

*M.F.Qəhrəmanov**Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu*

**SUMQAYIT ŞƏHƏRİNDƏ MƏSKUNLAŞMIŞ, 30 YAŞDAN YUXARI KİŞİ
CİNSLİ MƏCBURİ KÖÇKÜN ƏHALİ ARASINDA ŞD TİP 2-DƏN ASILI
OLARAQ RİSK FAKTORLARININ YAYILMASININ EPİDEMİOLOJİ
ASPEKTLƏRİ**

Hal-hazırda 2-ci tip şəkərli diabet dünyada ən geniş yayılmış xəstəliklər sırasına daxildir və yayılması durmadan artmaqdadır. Bir çox mütəxəssislər problemin aktuallığına diqqət çəkmək üçün bu qlobal problemi şəkərli diabetin «epidemiyası» adlandırırlar. ÜST-nin məlumatına görə hal-hazırda 150 milyon əhali bu xəstəlikdən əziyyət çəkir, 2010-cu ildə bu xəstəlik yer kürəsi əhalisinin 3%-ni əhatə edəcək [1,2].

Eyni zamanda şəkərli diabeti (ŞD) olan xəstələrdə həyat keyfiyyəti azalır, əlillik və ölüm göstəriciləri durmadan artır. ŞD tip 2 xəstələrdə ölüm göstəricisi, diabet olmayanlardan 2,3 dəfə çoxdur və bunun 70-75%-ni ürək-damar sisteminin xəstəlikləri təşkil edir [3-5].

ŞD-in meydana çıxmasında, yayılmasında və həmçinin onunla əlaqəli əlillik və ölüm göstəricilərinin artmasında bir sıra daxili və xarici risk faktorları mühüm rol oynayır [5]. Profilaktik tədbirlərin planlaşdırılmasında və həyata keçirilməsində risk faktorlarının əvvəlcədən aşkar edilməsi ən zəruri məsələlərdən birincisidir [2].

Hər bir populyasiya yalnız ona xas olan epidemik göstəricilərlə xarakterizə olunur. Bu göstəricilər əhalinin sosial, etnik və digər xüsusiyyətlərinə görə fərqlənir, yalnız mənsub olduğu populyasiyada epidemik vəziyyəti əks etdirir [2-5].

Məlum hadisələrdən sonra məcburi köçkün əhalinin keçirmiş olduğu sinir gərginlikləri, həyat tərzinin dəyişməsindən sonra meydana çıxan sosial məşəli problemlər və digər mənfi təsirlər karbohidrat mübadiləsi pozğunluqlarının yaranması üçün əlverişli şərait yaradır. Ona görə də Sumqayıt şəhərində yataqxana şəraitində məskunlaşmış, 20 yaşdan yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında risk

faktorlarının epidemioloji vəziyyətini öyrənmək üçün skrining müayinələrin aparılmasına ehtiyac vardır.

Arterial hipertenziya (AH), artıq bədən çəkisi (ABÇ), dislipidemiya (DL), aşağı fiziki aktivlik (AFA), siqaret (SÇ) və alkoqol (A) bir sıra somatik xəstəliklərin, həmçinin ÜİX, AH, ŞD üçün əsas risk faktorları sayılır [3].

Arterial hipertenziya müasir səhiyyənin ən vacib və aktual problemlərindən biridir. Eyni zamanda ürək-damar sistemi xəstəlikləri üçün ən mühüm risk faktoru sayılır. Bir çox epidemioloji tədqiqatların nəticələrinə görə kişi cinsli populyasiyada AH-nın rast gəlmə tezliyi 39,2%, ŞD tip 2 xəstələr arasında isə 80,0%-dir [6,7]. AH zamanı toxumalarda insulina qarşı rezistentlik yaranır və aparılan elmi tədqiqat işlərinin nəticələri göstərir ki, AH olan xəstələrdə ŞD tip 2-nin inkişaf riski 2,4 dəfə çoxdur. ŞD tip 2 xəstələrdə AH əlillik və ölüm riskini 5-7 dəfə artırır [8].

İnkişaf etmiş ölkələrdə əhalinin əziyyət çəkdiyi ən global problemlərdən biri artıq bədən çəkisi və piylənmədir. ÜST-nin məlumatına görə yer kürəsi əhalisinin 34,0% ABÇ-dən, 27,0% P-dən əziyyət çəkir və 2025-ci ildə P planetin kişi cinsli əhalisini 40,0%-i əhatə edəcək [3,5]. P olan xəstələrin 75,0%-də ŞD tip 2, 80%-də dislipidemiya rast gəlinir. Bədən kütləsi hər 8-10,9 kq artdıqca ŞD tip 2-nin inkişaf riski 2,7 dəfə artır [3]. Həmçinin ŞD tip 2 xəstələrin 80,0%-dən çoxunda P müşahidə olunur. P eyni zamanda bir sıra ürək-damar sistemi xəstəlikləri üçün ən mühüm risk faktorudur.

Dislipidemiya ürək-damar sistemi və bir sıra somatik xəstəliklər üçün çox ciddi risk faktoru sayılır [5]. Həmçinin ŞD tip 2 xəstələrin 69-77%-də rast gəlinir. Onun xarakterik əlamətləri: hipertrigliseridemiya, YSLP azalması və ASLP artmasıdır. Bu patoloji üçlük ÜİX inkişaf riskini 35 dəfə artırır [9,10]. ŞD tip 2 xəstələrdə dislipidemiya zamanı ÜİX inkişafı 2-4 dəfə yüksək olur [11].

Aşağı fiziki aktivlik bir sıra qeyri-infeksiyon xəstəliklərin həm inkişafında, həm də müalicəsində diqqət mərkəzində duran çox mühüm faktordur. Aparılan bir sıra elmi tədqiqat işlərində fiziki aktivliyin arterial təzyiqin, lipid və karbohidrat mübadiləsi proseslərinin tənzimlənməsində müsbət rolunu təsdiq olunmuşdur [9]. AFA zamanı yuxarıda qeyd olunan proseslərin pozulmasına gətirib çıxarır ki, bu da bir çox qeyri-infeksiyon xəstəliklərin inkişafına təkan vermiş olur [3,4].

Siqaret çəkmə yer kürəsi əhalisi arasında ən geniş yayılmış zərərli adətlərdən birincisidir. ÜST-nin məlumatına görə yer kürəsinin kişi cinsli əhalisinin 50%-dən çoxu siqaret çəkir. Bəzi ölkələrdə bu göstərici 70-85%-ə çatır. Siqaret çəkmə ürək-damar, endokrin, onkoloji və s. xəstəliklər üçün mühüm risk faktoru sayılır [3,9].

Alkoqol çox mübahisəli bir risk faktorudur və bəzən onun lipid mübadiləsinə müsbət təsiri barəsində fikirlər bölünür [5]. Ancaq qeyd etmək lazımdır ki, A son nəticədə zərərli bir vərdiş və mənfi risk faktorudur. Eyni zamanda uzun müddətli A qəbulu mədəaltı vəzin zədələnməsinə səbəb olur və ŞD tip 2-nin inkişaf riskini artırır. Aparılan çoxsaylı epidemioloji tədqiqatların nəticəsinə görə A qəbul edən şəxslərdə AH-nın rast gəlmə tezliyi 2-4 dəfə yüksək olur [1,3,9].

Yaşayış yerinin dəyişməsi bir sıra mühüm dəyişikliklərə - ənənəvi həyat tərzindən imtina olunma, iqlim və sosial şəraitin dəyişməsi, daimi istifadə edilən qida məhsullarının dəyişməsi, keçirilmiş dərin sinir sarsıntısı, normal məişət şəraitinin qurula bilməməsi və bu kimi digər mənfi amillər bir çox somatik xəstəliklər üçün risk faktoru sayılır və belə bir hadisələrdən sonra onların əhali arasında rast gəlmə tezliyinin artması ehtimal olunur. Risk faktorlarının, xüsusilə də qarşısı alınmayan faktorların vaxtında aşkar edilməsi iri miqyaslı birincili profilaktik tədbirlərin aparılmasında, risk qruplarının aşkar olunmasında və bu kateqoriyadan olan şəxslərə tibbi yardımın müalicə-diaqnostik səviyyəsi müəyyən edilə bilər.

Sumqayıt şəhərində yataqxana şəraitində məskunlaşmış, 30 yaşdan yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında risk faktorlarının yayılmasını öyrənmək populyasiya-epidemioloji tədqiqatların nəticələri aşağıda şərh olunmuşdur.

Material və metodlar.

Tədqiqat işi reprezentativ seçim əsasında Sumqayıt şəhərində yataqxana şəraitində məskunlaşmış, 20 yaşdan yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında aparılmışdır. Reprezentativ seçim «təsadüfi rəqəmlər» prinsipini gözləməklə formalaşdırılmışdır. Birinci etapda Sumqayıt şəhəri İcra hakimiyyətində olan, yaşı 20-dən yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün statusu olan seçicilərin siyahısı əsasında birincili seçim aparılmışdır. Sonra onlar müvafiq olaraq 20-29; 30-39; 40-49; 50-59 və 60-69 olan yaş qruplarına bölünmüşlər. Hər yaş qrupundan 500 nəfər seçilmişdir. 20-29 yaş qrupunda ŞD tip 2 aşkar olunmadığı üçün risk faktorlarının müqayisəli analizinə bu qrup daxil edilməmişdir.

Müayinələr ÜST-nin əsas, xroniki qeyri-infeksiyon xəstəlikləri aşkara çıxarmaq üçün təklif etdiyi proqram əsasında aparılmışdır. Proqrama müayinə olunan şəxslərin sosial-demoqrafik vəziyyətini öyrənmək üçün sorğu anketinin doldurulması, arterial təzyiqin ölçülməsi, antropometrik göstəricilər əsasında bədən çəki indeksinin hesablanması, qanın lipid spektrinin analizi, siqaret çəkmə və alkoqol qəbul etməsinin aşkar edilməsi daxildir.

Arterial hipertenziya sistolik arterial təzyiqi 140 mm.c.st-dan və ya diastolik arterial təzyiqi 90 mm.c.st-dan yuxarı olduqda və ya xəstə həkimin təyinatı ilə son bir həftə ərzində hipotenziv preparat qəbul edirsə müəyyən edilir [6,9].

Dislipidemiya ÜST və Avropa kardioloqları cəmiyyətinin təklif etdiyi kriteriyalara əsasən qiymətləndirilmişdir. Hiperxolesterinemiya $>6,0$ mmol/l, hipertrigliseridemiya $>1,7$ mmol/l, hipo- α -xolesterinemiya $<1,0$ mmol/l olduqda [5].

Normadan artıq bədən çəkisi bədən çəki indeksi (BCİ) vasitəsilə aşağıdakı kimi qiymətləndirilmişdir. BCİ 25-29,9 kq/m² intervalı artıq bədən çəkisi (ABÇ), 30-34,9 kq/m² I dərəcə P, 35-39,9 kq/m² II dərəcə P, >40 kq/m² III dərəcə P [3].

Aşağı fiziki aktivlik o zaman qiymətləndirilir ki, müayinə olunan şəxs gündəlik 5 saatdan artıq oturaq iş rejimində işləsin və işə gedib qayıdarkən həftədə 10 saatdan az piyada gəzsin [3].

Siqaret çəkmə müayinə olunan şəxs gün ərzində heç olmasa bir dəfə siqaret çəkirə qiymətləndirilir [3, 4, 9].

Müayinə olunan şəxs həftədə 1 dəfə alkoqollu içki qəbul edərsə, o zaman alkoqoldan istifadə kimi qiymətləndirilir.

Materialın işlənməsi «Statistika 6.0 Demo» proqramında, kompyuter vasitəsilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi.

Sumqayıt şəhərində məskunlaşmış məcburi köçkün əhali arasında aparılan elmi tədqiqat işi nəticəsində risk faktorlarının rast gəlmə tezliyi öyrənilmişdir. Alınmış nəticələr ŞD tip 2 xəstələr və ümumi populyasiya olmaqla 2 müşahidə qrupu arasında müqayisəli analiz olunmuşdur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında risk faktorlarının yaş qrupları üzrə yayılması

Yaş qrupu		AH	ABÇ	P	AFA	HXS	HTQ	Hipo-a-XS	SÇ	A
30 - 39	I	33,3*	66,7*	33,3*	66,7*	33,3	66,7	66,7**	33,3	33,3
	II	16,4	45,9	18,2	30,2	33,3	79,2*	29,2	40,9	58,5*
40 - 49	I	50,0*	50,0	25,0	25,0	75,0*	75,0	50,0	50,0	75,0*
	II	31,1	54,1	20,1	37,3*	85,7*	83,7*	46,5	42,1	54,5
50 - 59	I	71,4*	42,9	28,6	57,1*	53,7*	100,0	57,1*	42,9	14,3
	II	47,5	46,6	35,6*	33,1	61,9	95,2	42,9	41,5	61,0**
60 - 69	I	88,9*	44,4	55,6*	44,4	88,9*	100,0	77,8*	77,8*	22,2
	II	75,8	49,5	24,2	45,1	66,7	77,8	66,7	60,4	27,5
30 - 69	I	69,6*	47,8	43,5*	47,8*	78,3*	91,3*	65,2*	56,5*	30,4
	II	31,9	47,1	20,1	37,7	50,8	76,6	38,1	48,1	48,6*

I - ŞD tip 2 xəstələr; II - Ümumi populyasiya; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$

Arterial hipertenziyanın (AH) ŞD tip 2 xəstələr arasında yayılma tezliyi 69,9%, ümumi populyasiyada 31,9% olmuşdur. Göründüyü kimi ŞD tip 2 xəstələr arasında AH-nin rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə 2 dəfə çoxdur və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur. Hər iki müşahidə qrupunda AH-nin yaş qruplarında rast gəlmə tezliyi artım dinamikası müşahidə olunmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə AH-nin minimal göstəricisi 30-39 yaş qrupunda (33,3%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 60-69 yaş qrupunda (88,9%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada AH-nin yaş qrupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (16,4%), maksimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (75,8%) olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 30-39 və 40-49 yaş qrupları arasında, ümumi populyasiyada isə 50-59 və 60-69 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Elmi tədqiqat işi zamanı həm ŞD tip 2 xəstələrdə, həm də ümumi populyasiyada AH-nin yayılmasını əks etdirən göstəricilər analoji tədqiqat işlərinin nəticələrinə yaxın olmuşdur və kəskin fərq müşahidə olunmamışdır.

Artıq bədən çəkisi və piylənmə ŞD tip 2 xəstələr üçün əsas risk faktorı sayılır və bizim tədqiqatların nəticələrində öz təsdiqini tapır. Belə ki, ŞD tip 2 xəstələrin 91,3%-də bədən çəkisi normadan artıq olmuşdur, ümumi populyasiya isə bu göstərici 68,5% olmuşdur. Normadan artıq bədən çəkisi ABÇ və P kimi qiymətləndirilmiş və qruplar üzrə analiz olunmuşdur.

ŞD tip 2 xəstələrdə ABÇ-nin rast gəlmə tezliyi 47,8%, ümumi populyasiyada 47,1% olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə ABÇ-nin rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə yüksək olmuşdur və ancaq bu nəticə yaş qruplarının analizində təsdiq olunmamışdır, 30-39 yaş qrupu istisna olmaqla. Deməli ümumi populyasiya ilə müqayisədə ŞD tip 2 xəstələrdə ABÇ-nin rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupu istisna olmaqla, digər yaş qruplarında aşağı olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə ABÇ-nin minimal göstəricisi 50-59 yaş qrupunda (42,9%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 30-39 yaş qrupunda (66,7%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada yaş qrupları üzrə ABÇ-nin minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (45,9%), maksimal rast gəlmə tezliyi 40-49 yaş qrupunda (50,0%) olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi müşahidə olunmamışdır, ümumi populyasiyada yaş qrupları üzrə artma tempi 30-39 və 40-49 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

I dərəcə P-nin ŞD tip 2 xəstələr arasında rast gəlmə tezliyi 43,5%, ümumi populyasiyada 20,1% olmuşdur. Göründüyü kimi ŞD tip 2 xəstələrdə I dərəcə P-nin rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə 2 dəfə çox olmuşdur və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur, 50-59 yaş qrupu istisna olmaqla. ŞD tip 2 xəstələrdə P-nin minimal göstəricisi 30-39 yaş qrupunda (33,3%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 60-69 yaş qrupunda (55,6%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada yaş qrupları üzrə P-nin minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (18,2%), maksimal rast gəlmə tezliyi 50-59 yaş qrupunda (35,6%) olmuşdur. Göstəricilərin ŞD tip 2 xəstələrdə yaş qrupları üzrə artma tempi 50-59 və 60-69 yaş qrupları arasında, ümumi populyasiyada isə 40-49 və 50-59 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

II dərəcə P ŞD tip 2 xəstələrdə yalnız 50-59 yaş qrupunda (4,3%), ümumi populyasiyada isə 40-49 yaş qrupunda (1,3%) rast gəlinmişdir.

Aşağı fiziki aktivlik aparılan tədqiqat zamanı ŞD tip 2 xəstələrin 47,8%-də, ümumi populyasiyanın isə 37,7%-də rast gəlinmişdir. Göründüyü kimi AFA-in rast gəlmə tezliyi ŞD tip 2 xəstələrdə yüksək olmuşdur və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur, 40-49 yaş qrupu istisna olmaqla. ŞD tip 2 xəstələrdə AFA-in minimal rast gəlmə tezliyi 40-49 yaş qrupunda (25,0%, $p < 0,05$), maksimal isə 30-39 yaş qrupunda (66,7%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada yaş qrupları üzrə AFA-in minimal rast gəlmə tezliyi 40-49 yaş qrupunda (30,2%), maksimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (47,1%) olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş qrupları üzrə

artma tempi 40-49 və 50-59 yaş qrupları arasında, ümumi populyasiyada isə 50-59 və 60-69 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Aparılan tədqiqat zamanı dislipidemiya müşahidə aparılan qruplar arasında rast gəlmə tezliyi hər üç göstərici üzrə çox yüksək olmuşdur. Hiperoxolesterinemiyanın (HXS) rast gəlmə tezliyi ŞD tip 2 xəstələrdə 78,3%, ümumi populyasiyada isə 50,8% olmuşdur. Göründüyü kimi ŞD tip 2 xəstələr arasında HXS-nin rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə 1,5 dəfə çoxdur və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur. HXS yaş qrupları üzrə rast gəlmə tezliyinin çox yüksək və hər iki müşahidə qrupunda artım dinamikası ilə müşahidə olunmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə HXS-nin minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (33,3%, $p < 0,05$), maksimal isə 60-69 yaş qrupunda (88,9%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada yaş qrupları üzrə HXS-nin minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (33,3%), maksimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (66,7%) olmuşdur. Hər iki müşahidə qrupunda göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 30-39 və 40-49 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Ümumiyyətlə kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında HXS göstəriciləri çox yüksək olmuşdur, bu da ÜİX, AH, ŞD və bir çox xəstəliklərin inkişafı üçün təhlükəlidir.

Hipertriqliseridemiyanın (HTQ) rast gəlmə tezliyi ŞD tip 2 xəstələrdə 91,3%, ümumi populyasiyada isə 76,6% olmuşdur. Göründüyü kimi ŞD tip 2 xəstələr arasında HTQ-nin rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə bir qədər yüksəkdir və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur. HTQ-nin rast gəlmə tezliyi həm ŞD tip 2 xəstələrdə, həm də ümumi populyasiyada bütün yaş qrupları üzrə yüksək olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə HTQ-nin minimal göstəricisi 30-39 yaş qrupunda (66,7%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 50-59 və 60-69 yaş qruplarında (100%; 100%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiyada HTQ-nin yaş qrupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (77,8%), maksimal rast gəlmə tezliyi 50-59 yaş qrupunda (95,2%) olmuşdur. Hər iki müşahidə qrupunda göstəricilərin yaş qrupları arasında kəskin dinamikası müşahidə olunmamışdır. Hər iki müşahidə qrupunda göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 40-49 və 50-59 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatların nəticələrinə görə hipo- α -xolesterinemiya (Hipo- α -XS) ŞD tip 2 xəstələrdə 65,2%, ümumi populyasiyada isə 39,1% rast gəlinmişdir və yüksək göstəricilər ŞD tip 2 xəstələrdə bütün yaş qrupunda müşahidə olunmuşdur. Göründüyü kimi ŞD tip 2 xəstələrdə bu göstərici qənaətbəxş deyil. ŞD tip 2 xəstələrdə hipo- α -XS-nin minimal göstəricisi 40-49 yaş qrupunda (50,0%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 60-69 yaş qrupunda (77,8%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiya hipo- α -XS-nin yaş qrupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (29,2%), maksimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (66,7%) olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 50-59 və 60-69 yaş qrupları arasında, ümumi populyasiyada isə 30-39 və 40-49 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Siqaret çəkmə bizim müşahidələrdə ŞD tip 2 xəstələr arasında 43,5% halda, ümumi populyasiyada isə 51,9% halda müşahidə olunmuşdur və göstəricilər ŞD tip 2 xəstələrdə bütün yaş qrupunda aşağı olmuşdur, 30-39 yaş qrupu istisna olmaqla. SÇ-nin həm ŞD tip 2 xəstələrdə, həm də ümumi populyasiyada rast gəlmə tezliyinin yaş qrupları

üzrə dinamikasında azalma müşahidə olunur. ŞD tip 2 xəstələrdə SÇ-nin minimal göstəricisi 60-69 yaş qrupunda (22,2%, $p < 0,05$), maksimal göstəricisi 30-39 yaş qrupunda (66,7%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiya SÇ-nin yaş qrupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (39,6%), maksimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (59,1%) olmuşdur. Hər iki müşahidə qrupunda göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 50-59 və 60-69 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Alkoqol qəbulu ŞD tip 2 xəstələr arasında 30,4% halda, ümumi populyasiyada isə 48,6% halda müşahidə olunmuşdur. Ümumi populyasiya ilə müqayisədə yeganə risk faktorudur ki, ŞD tip 2 xəstələrdə rast gəlmə tezliyi aşağı olmuşdur və yaş qruplarında eyni nəticə müşahidə olunmuşdur, 40-49 yaş qrupu istisna olmaqla. Digər analoji tədqiqatlarla müqayisədə A qəbulunun rast gəlmə tezliyi aşağı olmuşdur, bu da milli adət ənənələrdən irəli gəlir. ŞD tip 2 xəstələrdə A qəbulunun minimal rast gəlmə tezliyi 50-59 yaş qrupunda (14,3%, $p < 0,05$), maksimal rast gəlmə tezliyi 40-49 yaş qrupunda (75,0%, $p < 0,05$) olmuşdur. Ümumi populyasiya A qəbulunun yaş qrupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (27,5%), maksimal rast gəlmə tezliyi 50-59 yaş qrupunda (61,0%) olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş qrupları üzrə artma tempi 30-39 və 40-49 yaş qrupları arasında, ümumi populyasiyada isə 40-49 və 50-59 yaş qrupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Alınmış nəticələr sübut edir ki, ŞD tip 2 xəstələr arasında lipid mübadiləsi pozulmasının rast gəlmə tezliyi çox yüksək olmuşdur, bu da gələcəkdə aterosklerozun inkişafını tezləşdirəcək. Bir çox aparılan tədqiqatların nəticələri göstərir ki, ŞD tip 2 xəstələrdə AH-nin rast gəlmə tezliyi yüksək olur, biz də həmin nəticələrə nail olmuşuq. ABC hər iki qrup arasında rast gəlmə tezliyi fərqi statistik düstür olmayıb. Ancaq P-nin ŞD tip 2 xəstələr arasında rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə üstünlük təşkil edir. AFA rast gəlmə tezliyi ŞD tip 2 xəstələrdə ümumi populyasiya ilə müqayisədə yüksək olmuşdur. Aydınır ki, ŞD tip 2 xəstələrdə metabolik sindroma aid olan bütün risk amillərinin tezliyi üstünlük təşkil edir. Bu da gələcəkdə ÜİX-nə və ŞD tip 2 xəstələrdə ağırlaşmalarının artmasına səbəb olacaq. Son da qeyd etmək lazımdır ki, Səhiyyə təşkilatları tərəfindən həmin populyasiyada təxirə salınmaz tədbirlər aparmalıdır.

Nəticə

1. Sumqayıt şəhərində yataqxana şəraitində məskunlaşmış, 30 yaşdan yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün populyasiyada risk faktorlarının rast gəlmə tezliyi sağlam əhali ilə müqayisədə ŞD tip 2 xəstələrdə daha yüksəkdir.
2. Həm ŞD tip 2 xəstələr arasında, həm də ümumi populyasiyada HTQ-nin rast gəlmə tezliyi çox yüksək olmuşdur.
3. Ümumi populyasiya ilə müqayisədə ŞD tip 2 xəstələr arasında aşağıdakı risk faktorlarının rast gəlmə tezliyi yüksək olmuşdur: AH 69,6%; ABC 47,8%; P 43,5%; AFA 47,8%; HXS 78,3%; HTQ 91,3%; Hipo- α -XS 65,2%; SÇ 56,5%.

РЕЗЮМЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ФАКТОРОВ РИСКА, ЗАВИСИМЫХ ОТ СД ТИПА 2 СРЕДИ
ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО ПОЛА СТАРШЕ 20 ЛЕТ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЖИТИЙ Г. СУМГАИТ

М.Ф. Гахраманов

Азербайджанский Государственный Институт
усовершенствования врачей им. А.Алиева

Проведено популяционно-эпидемиологическое исследование распространенности факторов риска зависимых от СД типа 2 среди вынужденных переселенцев мужского пола старше 20 лет, проживающих в условиях общежитий г. Сумгаит. Объектом являлось репрезентативная выборка, сформированная на основании применения принципа «случайных чисел».

Исследование было проведено по разным возрастным группам. Статистическая обработка полученных данных была проведена с применением программ «Статистика 6.0 Демо».

Также был проведен сравнительный анализ между группами больных СД типа 2 и общей популяцией. Частота распространенности факторов риска была значительно выше среди вынужденных переселенцев мужского пола больных СД типа 2. В общих группах частота распространенности ГТГ была значительно выше. А также среди больных СД типа 2 были высокие показатели АГ, ГХС, гипо- α -ХС и курение.

ƏDƏBİYYAT

1. Amos A, McCarty D, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* 1997;14: S1-5.
2. Zimmet P, McCarty D, De Courten M. The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. *J Diabet Complicat* 1997, 11:60-68.
3. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham Study. *Circulation* 1979, 59:8-13.
4. Muhammad S. Epidemiology of diabetes and obesity in the United States. *Compend Contin Educ Dent* 2004, 25:195-202.
5. Taskinen MR. Strategies for the management of diabetic dyslipidemia. *Drugs* 1999, 58: 47-51.
6. Hypertension in Diabetes Study: part h. Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and the association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. *J Hypertens* 1993, 11:309-17.
7. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure: The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention,

Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure (JNC VI). *Arch Med* 1997, 157:2413-46.

8. Adler A, Stratton M, Neil A, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ* 2000, 321:412-9.
9. Ferrieres J, Taraszkievicz D, Ruidavets JB, et al. Prevalence and management of major risk factors in 500 men with stable coronary disease. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 1998, 47: 543-48.
10. Pados G, Audikovsky M. Lipid-lowering therapy in patients with type-2 diabetes mellitus. *Orv Hetil* 2003, 144:557-61.
11. Taskinen MR. Triglyceride is the major atherogenic lipid in NIDDM. *Diabetes Metab Rev* 1997, 13:93-98.