

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

SUMQAYIT ŞƏHƏRİNDE MƏSKUNLAŞMIŞ, 30 YAŞDAN YUXARI KİŞİ CİNSLİ MƏCBURI KÖCKÜN ƏHALİ ARASINDA ŞD TİP 2-DƏN ASİLİ OLARAQ RİSK FAKTORLARININ YAYILMASININ EPİDEMİOLOJİ ASPEKTLƏRİ

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

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

SD-in meydana çıxmışında, yayılmasında və həmçinin onunla əlaqəli əllilik və ölüm göstəricilərinin artmasında bir sira 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 eks etdirir [2-5].

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

faktorlarının epidemioloji vəziyyətini öyrənmək üçün skrininq mütiayinələrin aparılmasına ehtiyac vardır.

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

Arterial hipertenziya müasir əshiyənin 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 toxumalarla insulinə 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 əllilik və ölüm riskini 5-7 dəfə artırır [8].

İnkişaf etmiş ölkələrdə əhalinin əziyət çəkdiyi ən global problemlərdən biri artıq bədən çəkisi və piylənmədir. ÜST-nin məlumatına görə yer kürəsi əhalisinin 34,0% ABC-dən, 27,0% P-dən əziyət çekir 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 artırır [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 xəstəlikləri üçün çox ciddi risk faktoru sayılır [5]. Həmçinin ŞD tip 2 xəstələrin 69-77%-də rast gəlinir. Onun xarakterik əlamətləri: hipertrigliceridemiya, YSLP azalması və ASLP artmasıdır. Bu patoloji üçlü ÜIX inkişaf riskini 35 dəfə artırır [9,10]. ŞD tip 2 xəstələrdə dislipidemiya zamanı ÜIX 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 rolü təsdiq olunmuşdur [9]. AFA zamanı yuxarıda qeyd olunan proseslərin pozulmasına götərib çıxarır ki, bu da bir çox qeyri-infeksiyon xəstəliklərin inkişafına təkan vermiş olur [3,4].

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

Alkopol çox mübahisəli bir risk faktorudur və bəzən onun lipid mübadiləsinə müsbət təsiri barəsində fikirlər söylənilir [5]. Ancaq qeyd etmək lazımdır ki, A son nəticədə zərərlə 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 dəyişikliklər - ənənəvi hayatı tərzdən imtina olunma, iqlim və sosial şəraitin dəyişməsi, daimi istifadə edilən qida məhsullarının dəyişilməsi, keçirilmiş dərin sinir sarsutusu, normal mösət şəraitinin qurula bilməsməsi 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 alma bilən 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 öyrənen populyasiyon-epidemialoji 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 «əsədəfü rəqəmlər» principini gözləməklə formalasdırılmışdır. 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.

Müyinələr ÜST-nin əsas, xroniki qeyri-infeksiyon xəstəlikləri aşkarla çıxarmaq üçün təklif etdiyi program əsasında aparılmışdır. Programa müayinə olunan şəxslərin sosial-demografik vəziyyətini öyrənmək üçün sorğu anketinin doldurulması, arterial təzyiqin ölçüləməsi, antropometrik göstəricilər əsasında bədən çəki indeksinin hesablanması, qanın lipid spektrinin analizi, siqaret çəkmə və alkopol qəbul etməsinin aşkar ediləsi 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 xəsta həkimin təyinati ilə son bir həftə ərzində hipotenziv preparat qəbul edirə müəyyən edilir [6, 9].

Dislipidemiya ÜST və Avropa kardioloqları cəmiyyətinin təklif etdiyi kriteriyalara əsasən qiymətləndirilmiştir. Hiperoxolesterinemiya $>6,0 \text{ mmol/l}$, hipertrigliceridemiya $>1,7 \text{ mmol/l}$, hipo-a-xolesterinemiya $<1,0 \text{ mmol/l}$ olduqda [5].

Normadan artıq bədən çəkisi bədən çəki indeksi (BCİ) vasitəsilə aşağıdakı kimi qiymətləndirilmiştir. BCİ $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ intervalı artıq bədən çəkisi (ABC), $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ I dərəcə P, $35-39,9 \text{ kg/m}^2$ II dərəcə P, $>40 \text{ kg/m}^2$ III dərəcə P [3].

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

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

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

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

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi.

Sumqayıt şəhərində məskunlaşmış məcburi köckün 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 köckün əhali arasında risk faktorlarının yaş qrupları üzrə yayılması

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

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 hem ŞD tip 2 xəstələrdə, hem de ümumi populyasiyada AH-nin yayılmasını eks etdirən göstəricilər analoji tədqiqat işlərinin nəticələrinə yaxın olmuşdur və kəskin fərqli müşahidə olunmamışdır.

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

ŞD tip 2 xəstələrdə ABC-nin rast gəlmə tezliyi 47,8%, ümumi populyasiyada 47,1% olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə ABC-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 ABC-nin rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupu istisna olmaqla, digər yaş qruplarında aşağı olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə ABC-nin rast gəlmə tezliyi ümumidə yüksək olması 30-39 yaş qrupu hesabına olmuşdur. ŞD tip 2 xəstələrdə ABC-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 ABC-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 aparan tədqiqat zamanı ŞD tip 2 xəstələrin 47,8%-da, ümumi populyasiyanın isə 37,7%-da 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 ve 50-59 yaş grupları arasında, ümumi populyasiyada ise 50-59 ve 60-69 yaş grupları arasında müşahidə olunmuştur.

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

Ümumiyotla kişi cinsli məcburi köçkün əhali arasında HXS göstəriciləri çox yüksək olmuşdur, bu da ÜIX, AH, SD və bir çox xəstəliklərin inkişafı üçün töhlükəlidir.

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

Aparılan tədqiqatların nəticələrinə görə hipo-a-xolesterinemiya (Hipo-a-XS) SD tip 2 xəstələrdə 65,2%, ümumi populyasiyada ise 39,1% rast gəlmişdir və yüksək göstəricilər SD tip 2 xəstələrdə bütün yaş qrupunda müşahidə olunmuşdur. Göründüyü kimi SD tip 2 xəstələrdə bu göstərici qənaətbəxş deyil. SD tip 2 xəstələrdə hipo-a-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-a-XS-nin yaş grupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 30-39 yaş qrupunda (29,2%), maksimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (66,7%) olmuşdur. SD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş grupları üzrə artma tempi 50-59 və 60-69 yaş grupları arasında, ümumi populyasiyada ise 30-39 və 40-49 yaş grupları arasında müşahidə olunmuştur.

Sıqaret çəkme bizim müşahidələrdə SD tip 2 xəstələr arasında 43,5% halda, ümumi populyasiyada ise 51,9% halda müşahidə olunmuşdur və göstəricilər SD tip 2 xəstələrdə bütün yaş qrupunda aşağı olmuşdur, 30-39 yaş qrupu istisna olmaqla. SC-nin həm SD tip 2 xəstələrdə, həm də ümumi populyasiyada rast gəlmə tezliyinin yaş grupları

üzrə dinamikasında azalma müşahidə olunur. SD tip 2 xəstələrdə SC-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 SC-nin yaş grupları 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 grupları üzrə artma tempi 50-59 və 60-69 yaş grupları arasında müşahidə olunmuştur.

Alkogol qəbulu SD tip 2 xəstələr arasında 30,4% halda, ümumi populyasiyada ise 48,6% halda müşahidə olunmuşdur. Ümumi populyasiya ilə müqayisədə yeganə risk faktorudur ki, SD tip 2 xəstələrdə rast gəlmə tezliyi aşağı olmuşdur və yaş gruplarında 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 gelir. SD 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 grupları üzrə minimal rast gəlmə tezliyi 60-69 yaş qrupunda (27,5%), maksimal rast gəlmə tezliyi 50-59 yaş qrupunda (61,0%) olmuşdur. SD tip 2 xəstələrdə göstəricilərin yaş grupları üzrə artma tempi 30-39 və 40-49 yaş grupları arasında, ümumi populyasiyada ise 40-49 və 50-59 yaş grupları arasında müşahidə olunmuşdur.

Alınmış nəticələr sübut edir ki, SD tip 2 xəstələr arasında lipid mübadiləsi pozulmasının rast gəlmə tezliyi çox yüksək olmuşdur, bu da gələcəkdə aterosklerozun inkişafını təzləşdirəcək. Bir çox aparılan tədqiqatların nəticələri göstərir ki, SD 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 dürüst olmayıb. Ancaq P-nin SD tip 2 xəstələr arasında rast gəlmə tezliyi ümumi populyasiya ilə müqayisədə üstünlük təşkil edir. AFA rast gəlmə tezliyi SD tip 2 xəstələrdə ümumi populyasiya ilə müqayisədə yüksək olmuşdur. Aydınır ki, SD tip 2 xəstələrdə metabolik sindroma aid olan bütün risk amillərinin tezliyi üstünlük təşkil edir. Bu da gələcəkdə ÜIX-nə və SD tip 2 xəstələrdə ağırlaşmalarının artmasına səbəb olacaq. Son da qeyd etmək lazımdır ki, Səhiyyə təşkilatları tərəfindən həmin populyasiyada təxirə salınmaz tədbirlər aparmalıdır.

Nəticə

- Sumqayıt şəhərində yataqxana şəraitində məskunlaşmış, 30 yaşıdan yuxarı kişi cinsli məcburi köçkün populyasiyada risk faktorlarının rast gəlmə tezliyi sağlam əhali ilə müqayisədə SD tip 2 xəstələrdə daha yüksəkdir.

- Həm SD tip 2 xəstələr arasında, həm də ümumi populyasiyada HTQ-nin rast gəlmə tezliyi çox yüksək olmuşdur.

- Ümumi populyasiya ilə müqayisədə SD tip 2 xəstələr arasında aşağıdakı risk faktorlarının rast gəlmə tezliyi yüksək olmuşdur: AH 69,6%; ABÇ 47,8%; P 43,5%; AFA 47,8%; HXS 78,3%; HTQ 91,3%; Hipo-a-XS 65,2%; SC 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. Сумгайт. 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.

ӨДӘВІYYАТ

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, Taraszkiewicz 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. Padov G, Audikovszky 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.