморлар овқатланишини ўзгартиришга таянган. Сўровнома 2 та сўроқномадан ташкил топган: биринчиси бўйича ёғларни истъемол қилиш тезлигини, иккинчиси бўйича – оқсил ва углеводларни истъемол қилиш тезлигини 4 балли шкала бўйича аниқладик. №2 сўроқнома баллар йиғиндиси нисбати қийматининг №1 сўроқномадаги катталигига солиштирганда 1,5 дан ортиқ бўлган ҳолларда парҳез овқатланиш тавсия қилинди. Беморлар ҳар куни тавсия қилинаётган маҳсулотлар намунаси менюсини ўз ичига олган махсус тайёрланган овқатланиш рационни карталарни тўлдириб боришди.

Текширилганларнинг барчасига ўрта миёна ёки юқори интенсивликдаги (30 дақиқа давомидаги ҳар кунлик юриш, сузиш – 20 дақиқа, югуриш – 15-20 дақиқа ёки рақслар – 30 дақиқа) мунтазам меъёрлаштирилган жисмоний машқлар ҳисобига фаолиқни аста-секин ошириб боришни тавсия қилдик.

Юқорида баён қилинган ҳаёт тарзини номедикаментоз коррекция қилиш услублари билан бир қаторда Моксонидинни (Физиотенз, «Solvay Farma», Германия) қўшиш йўли билан медикаментоз коррекциюни ҳам амалга

оширдик. Препарат тайинланишидан 7 кун олдин бошқа барча гипотензив воситаларни қабул қилиш тўхтатилди ва шундан сўнггина Физиотенз 0,4 мг дозада кунига 1 маҳал тайинланди. Ҳамма кўрсаткичлар кузатувгача ва кузатувнинг 12 ҳафтасидан сўнг баҳоланди. Ҳар 4 ҳафтада бир марта шифокор қабулида беморларда артериал босими (АБ) ўлчанди, умумий аҳволи баҳоланди.

Олинган натижалар статистик таҳлилнинг амалий дастурлари қўлланилган ҳолда статистик қайта ишланди. Статистик аҳамиятли ўзгаришлар ишонарлилик даражаси $P < 0,05$ бўлган ҳолларда қабул қилинди.

Тадқиқот натижалари ва улар муҳокамаси.

Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғинидаги тасодифий танлаш услубида танланган шифокорларини (жами 254 та шифокор танлаб олинди) сўроқ қилиш шуни кўрсатадики, МСга аниқ тавсиф берган респондентлар фақат 13% ни ташкил қилди, 54% и эса нотўлиқ тушунча беришди, 33% тўғри жавоб айтишди. МС ўз ичига қандай компонентларни олади деган саволга фақат 19% шифокорлар тўлиқ жавоб бера олишди холос, шу билан бирга уларнинг ярмидан кўпроғи (57%) нотўғри жавоб беришди. Умумий амалиёт шифокорларининг ҳар тўрттаси (24%) МС ли шахсларни аниқлашга умуман зарурат йўқ деб ҳисоблашади, лекин кўпчилик шифокорлар (76%) МС ни умумий амалиёт шифокор (УАШ) аниқлаши лозим деб таъкидлашади. Шунга қарамасдан 21% шифокорлар МСни аниқлаш учун керак бўлган услубларни санаб ўтишди, 40% ҳолларда нотўлиқ жавоб қайд этилди ва 39% шифокорлар бунинг учун қандай услублар қўлланилишини умуман билишмади. Бирламчи бўғин шароитида МСни аниқлашга керакли ускуналарни фақат 14% текширилганлар санаб ўтишди, 34% нотўлиқ жавоб беришди, респондентларнинг 52% қандай ускуналар ҳақида сўз кетаётганлигини билишмади.

Наҳорги ва юкламадан кейин 2 соат ўтгандан сўнгги гликемиянинг меъёрий кўрсаткичларини шифокорларнинг 36% кўрсата олди, 34% нотўлиқ жавоб беришди, 30% эса бу саволга жавоб бера олмади. Умумий амалиёт шифокорлари тана вазни индексининг меъёрий кўрсаткичлари ва уларни ҳисоблаб чиқиш бўйича берилган саволларга жуда яхши жавоб беришди, мос равишда 59% ва 56%. Аммо ушбу кўрсаткични қандай ҳисоблаш ва унинг меъёрий оғишларини аниқлаш борасидаги масалаларни бажаришни, мос равишда 41% ва 30% шифокорлар аниқлаб бериша олмади. Шу билан бир қаторда фақат 4% УАШ семизлик даражалари таснифи ҳақидаги билимга эга, бунда 71% шуни тасдиқлашадики, улар қабулида ортиқча тана вазнига эга ва семизликка чалинган шахслар кўп бўлишади, ва фақат сўровномадан ўтказилганларнинг 29% да бундай беморлар қабулда кам ёки йўқ бўлиши аниқланади. Абдоминал индексини аниқлаш услубини 98% шифокорлар билишмайди, бунда 14% гина шифокорлар бел айланасининг меъёрий кўрсаткичларига оид саволларга тўғри жавоб беришди. Сўровномадан ўтган шифокорларнинг 30% МС мавжуд беморларни эндокринолог кўригига жўнатиш керак деб ҳисоблашади, 30% бундай беморларга қанақа тавсиялар бериш мумкинлигини билишмайди ва фақат 40% гина МС ли шахсларга

тиббий ёрдам кўрсатиш стандартларига мос келувчи даво муолажаларини тавсия қилишган. Шифокорларнинг 56% ва 70% семизлик ва 2-типдаги ҚД ташхисини эндокринолог белгилаши керак деб ҳисоблашади, 12-17% шубҳаланишади, 32% ва 13% бўлса бунга зарурат йўқ деб таъкидлашади.

Шундай қилиб, олиб борилган сўровнома натижалари УАШнинг МС, уни соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитларида ташхислаш услублари, унинг компонентларини ўз вақтида аниқлаш ва уларни коррекциялаш зарурлиги ҳақидаги билимлари етарли даражада эмаслигини кўрсатди.

Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитларида МС тарқалганлигини ўрганиш мақсадида 30 ёшдан катта жами 682 та одам текширилди, улардан 232 нафари $43,7 \pm 0,51$ ёшдаги эркеклар ва 396 таси $44,7 \pm 0,43$ ёшдаги аёллар. Текширилганлар орасида ортиқча тана вазнига эга шахслар 205 (32,6%) ни, I даражали семизлик аниқланганлар 93 (14,8%) ни, II даражали семизлик қайд этилганлар 20 (3,2%) ни, III даражали семизлик белгиланганлар 13 (2,1%) ни ва нормал тана вазнига эга бўлганлар 257(47,3%) ни ташкил қилишди; артериал гипертензиянинг I даражаси 55 (8,8%), II даражаси 12 (1,9) беморда кузатилди. Текширилган шахсларнинг 142,6тасида (22,7%) дислиппротеидемия (ДЛП)нинг турли бирикмалари аниқланди.

Олинган натижаларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, МС углевод алмашинуви (УА)нинг ҳар хил бузилишлари, ГТБ ва 2-типдаги ҚД каби, мавжуд гуруҳларда УА бузилишлари йўқ гуруҳга солиштирганда кўпроқ учради. Олиб борилган тадқиқот текширилган шахслар орасида турли компонентлари билан бирга МС тарқалганлиги 9,6% ни ташкил қилишини кўрсатди. Бунинг ичига 4,1% ни ташкил қилган 2-типдаги ҚД мавжуд беморлар киритилмади (1-жадвал).

1-жадвал

Текширилганлар орасида турли хавф омиллари мавжудлигига боғлиқ ҳолда МСнинг учраш тезлиги, % (n=628).

Хавф омили	2-типтаги қандли диабет	глюкозага толерантлик бузилиши	нормогликемия
Абдоминал семизлик Артериал гипертензия Дислиппротеидемиялар	2,2	1,9	3,4
Абдоминал семизлик Дислиппротеидемиялар	0,8	2,0	
Абдоминал семизлик Артериал гипертензия	1,1	2,3	
Жами гуруҳлар бўйича	4,1	6,2	3,4
Жами 2-типтаги ҚД ва МС БРКЖ (2007), IDF (2005) бўйича	4,1	9,6	
Жами МС БЖССТ(1998) бўйича	13,7		

МСли беморларда мия қон айланиши бузилиши хусусияти ва ушбу даҳшатли асорат ривожланиши хафи ҳақидаги маълумотлар унчалик кўп эмас, ва бу ушбу тадқиқот мақсади бўлди. Жами 181 бемор текширилди: эркаклар – 93 (51,4%), аёллар – 88 (48,6%). уларнинг ўртача ёши $53,0 \pm 0,63$ ва $54,2 \pm 0,49$ ёшга тенг бўлди. Мия қон айланиши бузилиши хусусиятига боғлиқ ҳолда, эркаклар орасида геморрагик инсултли шахслар 19 (10,5 %)ни, ишемик инсултлилар – 74 (40,9%)ни ташкил қилди, аёллар орасида 25 (13,8%) да геморрагик, 63 (34,8%) да ишемик инсулт аниқланди. Ишемик инсултни бошидан ўтказганлар орасида эркаклар кўпчиликти ташкил этди – 74 (40,9%), геморагик инсултга эга шахслар ичида аёллар улуши баланд бўлди – 25 (13,8%). Ташхис қўйилган вақтда эркак ва аёл жинсидаги шахсларнинг ёш кўрсаткичлари турли типдаги инсултларда амалда фарқланмади.

Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатишича (2-жадвал), ТВИ ва АИ нинг энг юқори кўрсаткичлари геморрагик инсултли эркаклар гуруҳида қайд қилинди-ТВИ $31,1 \pm 1,18$ ва АИ $1,0 \pm 0,03$ ($P=0,05$). Аёлларда ТВИ ҳам геморрогик инсултли, ҳам ишимик инсултли шахсларда ортиқча тана вазни доирасида бўлди. Геморрагик инсултли эркаклар гуруҳида САБ кўрсаткичлари ($202 \pm 3,02$ мм.сим.уст.) ишемик инсултли гуруҳида – $175 \pm 1,59$ мм.сим.уст. ни ($P<0,001$) ташкил қилди ва аёллар гуруҳидаги худди шундай кўрсаткичлардан юқори бўлди. ДАБ солиштира гуруҳларда жиддий фарқ қилмади. Липопропротеидларнинг атероген фракциялари ҳам эркаклар, ҳам аёллар гуруҳларида баланд бўлиб чиқди.

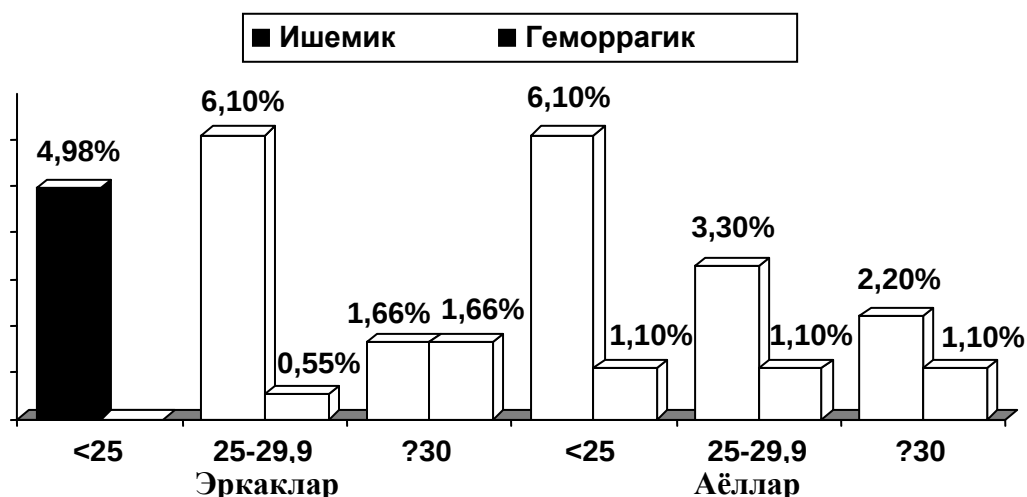
Жадвал 2

Бош мия инсултини ўтказган, МС мавжуд шахсларда гемодинамик ва метаболик кўрсаткичлар

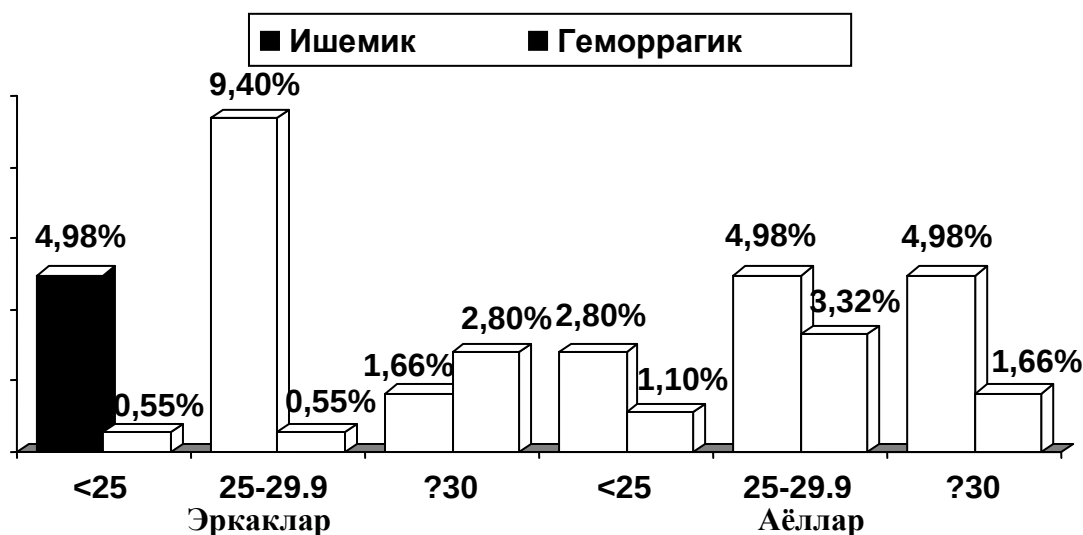
Кўрсаткичлар М±m	Эркаклар (n=93)		Аёллар (n=88)	
	Геморрагик инсулт	Ишемик инсулт	Геморрагик инсулт	Ишемик инсулт
	(n=19)	(n=74)	(n=25)	(n=63)
Ёш	$54,6 \pm 1,13$	$52,6 \pm 0,73$	$53,6 \pm 0,93$	$54,4 \pm 0,58$
ТВИ	$31,1 \pm 1,18$	$26,7 \pm 0,38^{\wedge\wedge}$	$29,3 \pm 1,12$	$28,5 \pm 0,70^*$
Абдоминал индекс	$1,0 \pm 0,03$	$0,98 \pm 0,012$	$0,98 \pm 0,04$	$0,93 \pm 0,02^*$
Бел айланаси	$101,8 \pm 5,14$	$88,2 \pm 1,59^{\wedge}$	$91,9 \pm 3,46$	$91,7 \pm 2,43$
САД тах	$202,1 \pm 3,02$	$175,5 \pm 1,59^{\wedge\wedge\wedge}$	$184,4 \pm 5,00^{**}$	$181,5 \pm 2,79$
ДАД тах	$103,2 \pm 1,54$	$102,3 \pm 1,15$	$102,4 \pm 1,66$	$106,8 \pm 1,96$
Холестерин	$8,2 \pm 0,67$	$7,0 \pm 0,15$	$7,1 \pm 0,23$	$6,3 \pm 0,15^{**\wedge\wedge}$
Учглицеридлар	$4,9 \pm 0,34$	$4,3 \pm 0,12$	$4,2 \pm 0,16$	$3,6 \pm 0,15^{***\wedge\wedge}$

Изох: * – эркаклар ва аёллар ўртасида фарқлар ишонарлилиги (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ – геморрагик ва ишемик инсултлар орасидаги фарқ ишонарлилиги (^- $P<0,05$, ^^- $P<0,01$, ^^^- $P<0,001$)

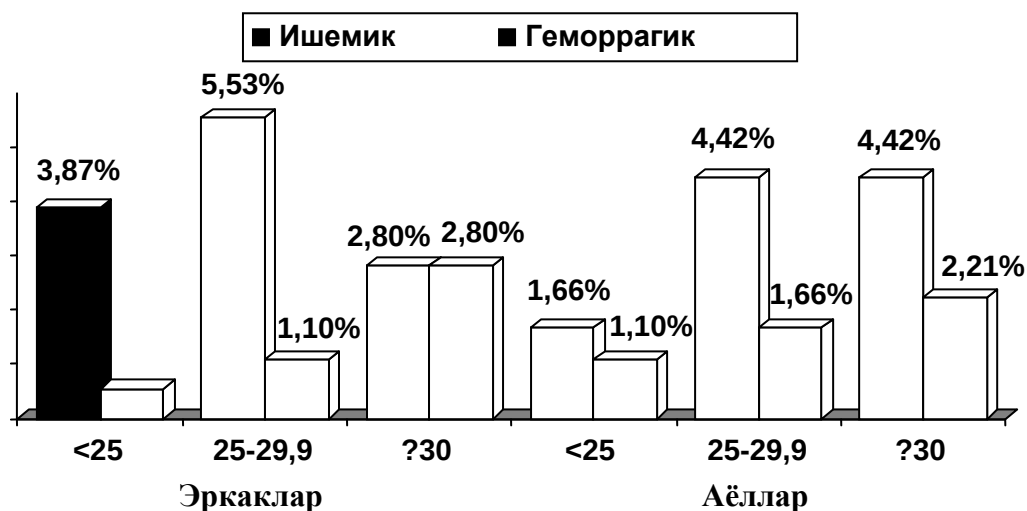
Нормогликемияли, ГТБ ва 2-типтаги ҚД ли шахсларда углевод алмашинуви (1,2-ва 3-расмлар), шунингдек ТВИ кўрсаткичларидан келиб чиққан ҳолда инсулт типини ўрганиш шуни кўрсатдики, ТВИ ва УА ошиши билан геморрагик инсултли беморлар улуши ортиб борди, бунда ушбу мойиллик эркаклар учун жуда характерли бўлди. Бош мия инсултлари пайдо бўлиши ва ривожланиши хафи аёлларга қараганда эркакларда юқори, бунда хавф даражаси АИ катталанишига боғлиқ ҳолда ошиб борди. УА бузилиши кўшилиб келиши, текширилган ушбу гуруҳ беморларидаги башоратни ёмонлаштирди.



1-расм. ТВИ га боғлиқ ҳолда нормогликемияли шахсларда инсулт типини



2-расм. ТВИга боғлиқ ҳолда ГТБли шахсларда инсулт типини



3-расм. ТВИга боғлиқ ҳолда ҚДли шахсларда инсулт типи.

Липид спектр кўрсаткичларини таҳлил қилганда, инсулт типи ва гликемия даражасига боғлиқ ҳолда, умумий ХС нинг ($8,8 \pm 1,0$ ммоль/л), УГ нинг ($4,9 \pm 0,6$ ммоль/л) энг юқори кўрсаткичлари ГТБ ли геморрагик инсулт ўтказган эркаклар гуруҳида қайд этилди. Ишемик инсултни бошидан ўтказган аёллар гуруҳида атероген липопротендлар кўрсаткичлари бошқа барча солиштирув гуруҳларига нисбатан ишонарли паст бўлиб чиқди. Инсулт типи, жинси ва ТВИ га боғлиқ ҳолда умумий ХС нинг ($8,6 \pm 1,0$ ммоль/л), УГ нинг ($5,2 \pm 0,4$ ммоль/л) юқори кўрсаткичлари ($P < 0,01$) УА бузилиши шароитида геморрагик инсулт ўтказган эркаклар гуруҳида қайд қилинди. Ишемик инсулт ўтказган аёллар гуруҳида атероген липопротеидлар кўрсаткичлари геморрагик инсулт ўтказган гуруҳга солиштирганда ишонарли паст бўлди.

Шундай қилиб, липопротендларнинг атероген фракциялари геморрагик инсулт ўтказган эркакларда ошган. Ишемик инсулт ўтказган аёлларда етарлича паст кўрсаткичлар қайд қилинди. Эркакларда ТВИ ошиши ва ГТБ кўшилиши оқибатида геморрагик инсултлар микдори кўпайиб боради; аёллар гуруҳида бундай мойиллик йўқ. Тана вазни, ГТБ, липопротендларнинг атероген фракциялари ортиши каби омиллар эркакларда геморрагик инсултлар юқори хафига сабабчи бўлади.

Инсулт ривожланиши учраш тезлигига, шунингдек ГБ, ҚД ва семизлик бўйича ирсий оғирлашиш ҳам таъсир кўрсатди. Бу, асосан эркакларда ифодаланган бўлди (3-жадвал).

Ирсий оғирлашиш кўрсаткичлари (%)

Кўрсаткичлар	Эркаклар		Аёллар	
	йўқ	бор	йўқ	бор
ҚД бўйича	51,6±5.1	48,4±5.1	68,2±4.7*	31,8±4.7 ^^^
ГК бўйича	20,4±4.1	79,6±4.1***	27,3±4.5	72,7±4.5 ^^^
Семизликбўйича	10,8±3.2	89,2±3.2***	29,5±4.6***	70,5±4.6 ^^^

Изох: * – I гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан ишонарли (* - P<0,05, *** - P<0,001), ^ – аёллар гуруҳлари орасидаги фарқ (^^^ - P<0,001).

Бош мия инсултини ўтказган шахсларда АБ кўрсаткичларни ўрганиш (4-жадвал) шуни кўрсатдики, АБ нинг энг юқори рақамлари, асосан бу систолик босимга тааллуқли, УА бузилиши шароитида геморрагик инсулт ўтказган эркакларда қайд қилинди. Олинган натижалар таҳлили ТВИ ва АС кўрсаткичлари катталашиши билан геморрагик инсулт ўтказган шахсларда АБнинг максимал қийматлари ортиб боришини кўрсатди, бу кўпроқ эркакларда ифодаланган бўлди: АБ – 203,1±3,3 мм.сим.уст. (P<0,05). Аёлларда худди шунга ўхшаш, лекин ишонарсиз мойиллик қайд қилинди: АБ – 202,2±9,8 мм.сим.уст.

Инсулт типи ва гликемия даражасига боғлиқ ҳолда АБ кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар, M±m	Ишемик					
	НГЛ		ГТБ		ҚД	
	эркак	аёл	эркак	аёл	эркак	аёл
САД мах	175,7 ± 3,1	173, ± 3,8	177,8±2,9	189,3±5,3	172,5 ± 2,0	181,9±4,6
ДАД мах	100,9 ± 2,2	105, ± 4,0	103,4±2,1	107,1 ±2,7	102,3 ±1,5	108,1 ±3,3
	Геморрагик					
САД мах	187,5±2,5 **	176,0±12,1	211,4±4,6	183 ± 6,7	201,3±3,5 ***	190± 9,1
ДАД мах	107,5 ± 2,5	94 ± 2,4*	101,4 ±2,6	102 ±2,0	102,5 ±2,5	107±2,6

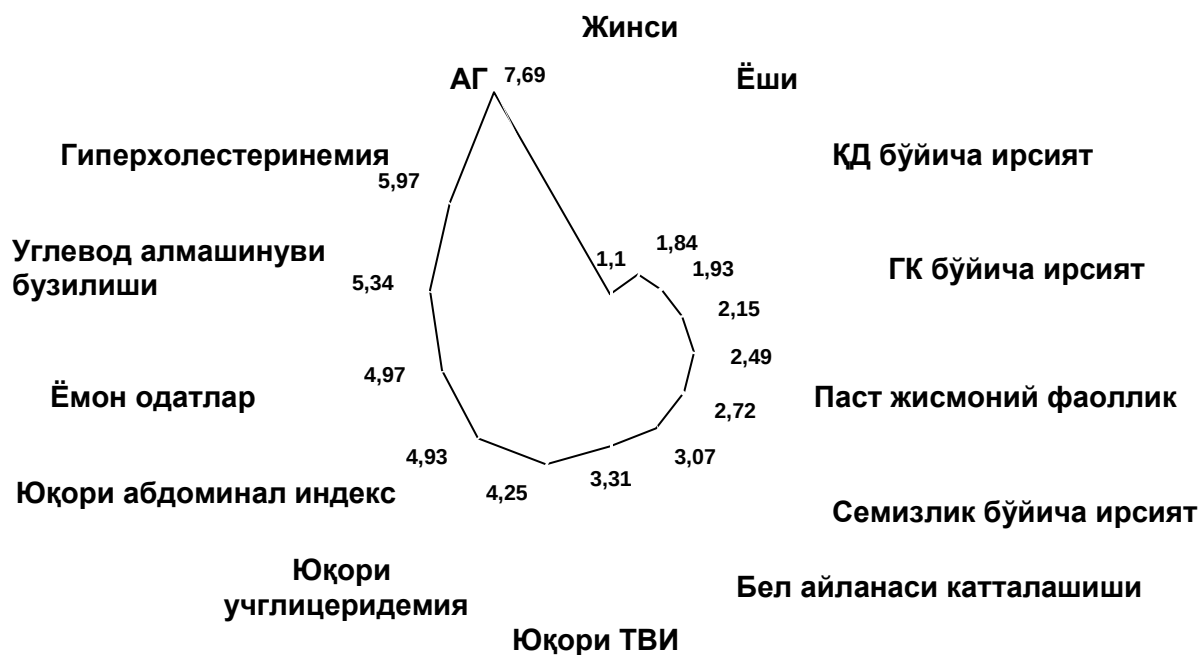
Изох: *- ишемик типдаги инсулт маълумотларига солиштирганда ишонарли (*- P<0,05, **- P<0,01, ***- P<0,001)

Шундай қилиб, МС ли шахсларда томир-мия фожиаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, ушбу даҳшатли асорат ривожланиши негизида систолик

АБ даражаси, ТВИ ортиши, АИ каталашиши, липид спектр ўзгариши, УА бузилиши ва ирсий оғирлашиш етакчи ўринга эга.

Ҳар бир хавф омилларининг, анамнестик маълумотларни қўшган ҳолда, ҳиссасини синчиклаб ўрганиш мақсадида, бизлар томондан томирли фожиалар пайдо бўлиши ва ривожланиши омилларини интеграл баҳоланиши амалга оширилди. Ҳаққонийлик нисбати услубини қўллаган ҳолда, башорат мезонларини интеграцияли баҳолаш йўли билан башорат мезонларининг томирли фожиалар ривожланишига таъсир қилиш самарасининг эҳтимоллиги даражасини аниқладик.

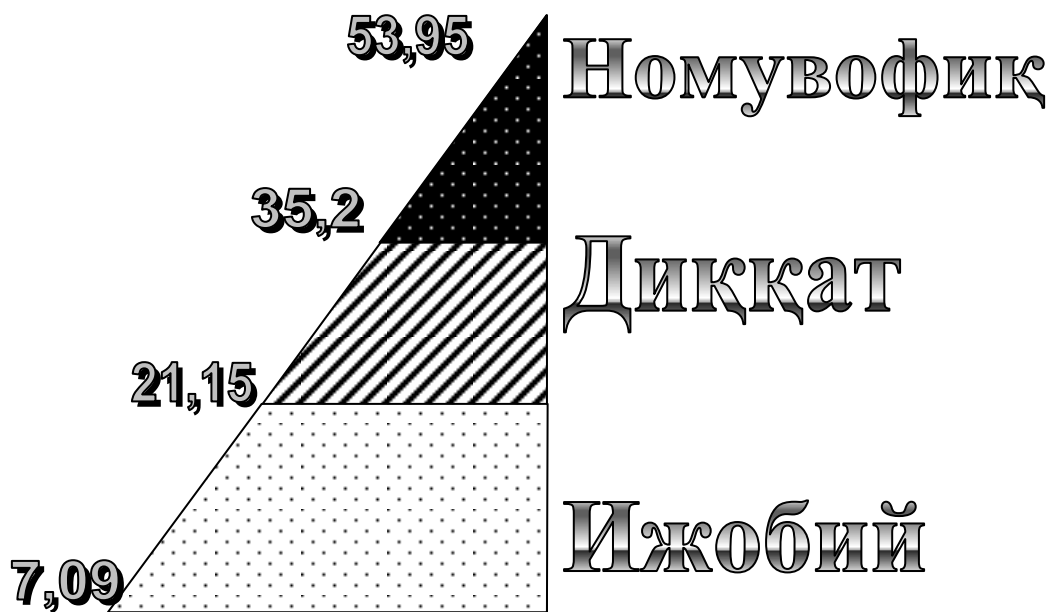
Расмдан кўриниб турганидек (4-расм), интеграцияланган ва прогностик таҳлил томирли паталогия вужудга келишида етакчи омиллар бўлиб қуйидагилар ҳисобланишини белгилаб берди: АГ, гиперхолестеринемия, кейин камайиб бориши бўйича: УА бузилиши, ёмон одатлар, гипертриглицеридемия, ТВИ юқори кўрсаткичлари ва бел айланаси, семизлик бўйича ирсий оғирлашиш, паст жисмоний фаоллик, ГК ва ҚД бўйича ирсий оғирлашиш ва тиббий-биологик омиллар: ёш, жинс.



4-расм. Томирли фожиалар хавфининг асосий омиллари.

Томирли фожа ривожланиши хавфи минимал ва максимал кўрсаткичлари аниқлаштирилганидан сўнг бизлар юқорида кўрсатилган омилларнинг барчаси бўйича хавф диапозонини ҳисобладик.

Шундай қилиб, томирли фожиалар вужудга келиши хавф диапозони 7,09–53,95 чегарасида ўрин олди. Контингент орасида хавф гуруҳини аниқлаш учун ривожланиш хавфи диапозони учта кичик диапозонга қуйидагича ажратилди (5-расм):



5-расм. Томирли фожиалар ривожланиши хавф даражаларининг кичик диапазонлари.

- паст хавф – 7,1 дан 21,1 гача – «ижобий башорат» мезони. Ушбу интервалга тушувчи беморларда хавф омиллари таъсири юқори эмас, лекин томирли фожиани олдини олиш бўйича номедикаментоз терапияни амалга ошириш зарур;
- ўрта хавф – 21,2 дан 35,2 гача – «хушёр бўлиш» мезони. Беморлар умумий амалиёт шифокори эътибори марказида бўлиши керак, уларда томирли патологияни олдини олиш мақсадида фаол номедикаментоз даво билан бир қаторда медикаментоз терапияни ҳам олиб бориш тавсия қилинади;
- юқори хавф – 35,3 дан 53,95 гача – «ниҳоятда хушёр бўлиш» мезони. Беморлар умумий амалиёт шифокорлари қатъий кузатуви остида бўлиши лозим, зарурат бўлганда тор мутахассислар: кардиолог, невропатолог, эндокринолог маслаҳати амалга оширилиши керак. Томирли патологияга қарши фаол медикаментоз терапия номедикаментоз коррекция билан бирга тавсия қилинади.

Бизлар томонидан соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида текширувдан ўтган шахсларда (628 та респондентлар) томирли фожиаларни башорат қилиш учун ишлаб чиқилган шкалани қўллаш шуни кўрсатдики, 83,9% беморлар «ижобий» гуруҳига ва 16,9% беморлар ўрта хавфга эга гуруҳга кирди.

Шундай қилиб, ушбу шкалани соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини босқичида қўллаш умумий амалиёт шифокорларига томирли патология ривожланиш хавфини баҳолаш, энг аҳамиятли хавф омилларини аниқлаш ва улар асосида ЮТКни ўз вақтида профилактика қилиш мақсадида шахслар контингентини динамик кузатув остида олиш имконини беради.

Амалга оширилаётган профилактик тадбирлар самарадорлигини баҳолаш учун бизлар соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини босқичида (интеграл шкала ёрдамида) 53 та одамни танлаб олдик, улар 33 ёшдан 59 ёшгача бўлиб, паст (7,09-21,1 диапазонидаги) ва ўрта (21,2-35,2 диапазонидаги) томирли касалликлар ривожланиши хавфига эга эди. Биринчи гуруҳга паст хавфли 20 одам киритилди, уларга фақат номедикаментоз коррекция олиб борилди. Иккинчи гуруҳга ўрта хавфли 33 одам киритилиб, уларда номедикаментоз даволаш билан бирга медикаментоз коррекция амалга оширилди.

Жадвалдан кўриниб турганидек (5-жадвал), кузатувнинг 3 ой давомида ҳаёт тарзининг ўзгариши ТВИ камайишига олиб келди; атерогенлик ва БА индекслари пасайди, лекин статистик ишонарсиз ҳолатда. Ушбу гуруҳ беморларида АБ меъёр чегарасидан ошмади. Липид спектр кўрсаткичлари ҳаёт тарзи ўзгариши шароитида яхшиланди. Умумий ХС даражасининг ишонарли камайишини алоҳида таъкидлаш жоиздир.

5-жадвал

Биринчи гуруҳ беморларида даволанишгача ва даволанишдан кейинги даврларда аниқланган баъзи кўрсаткичлар (n=20)

Кўрсаткич	Даволанишгача	Даволанишдан кейин
САД, мм.сим.уст.	122,5±2,34	118,8±2,11
ДАД, мм.сим.уст.	80,3±1,68	77,5±1,43
ОТ, см	100,2±2,14	93,8±1,99
ИМТ, кг/м ²	32,3±1,05	29,8±0,90
АИ	0,89±0,02	0,87±0,02
Холестерин, ммоль/л	5,7±0,22	5,2±0,12*
УГ, ммоль/л	2,3±0,17	1,8±0,13
ЛПНП, ммоль/л	2,7±0,3	2,6±0,23
ЛПВП, ммоль/л	1,4±0,13	1,3±0,1
Холестериннинг атерогенлик коэффиценти	4,5±0,27	4,2±0,12

Изох: * - P>0,05, - ҳаёт тарзи ўзгаришигача бўлган маълумотларга солиштирганда

Шундай қилиб, уч ой мобайнида ҳаёт тарзини ўзгартирган ҳолда МС белгиларига эга беморларни динамик назорат остига олиш қисқа муддатда ТВИ, АИ кўрсаткичлари яхшилаш ва холестерин даражасини ишонарли пасайтириш имкониятини берди.

Иккинчи гуруҳни семизлик ва дислипидемиядан ташқари артериал босим ортиши мавжуд бўлган шахслар ташкил қилди.

Текширувдан ўтганлар орасида I даражали артериал гипертензия 15 (45,5%) беморда, II даражалиси – 18 (54,5%) беморда кузатилди. Умуман,

гуруҳ бўйича САБнинг ўртача қийматлари $155,3 \pm 1,75$; ДАБники – $97,7 \pm 1,36$ мм.сим.уст. ни ташкил қилди. Ортиқча тана вазнига эга шахслар 4 тани (12,2%) ташкил этди, I даражали семизлик – 21 нафарида (63,6%), II даражали семизлик – 8 тасида (24,2%) аниқланди; ўртача олганда ТВИ $33,7 \pm 0,51$ га тенг бўлди. 24 та (72,7%) беморда дислипидемиянинг ҳар хил турлари аниқланди, бунда умумий ХС $6,8 \pm 0,37$ ммоль/л; УГ – $2,5 \pm 0,33$ ммоль/л; ПЗЛП – $3,8 \pm 0,29$ ммоль/л; ЮЗЛП – $1,1 \pm 0,06$ ммоль/л; Холестериннинг атерогенлик коэффиценти (ХСАК) – $5,7 \pm 0,39$ кўринишидаги ўртача қийматларга тенг бўлди (6-жадвал).

6-жадвал

Иккинчи гуруҳ беморларида даволанишгача ва даволанишдан кейинги даврларда аниқланган баъзи кўрсаткичлар (n=33)

Кўрсаткич	Даволанишгача	Даволанишдан кейин	P
САД мм.сим.уст.	$155,3 \pm 1,75$	$129,8 \pm 1,45$	$<0,001$
ДАД мм.сим.уст.	$97,7 \pm 1,36$	$80,8 \pm 0,98$	$<0,001$
ОТ см	$108,1 \pm 1,69$	$100,4 \pm 1,63$	$<0,01$
ИМТ кг/м ²	$33,7 \pm 0,51$	$29,6 \pm 0,5$	$<0,001$
АИ	$0,95 \pm 0,01$	$0,92 \pm 0,01$	$>0,05$
Холестерин ммоль/л	$6,8 \pm 0,37$	$5,5 \pm 0,21$	$<0,01$
ТГ ммоль/л	$2,5 \pm 0,33$	$2,1 \pm 0,23$	$>0,05$
ЛПНП ммоль/л	$3,8 \pm 0,29$	$2,8 \pm 0,17$	$<0,01$
ЛПВП ммоль/л	$1,1 \pm 0,06$	$1,1 \pm 0,05$	$>0,05$
ХСАК	$5,7 \pm 0,39$	$4,5 \pm 0,21$	$<0,05$

Уч ойлик моксонидин терапияси ва ҳаёт тарзи ўзгариши шароитида ҳам систолик, ҳам диастолик АБнинг ишонарли пасайиши қайд қилинди. АГ мавжуд беморлар метаболик профилига терапиянинг таъсири беморлар ТВИнинг ишонарли пасайиши билан ифодаланди, бу БА, СА ва АИ камайиши билан бирга келди. Замонавий нуқтаи назарларга асосан, БА кўрсаткичи ИРнинг нисбий маркери ҳисобланади, бу кўрсаткичнинг пасайиши ИР яхшиланишининг нисбий белгиси бўлиб хизмат қилади. Липид профил яхшиланиши қайд қилинди, бу даволашдан кейин ХС, ПЗЛП даражалари ва атерогенлик индекси ишонарли пасайишида ифодаланди.

Шундай қилиб, биринчи гуруҳда ҳаёт тарзини ўзгартириш ТВИ, АИ кўрсаткичларининг яхшиланишига ва холестерин даражасининг ишонарли пасайишига эришиш имконини берди. Иккинчи гуруҳда ҳаёт тарзини ўзгартириш шароитида 12 ҳафта мобайида моксонидин қўлланилганлиги АБнинг ишонарли пасайишига сабабчи бўлди. АБнинг мақсадли даражаларига ($<140/90$ мм.симт.уст.) эришиш семиз беморларнинг 94% да кузатилди. Метаболик хавф омилларининг камайиши липид профил яхшиланиши ва атерогенлик индекси пасайиши билан ифодаланди, ва ТВИ

ҳамда БА ишонарли пасайишига эришиш анча аҳамиятлидир. Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини босқичида номедикаментоз даволаш воситаларини қўллаш АБнинг ошиши ва углевод алмашинуви бузилишининг жиддий кўрсаткичлари бўлмаган тақдирдагина ўзини оқлайди. Ёндош касалликлар қўшилиб келганда даволашга антигипертензив воситаларни, шунингдек инсулинрезистентликни яхшиловчи препаратларни қўшиш керак.

Модомики, МС компонентларини коррекциялаш ҳам ЮТК, ҳам 2-типдаги ҚД юзага келиши ҳолатлари сонини камайтириш борасида муҳим аҳамиятга эга экан, амалий нуқтаи назардан амбулатор ёрдамга мурожаат қилганлар орасида МСни аниқлаш катта қизиқиш касб этади.

Ҳозирги вақтда амбулатор-поликлиника муассасалари ўзининг моддий-техник базасини изчил ривожлантирмоқда ва ходимлар тайёрлаш сифатини такомиллаштирмоқда. Бу аҳолига, шу қаторда МСли беморларга ёрдам кўрсатишнинг янги сифатли даражасини таъминлаш имконини беради.

МСли шахсларга даволаш-профилактик ёрдам кўрсатиш структурасида асосий ўринни умумий амалиёт шифокори эгаллайди. Айнан у аҳоли билан ишлаб ўз вақтида МС ташхисини қўйиши мумкин, МС ХКТ-10 бўйича касалликлар руйхатига киритилмаган, аммо унинг мавжудлиги ЮТК юзага келиши ва башоратига жиддий таъсир кўрсатади. Шунга боғлиқ ҳолда бизлар томондан амалга оширилган тадқиқот негизида МСли беморларни ташхислаш ва кузатишнинг қуйидаги чизмаси таклиф қилинмоқда (расм 6).

Ушбу чизмада умумий амалиёт шифокори МС хавф омилларига эга аҳоли ва ЮИК, инсулт, 2-типдаги ҚД каби касалликлар қўшилиб келганда уларга мурожаат қилиш керак бўлган мутахассислар (кардиолог, эндокринолог, невропатолог) орасида асосий боғловчи бўғин ҳисобланади. Турли мутахассислар орасидаги айнан шундай интеграция нафақат МСни ўз вақтида аниқлаш, балки томирли фожиаларни профилактик тарзда олдини олиш имконини беради.

МСда УАШнинг даволаш-профилактик ишини ташкиллаштириш



6-расм. МСли беморларни ташхислаш ва кузатиш чизмаси.

ХОТИМА

Хулосалар

1. Олиб борилган сўровнома умумий амалиёт шифокорининг соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитида МС, уни ташхислаш услублари, унинг компонентларини ўз вақтида аниқлаш ва тўғри коррекциялаш ҳақида етарлича билимга эга эмаслигини кўрсатди.

2. Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитида МС тарқалганлиги, БРКЖ мезонларига биноан (2007) 9,6% ни, БЖССТ мезонлари бўйича (1999) – 13,7% ни ташкил қилди. 2-типдаги қандли диабет – 4,1% га, глюкозага толерантлик бузилиши, яъни 2-типдаги ҚД ривожланиши олди ҳолати – 6,2% га тенг бўлди.

3. Бош мия инсультлари юзага келиши ва ривожланиши хавфи аёлларга караганда эркакларда юқори, бунда бош мия инсулти хавфи АИ катталашиши билан ўсиб борди. Углевод алмашинуви бузилишининг кўшилиб келиши касаллик башоратини ёмонлаштиради.

4. Ишемик типдаги бош мия қон айланиши бузилиши мавжуд шахслар ичида асосан эркаклар устун келди, уларда липопротеидларнинг атероген омиллари ишонарли юқори бўлди. Геморрагик инсулт кўпинча аёлларда учради; бунда ТВИ кўрсаткичлари ишонарли юқори бўлди. Ортиқча тана вазни, ГТБ, шунингдек липопротеидларнинг атероген фракциялари ортиши эркакларда геморрагик инсултлар хавфини ошириши тасдиқланган.

5. МСда томирли фожиалар ривожланиши хавф омилларини интеграл баҳолаш қуйидаги энг аҳамиятли хавф омилларини ажратиш имконини беради: артериал гипертензия, гиперхолестеринемия, углевод алмашинуви бузилиши, ёмон одатлар борлиги, гиперучглицеридемия, тана вазни индекси ва бал айланасининг, абдоминал индекснинг юқори кўрсаткичлари.

6. Беморлар билан ишлашда томирли асоратларни башорат қилиш шкаласидан фойдаланиш зарур: паст, ўрта ва юқори. Томирли фожиани башорат қилиш бўйича ишлаб чиқилган шкалани соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини босқичида тасодифий тарзда танлаб олинган шахсларда (628 та респондент) қўллаш шуни кўрсатдики, улардан 83,9% башорат «ижобий» гуруҳига, 16,9% эса томирли асоратлар ривожланиши ўрта хавф гуруҳига кирди.

7. Ҳаёт тарзи ўзгариши шароитида томирли асоратлар хавфи ўртача бўлган шахсларда медикаментоз коррекция АБнинг ишонарли пасайишига олиб келди. АБнинг целевқх даражасига ($<140/90$ мм.сим.уст.) эришиш семизликка чалинган 94% беморда кузатилди. Метаболик хавф омиллари камайиши тана вазни индекси пасайиши ва бел айланаси кичрайиши ишонарли бўлган ҳолларда липид профил яхшиланиши ва атерогенлик индекси пасайиши билан намоён бўлди.

8. Умумий амалиёт шифокори томонидан МСнинг турли компонентлари мавжуд шахсларни ўз вақтида аниқлай олиши адекват профилактика тадбирларини амалга оширишга сабабчи бўлади. МСни эрта ташхислаш – бу 2-типдаги ҚД ва атеросклеротик томирли касалликларнинг манифестациясини олдини олиш демакдир.

Амалий тавсиялар

1. Интеграл баҳолаш натижасида аниқланган томирли фожиаларга олиб келувчи энг жиддий омиллар – артериал гипертензия, гиперхолестеринемия, углевод алмашинуви бузилиши, ёмон одатлар, юқори абдоминал индекс, гипер учглицеридемия, тана вазни индекси ва бел айланасининг юқори кўрсаткичлари, паст жисмоний фаоллик – соғлом ҳаёт тарзи тарғиботи амалга оширилган тақдирда бартараф қилиниши мумкин.

2. Умумий амалиёт шифокори 30 ёшдан катта аҳоли орасида МСни аниқлашни ҳар йили амалга ошириши мумкин.

3. Амалий соғлиқни сақлашга соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини шароитларида томирли фожиалар хавф омилларини башорат қилиш шкаласи тавсия қилинди, бу ўз вақтидаги ва адекват даволаш-профилактик ёрдам олиб бориш имконини беради. Паст хавф даражасига эга беморларда (“ижобий башорат” мезони) томирли фожиаларнинг номедикаментоз профилактикаси амалга оширилиши зарурдир. Ўрта хавф даражали беморда (“хушёр бўлиш”), яъни у, умумий амалиёт шифокори эътибори остида бўлиши керак ҳолларда, номедикаментоз даво билан бирга томирли патологияларнинг медикаментоз профилактикасини ҳам бажариш тавсия қилинади. Юқори хавф ҳолатларида («ниҳоятда хушёр бўлиш») – умумий амалиёт шифокорининг қатъий кузатуви остида – мутахассисларнинг: кардиолог, невропатолог, эндокринолог маслаҳати ва томирли бузилишларни олдини олишга қаратилган агрессив медикаментоз профилактика зарур.

4. Абдоминал семизлик ва МС компонентлари мавжуд шахсларда томирли фожиалар олдини олиш учун ҳаёт тарзини ўзгартириш, жумладан, овқатланиш одати ва жисмоний фаолликни ошириш борасида кенг тарғибот ишлари бажарилиши керак, кўшимча хавф омиллари бирикиб келган ҳолларда – медикаментоз коррекция амалга оширилмоғи лозим.

ЧОП ҚИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ

Мақолалар:

1. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. Интегрированная оценка факторов риска сосудисто-мозговых катастроф // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2009.- №3.- С.57-59.
2. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. Эффективность препарата Моксонидин (Физиотенз) у лиц с артериальной гипертензией на фоне ожирения //Врач- аспирант.- Воронеж, 2009. -№4.-31. -С. 333-337.
3. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. Распространенность метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа в условиях первичного звена здравоохранения // Теоретическая и клиническая медицина. - Ташкент,2009.- №5. – С. 89-91.

Тезислар:

4. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. Риск мозговых инсультов у лиц с ожирением и гипертонической болезнью // Материалы научно-практической

конференции «Современные проблемы биохимии и эндокринологии». - Ташкент, 2006 – С. 246-247.

5. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. Риск мозговых инсультов у лиц с ожирением и нарушенной толерантностью к глюкозе //Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний внутренних органов». - Ташкент, 2007.-С.165.

6. Шагазатова Б.Х., Мухиддинова Г.Д. Показатели липидного профиля у лиц, перенесших мозговой инсульт // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной эндокринологии». - Москва, 2008.-С.58.

7. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х., Асанова Т.М Оптимизация лечения больных с метаболическим синдромом в условиях первичного звена здравоохранения // Материалы научно-практической конференции «Дни молодых ученых». - Ташкент, 2009. - С.253.

Услубий тавсияномалар:

8. Мухиддинова Г.Д., Шагазатова Б.Х. «Диагностика метаболического синдрома на этапах первичного звена здравоохранения». - Ташкент, 2009.- 27 с.

Тибиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Мухиддинова Гавхар
Джалалиддинованинг 14.00.33 – жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш
мутахассислиги бўйича “Метаболик синдромда даволаш-профилактик
ёрдани ташкиллаштиришни такомиллаштириш” мавзусидаги
диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: МС, хавф омиллари, тарқалганлиги, даволаш-профилактик ёрдани ташкиллаштириш, томирли фожиалар хавфи.

Тадқиқот объектлари: 254 нафар умумий амалиёт шифокорлари, 628 та текширилганлар, инсулт ўтказган 181 нафар беморлар, МС мавжуд 53 та шахс.

Ишнинг мақсади: соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғин шароитида МС мавжуд шахсларга даволаш-профилактик ёрдани ташкиллаштиришни такомиллаштириш йўллари шлаб чиқиш.

Тадқиқот услублари: макон-типологик, тасодифий, нусха кўчириш, прогностик, аналитик, клиник ва тавсифий.

Олинган натижалар ва улар янгилиги: умумий амалиёт шифокорларининг МСни ташхислаш, бундай патологияли шахсларни кузатиш ва даволаш бўйича асосий билимлар даражаси ўрганилди. IDF (2005) ва БРКЖ (2007) томонидан тавсия қилинган мезонлар бўйича МСнинг энг аҳамиятли компонентлари учраш тезлиги ва синдром таралганлиги соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини шароитига мос ҳолда аниқланди. МС мавжуд беморларда томирли фожиалар хавф омиллари тарқалганлиги ва структурасини таҳлил қилиш амалга оширилди. МСда томирли патологияларни интеграл баҳолаш ва улар ривожланишини башорат қилиш олиб борилди. МСмавжуд шахсларда ўзгарувчан хавф омиллари билан курашиш бўйича даволаш ва профилактик тадбирлар ишлаб чиқилди.

Амалий аҳамияти: шундан иборатки, ўрганилган хавф омиллари негизида ўзгарувчан хавф омилларини профилактика қилиш бўйича комплекс тадбирлар, амбулатор босқичда беморларни кузатишга оид тадбирлар ишлаб чиқилди ва жорий қилинди, бу ушбу категориядаги беморларга кўрсатилаётган ёрдани сифатини яхшилаш имконини беради. Ушбу гуруҳ беморларидаги ўзгарувчан хавф омилларини профилактикаси бўйича ишлаб чиқилган ва жорий қилинган комплекс тадбирлар кўрсатилаётган ёрдани сифатини ошириш имконини беради.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: тадқиқотлар натижалари Тошкент шаҳри Собир Рахимов тумани №16, Учтепа тумани №26, Чилонзор тумани №37 оилавий поликлиникалари ва УП МТҚ“Ўзэлектротармоқ” поликлиника хизмати амалий фаолиятига жорий қилинди.

Қўлланиш соҳаси: жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш.