

ХУЛОСА

А.Ч. Ғоибов, Ч.Д. Султанов, О. Неъматзода,
К.А. Абдусаматов, А.Ш. Шохсаворбеков,
Р.С. Камолов

НАТИЧАҲОИ МУОЛИҶАИ НОГУЗАРОГИИ ШАДИДИ ШАРЁНИИ ПОЙҲОИ ПОЁНИ ДАР МУҲЛАТИ ДЕРИНАИ ИШЕМИЯ

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои мустақими муолиҷаи беморони мубтало ба ногузарогии шадиди шарёнии пойҳои поёни дар муҳлати деринаи ишемия.

Мавод ва усули таҳқиқот. Натиҷаи муоинаи маҷмӯй ва муолиҷаи табобати 244 беморон (135 мард ва 109 зан, синни миёна $67,2 \pm 8,4$ сол) гирифтдор ба НШШАП таҳлил карда шуд. Дар 105 (43,1%) бемор тромбози шадид, зимни 139 (56,9%) бошад, эмболия шарёни асосӣ мушоҳида гардид. Дар мавриди 197 (80,7%) бемор ишемияи як (дар 102 нафар пойи чап ва дар 95 бемор пойи рост) ва дар 38 (15,6%) нафар, ҳар ду пойҳои поёни ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми 244 ҳодиса ишемияи шадиди 281 пойҳои поёни ба мушоҳида расид. 86,9%-и беморон баъди 24 соати оғози беморӣ бистарӣ карда шуданд. Зимни 190 ҳодиса пойҳои иллатнокшуда гирифтори дараҷаи II ишемия, (54 (19,2%) нафар дараҷаи ПА, 136 (48,4%) бемор дараҷаи ПБ, 91 (32,4%) бемор

мувофиқан дараҷаи III ишемия доштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Тромбэмболэктомия ($n=110$), ки дар 56 ҳодиса бо реконструксияи рағҳо ($n=13$) илова карда шуда буд, фассиотомией ($n=34$) ва некрэктомией ($n=12$) чӯзӣ асосии амалиёт ҳангоми эмболиаи рағҳо ба ҳисоб мерафт. Ампутатсияи аввалияи пойҳо дар мавриди 13 нафар анҷом дода шуд. Дар 16 ҳолат муолиҷаи ғайриҷарроҳии ангиотропӣ ба амал оварда шуд.

Ҳангоми тромбози шадиди шарёниҳои АП дар 28 маврид муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ, зимни 10 ҳодиса ампутатсияи аввалияи пойҳо ва дар 98 нафар тромбэктомия бо тармими мавзееи рағҳо ($n=31$), шунтикунонии даврӣ ($n=14$), тармим ва фассиотомияи соқ ($n=13$), тармим ва некрэктомия ($n=7$) татбиқ гардид

Хулоса. Бо вучуди дер муруҷиат кардани беморон, зимни 67,6% ҳодисаҳои ишемияи шадид хусусияти сабук дошт, ки аз нисбатан муҳимтар будани мавзёғирии сатҳи истинод дар рушди иллати ишемии пойҳо қиёсан ба омилӣ вақт дарак меод. Пеш аз ҳама интиҳоби усулу ҳаҷми муолиҷа аз дараҷа ва вазнинии ихтилолотӣ ишемиё вобастагӣ дорад. Натиҷаи ғайриқаноатбахши муолиҷа дар муқоиса бо эмболия бештар ҳангоми тромбози шадиди шарёни мушоҳида мегардид, ки бо сабаби инсидоди пурраи маҷрои шарёни ба амал омада буд.

Калимаҳои калидӣ: ишемияи шадиди пойҳо, тромбози шарёни, эмболия, тромбэмболэктомия, ре-тромбоз, ампутатсия.

УДК: 612.015.38; 616.12-008.331.1-08-036.8

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-21-28

М.К. Гулов, С.М. Абдуллозода, Г.М. Усманова, К.К. Қобилов

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Абдуллозода Саид Муртазо – к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии им. профессора Х.К. Рофиева ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992446003659; E-mail: saidxoja@gmail.com

Цель исследования. Изучить распространённость метаболического синдрома среди взрослого населения Таджикистана на примере пилотных районов.

Материал и методы исследования. Проводился скрининг метаболического синдрома среди 1304 человек (718 женщин, 586 мужчин, средний возраст $41,1 \pm 13,6$ лет) из числа общей взрослой популяции проживающих в г. Душанбе и районов Рудаки и Гиссар (пилотные районы), без предварительной их рпойҳоизации. Диагностика метаболического синдрома базировалась на основании клинико-лабораторных показателей по критерий ВОЗ (1999) и IDF (2005). У всех респондентов было получено добровольное письменное согласие на участие в данной скрининговой программе.

Результаты исследования и их обсуждение. По критериям ВОЗ метаболический синдром был выявлен у 94 (7,2%) человек - 38 (6,5%) мужчин и 56 (7,8%) женщин. У 97 (7,4%) респондентов выявлена гипергликемия с медианой уровня глюкозы натощак 7,0 (6,8; 8,3) ммоль/л. Увеличение соотношения окружности талии к окружности бёдер ($n=174$; 13,3%) отмечалось в два раза чаще у женщин ($n=117$; 16,3%) в сравнении с мужчинами ($n=57$; 9,7%) ($p<0,001$).

Дислипидемия по типу повышения триглицеридов ($n=372$; 28,5%) или снижения липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ($n=77$; 5,9%) от референсных значений была идентифицирована у каждого четвертого респондента.

Артериальная гипертензия различной степени выраженности имела места у 20 (1,5%) обследованных, без значимого различия у мужчин ($n=9$; 1,54%) и женщин ($n=11$; 1,53%) ($p>0,05$). Медиана показателя САД и ДАД в этой группы респондентов составила 140,0 (130,0; 145,0) / 95,0 (90,0; 110,0) мм рт.ст., которая по гендерной принадлежности также не имела различий.

По критерию IDF (2005) метаболический синдром был диагностирован у 176 (13,5%) респондентов - 71 (12,1%) мужчин и 105 (14,6%) женщин. С увеличением возраста респондентов отмечался пропорциональный рост встречаемости метаболического синдрома. Так, среди лиц в возрасте 18-44 лет ($n=820$) метаболический синдром имел место у 39 (4,8%) обследованных, среди лиц в возрасте 45-59 лет ($n=328$) - у 36 (10,9%), среди лиц в возрасте 60-74 лет ($n=150$) - у 17 (11,3%) и среди лиц в возрасте 75-90 лет ($n=6$) - у 2 (33,3%).

Заключение. Метаболический синдром выявляется у 7,2-13,5% взрослого населения. Наиболее чаще метаболическим синдромом страдают мужчины молодого и женщины среднего и пожилого возрастов. Из-за высокой распространенности метаболического синдрома и ФР необходимо усилить организационные мероприятия по широкой его профилактике среди общего населения путём пропаганды здорового образа жизни, здорового питания и повышения физической активности.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, гипергликемия, эпидемиология

M.K. Gulov, S.M. Abdullozoda, G.M. Usmanova, K.K. Kobilov

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN TAJIKISTAN

SEI Avicenna Tajik State Medical University

Abdullozoda Said Murtazo - Candidate of medical sciences, fellow of the Department of Epidemiology named after Prof. H.K. Rofiev SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992446003659; E-mail: saidxoja@gmail.com.

Objective. To study the prevalence of metabolic syndrome among the adult population of Tajikistan in the example of pilot districts.

Material and methods. A total of 1304 individuals (718 women, 586 men, average age 41.1 ± 13.6 years) from Dushanbe city and the pilot districts of Rudaki and Gissar were screened for metabolic syndrome without prior randomization. The diagnosis was based on clinical and laboratory indicators according to WHO (1999) and IDF (2005) criteria. All participants provided voluntary written consent to partake in the screening.

Results and discussion. Using the WHO criteria, metabolic syndrome was identified in 94 (7.2%) people - 38 (6.5%) men and 56 (7.8%) women. Hyperglycemia was detected in 97 (7.4%) respondents with a median fasting glucose level of 7.0 (6.8; 8.3) mmol/L. Increased waist to hip circumference ratio ($n=174$; 13.3%) was observed twice as often in women ($n=117$; 16.3%) compared to men ($n=57$; 9.7%) ($p<0.001$).

Dyslipidemia in the form of increased triglycerides ($n=372$; 28.5%) or decreased high-density lipoproteins (HDL) ($n=77$; 5.9%) from reference values was identified in one in four participants.

Arterial hypertension of varying severity was present in 20 (1.5%) respondents, with no significant difference between men ($n=9$; 1.54%) and women ($n=11$; 1.53%) ($p>0.05$). The median CAD and MAP in this group of respondents was 140.0 (130.0; 145.0) / 95.0 (90.0; 110.0) mmHg, with no discernible gender disparity.

Based on the IDF (2005) criteria, metabolic syndrome was identified in 176 (13.5%) participants: 71 (12.1%) men and 105 (14.6%) women. As participant age increased, there was a corresponding rise in the occurrence of metabolic syndrome. Thus, among 18-44-year-old respondents ($n=820$), 39 (4.8%) had metabolic syndrome, among 45-59 year old ($n=328$) - 36 (10.9%), among 60-74 year old ($n=150$) - 17 (11.3%) and among 75-90 year old ($n=6$) - 2 (33.3%).

Conclusion. Metabolic syndrome is detected in 7.2-13.5% of the adult population. Young men and middle-aged to elderly women are the most affected demographics. Due to the high prevalence of metabolic syndrome, it is necessary to strengthen organizational measures for its broad prevention among the general population by promoting a healthy lifestyle, healthy diet, and increasing physical activity.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, hyperglycemia, epidemiology

Актуальность. Метаболический синдром (МС), характеризованная Всемирной организацией здравоохранения как неинфекционная пандемия XXI века продолжает оставаться одним из актуальных проблем современной медицины [1, 3, 10]. Это прежде всего обусловлено высокой частотой его распространенности и прогрессирующим ежегодным ростом почти во всех странах мира [5-7, 10]. Как показывают ре-

зультаты множества проведенных исследований МС и различные его компоненты имеет место у 3,6-26,9% общей популяции и чаще всего распространена среди населения развитых и развивающихся стран [3-7, 10-15]. Эта, так называемая, болезнь «экономического достатка» приводит не только к увеличению риска развития социально-значимых сердечно-сосудистых, онкологических, почечных и респираторных заболе-

ваний, но и значительно усугубляет клиническое их течение, в десятки раз увеличивая частоты неблагоприятных исходов и фатальных последствий [8, 10]. В связи с этим его профилактика и своевременная диагностика путем регулярных скринингов считается актуальным и позволяет значительно снизить бремя заболеваемости, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста.

Принимая во внимание тревожные статистические данные по заболеваемости населения различных стран мира МС, а также ожидаемого прогноза по значимому его приросту в ближайшем будущем, ВОЗ была создана рабочая группа и приняты ряд глобальных программ, чтобы несколько снизить глобальное бремя заболеваемости, особенно среди детей, подростков и лиц молодого возраста. В рамках этих программ во многих странах были приняты страновые проекты по профилактике как МС, так и отдельных его компонентов, в том числе сахарного диабета (СД), ожирения и артериальной гипертензии [11-17]. Кроме того, почти во всех странах усилились мероприятия по повышению физической активности населения, а также пропаганды здорового образа жизни и питания. Исключением не является и наша республика, где при поддержке правительства страны были приняты ряд национальных стратегий и программ по вышеуказанным заболеваниям, часть из которых успешно были выполнены и ряд других реализуются в настоящее время [2, 3]. Однако, по настоящее время в нашей республике не проведено ни одно широкомасштабное скрининговое исследование выявления распространенности и факторов риска развития МС среди общей популяции. В связи с этим нами, в рамках диссертационного исследования, впервые в нашем регионе проведено исследование, направленное на получение новых данных по заболеваемости населения МС и более глубоком понимании факторов его риска среди отечественной когорты населения.

Цель исследования. Изучить распространённость метаболического синдрома среди взрослого населения Таджикистана на примере пилотных районов.

Материал и методы исследования. Исследование носило проспективный нерепрезентативный характер, где проводился скрининг распространенности МС и его различных компонентов среди 1304 человек, проживающие в г. Душанбе, районов Рудаки и Гиссара. Среди обследованной когорты 586 (44,9%) человек являлись лицами мужского и 718 (55,1%) – женского пола. Возраст обследованных варьировал от 20 до 84 лет и составил в среднем $41,1 \pm 13,6$ лет, в том числе у мужчин – $39,8 \pm 13,6$ лет, у женщин – $42,1 \pm 13,6$ лет ($p > 0,05$).

Диагностика МС проводили с использованием двух критериев - сформулированные экспертами ВОЗ (1999) [8] и Международной федерацией сахарного диабета (International Diabetes Federation) (2005) [4]. Из-за недоступности и экономической неприемлемости определения альбуминурии, которая входит в качества дополнительного диагностического критерия ВОЗ, нами скрининг МС проводился без учёта этого показателя. Второстепенная значимость этого показателя также обосновывается тем, что в последующих предложенных критериях Национальной образовательной программы США по холестерину – NCEP Adult Treatment Panel (АТР) III (2001) [9] и МФСД (IDF) (2005) [4] показатели альбуминурии и отношение альбумин/креатинин не включена в качества основного индикатора определения МС.

Обследование и определение антропометрических данных включенной когорты в исследование осуществляли в городских центрах здоровья и сельских врачебных амбулаториях совместно с семейными врачами.

Наличие избыточной массы тела и ожирения определили по формуле индекса массы тела (ИМТ), предложенной Адольфом Кетле (1835 г.). Дополнительно определили окружность живота, талии, бёдер и шеи.

Для определения биохимических маркеров МС, а также факторов его риска использовали расширенный модуль анкеты STEPS предложенной ВОЗ. С целью получения максимально точного ответа на поставленные вопросы опрос респондентов проводился на их родном языке (таджикский или узбекский), только после их добровольного письменного согласия. Кроме того, с каждым респондентом была проведена подробная беседа о важности правильности их ответов на поставленные вопросы, так как это повлияет на точность полученных результатов.

При проведении настоящего исследования нами были соблюдены правила Good Clinical Practice и ни один респондент не получал материальные и иные награды, которые могли бы повлиять на результаты исследования.

Исследование было одобрено Локальной этической комиссией ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (г. Душанбе, протокол № 7 от 2021 г.).

Полученные в ходе исследования данные в последующем были занесены в программу Excel 2010 и подвергнуты статистическому анализу программой SPSS Statistica 21. Результаты статистических данных были обобщены с использованием таблиц и цифр. Описательная статистика включала в себя, в основном, частоту для номинальных и порядковых переменных; среднее, диапазон и стандартное отклонение были рассчитаны для непрерывных и дискретных переменных. Частоты и проценты рас-

считывались для категориальных переменных. Критерий «Хи-квадрат» использовался для номинальных переменных для определения взаимосвязи между независимыми и зависимыми переменными. При парных сравнениях по количественным показателям между независимыми группами использовался U-критерий Манна-Уитни. Результаты, которые показали, что значение P меньше или равно 0,05, считались статистически значимыми.

Результаты исследования. Наличие МС по критерии ВОЗ (1999) было выявлено у 94 (7,2%) респондентов – 38 (6,5%) мужчин и 56 (7,8%) женщин (рис. 1).

Основным критерием диагностики МС по ВОЗ (1999) является наличие сахарного диабета или нарушение толерантности к глюкозе в сочетании с двумя из следующих критериев: соотношение окружности талии к окружности бёдер >0,90 у мужчин и >0,85 у женщин; повышение содержания триглицеридов (>1,7 ммоль/л) или снижение холестерина ЛПВП (<0,9 ммоль/л у мужчин и <1,0 ммоль/л у женщин); артериальное давление (>140/90 мм рт.ст.) и альбуминурия (>20 мкг/мин) или отношение альбумин/креатинин >30 мг/г.

Среди обследованной когорты наличие гипергликемии выявлена у 97 (7,4%) человек, почти одинаково у лиц обоих полов – 40 (6,8%) мужчин и 57 (7,9%) женщин соответственно (p>0,05). Медиана содержания глюкозы крови натощак у этой группы респондентов составила 7,0 (6,8; 8,3) ммоль/л, в том числе у мужчин – 7,0 (6,8; 7,5) ммоль/л, у женщин – 6,9 (6,7; 7,6) ммоль/л. Средние показатели глюкозы крови натощак у остальных 1207 респондентов без гипергликемии составила 4,2 (3,9; 5,4) ммоль/л, в том числе у мужчин – 4,1 (3,6; 5,5) ммоль/л, у женщин – 4,2 (3,9; 5,5) ммоль/л (p>0,05).

Из 97 респондентов с гипергликемией 58 человек страдали сахарным диабетом и регулярно принимали гипогликемические препараты, средняя продолжительность диабета в анамнезе составила 7,6±1,2 года.

Из дополнительных диагностических критериев МС среди обследованной когорты наиболее часто отмечалось повышение соотношения окружности талии к окружности бёдер от установленных норм (n=174; 13,3%), в два раза чаще у женщин (n=117; 16,3%) по сравнению с мужчинами (n=57; 9,7%) (p<0,001).

Хотим отметить, что одним из ключевых моментов организации и проведения скрининга МС

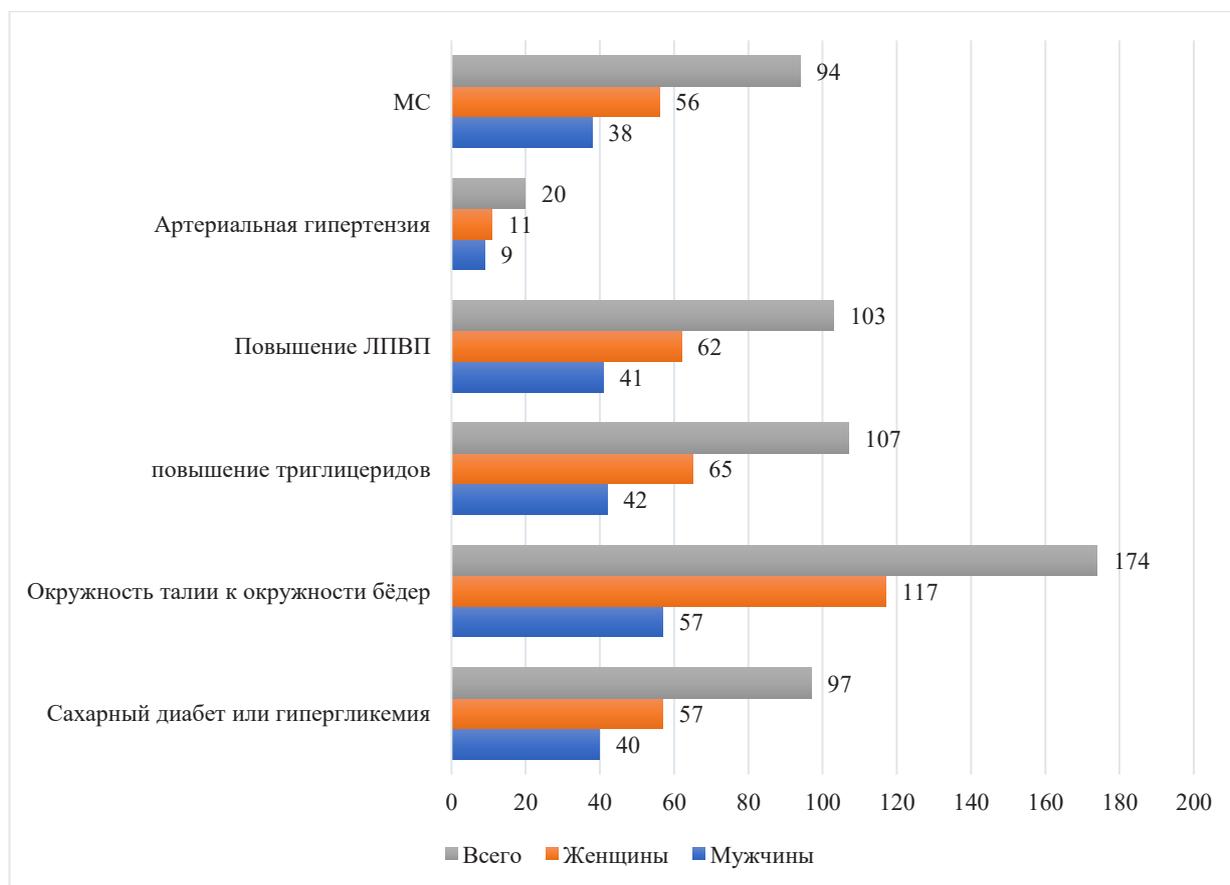


Рисунок 1. Частота встречаемости МС и его отдельных компонентов среди обследованной когорты по критерию ВОЗ (1999)

является исследование некоторых биохимических показателей крови (глюкоза, обмен липидов), требующее не только соответствующего сертифицированного оборудования и материальных затрат, но и согласия самих респондентов. По нашему мнению, это и является главной причиной малочисленности проведения широкомасштабных исследований. Исследование липидного обмена и глюкозы крови были проведены как на свои личные средства, так и с безвозмездной поддержкой лаборатории ООО «Диамед» г. Душанбе, в связи с чем приносим глубокую признательность руководству и его сотрудникам в деле развития науки в нашей республике.

Биохимические маркеры дислипидемии по типу повышения триглицеридов (ТГ) ($n=372$) или снижение ЛПВП ($n=77$) от референсных значений была идентифицирована у 372 (28,5%) обследованных – 198 (27,6%) женщин и 174 (29,6%) мужчин ($p>0,05$). Медиана содержания ТГ в венозной крови составила $1,98\pm 0,12$ ммоль/л, ЛПВП – $0,78\pm 0,08$ ммоль/л.

Следует отметить, что по данным литературы дислипидемии чаще отмечается у женщин, вследствие гормональных изменений, обусловленных беременностью, а также наступлением менопаузы. Однако среди наших респондентов такое значимое различие не отмечалось, хотя женщины нашего региона нередко имеют высокий паритет. Кроме того, определение уровня триглицеридов показало, что не во всех случаях среди этой категории респондентов отмечалось изолированное снижение фракции ЛПВП. Как показали результаты биохимического исследования крови, среди 372 (28,5%) человек с дислипидемией, содержание «хорошего» липопротеина ниже установленной нормы отмечалось в 77 (20,7%) наблюдениях. Кроме того, не отмечалось значимое различие его встречаемости по полу респондентов и отмечалось у 40 (6,8%) мужчин и 37 (5,2%) женщин ($p>0,05$).

Повышение АД различной степени выраженности имело место у 20 (1,5%) респондентов, без

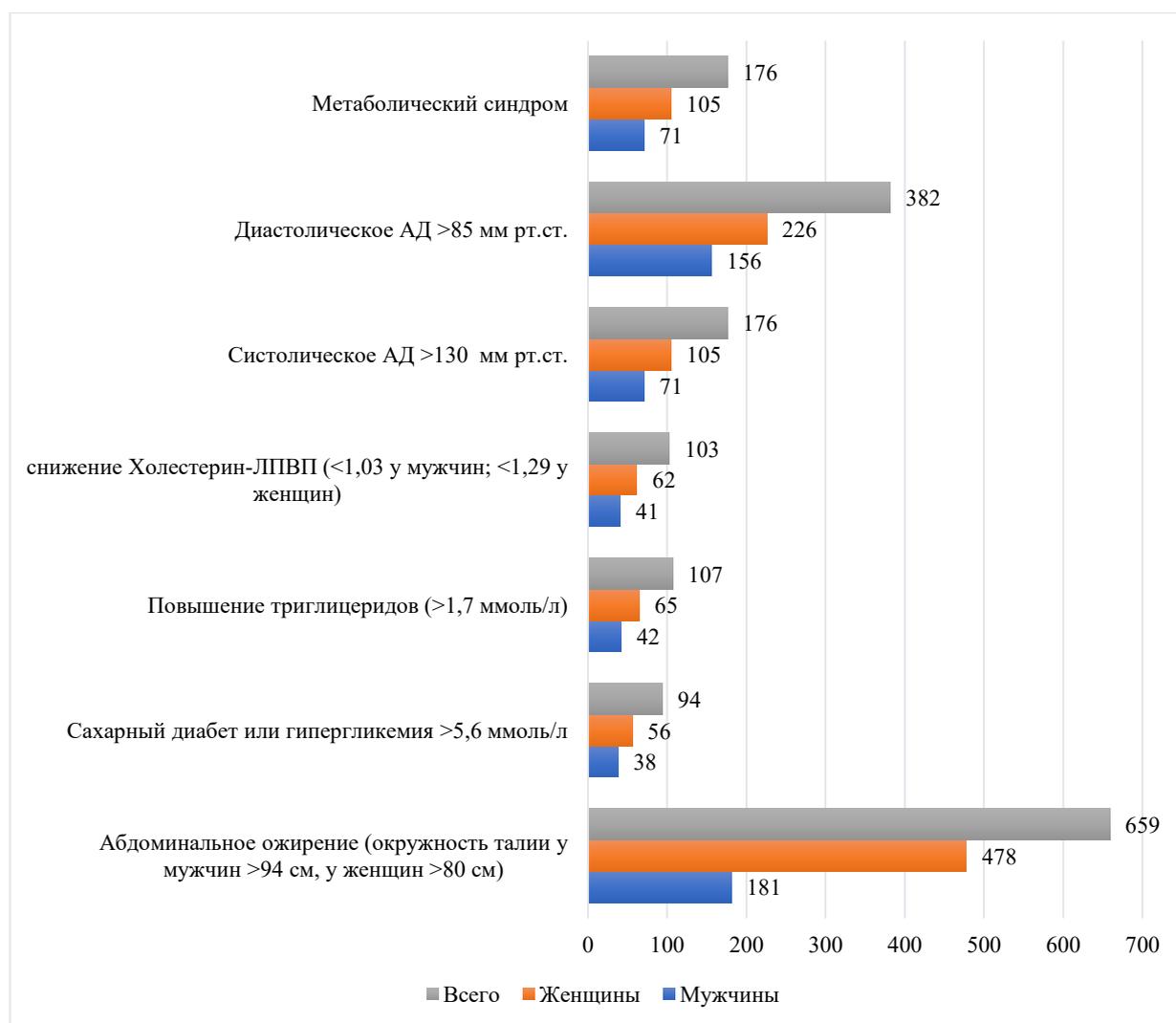


Рисунок 2. Частота встречаемости МС и его отдельных компонентов среди обследованной когорты по критериям IDF (2005)

значимого различия у мужчин (n=9; 1,54%) и женщин (n=11; 1,53%) (p>0,05). Медиана показателя САД и ДАД в этой группе респондентов составила 140,0 (130,0; 145,0) / 95,0 (90,0; 110,0) мм рт.ст., которая по гендерной принадлежности также не имела различий, хотя общеизвестно, что мужской пол входит в группу высокого риска по развитию АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что 94 (7,2%) человека из числа обследованной когорты по критериям ВОЗ (1999) имели МС и его встречаемость являлась изменчивой в зависимости от наличия или отсутствия различных компонентов МС установленных ВОЗ. В связи с этим, а также принимая во внимания отсутствия единого всемирно признанного диагностического консенсуса по МС нами также проводился скрининг МС по критериям МФСД – IDF (2005), характеристика которого представлена на рисунке 2.

Как видно из представленного рисунка, по критерии IDF (2005) МС был диагностирован у 176 (13,5%) респондентов, в том числе 71 (12,1%) мужчин и 105 (14,6%) женщин. Это позволяет сделать вывод о том, что изменение позиции и первостепенной значимости главного диагностического критерия МС напрямую влияет на частоту его встречаемости. Так, по критериям ВОЗ основным индикатором в диагностике МС является гипергликемия или СД, а по мнению экспертов IDF – наличие абдоминального ожирения. Именно это различие лежит в основе гипо- или гипердиагностики МС, а также расхождение мнений и отсутствия единого подхода в диагностике МС. По нашему мнению, в этом направлении необходимо разработать оптимизированный и наиболее приемлемый диагностический критерий МС.

Другим компонентом настоящего исследования явилось определение встречаемости МС в зависимости от возраста респондентов. Так, анализ полу-

ченных данных показал, что с увеличением возраста респондентов пропорционально растет встречаемость МС. Так, среди лиц в возрасте 18-44 года (n=820) МС имел место у 39 (4,8%) обследованных, в возрасте 45-59 лет (n=328) – у 36 (10,9%), в возрасте 60-74 лет (n=150) – у 17 (11,3%), в возрасте 75-90 лет (n=6) – у 2 (33,3%) (рис. 3).

Вместе с тем, отмечалось некоторое различие встречаемости МС по половой принадлежности и возрасту обследованных. Так, в молодом возрасте (18-44 лет) мужчины в два раза чаще (n=26; 6,4%) имели МС по сравнению с женщинами (n=13; 3,2%) (p<0,001). Однако, в среднем (45-59) и пожилом (60-74) возрасте данные отличаются наоборот – лица женского пола (n=31; 14,3% и n=12; 14,1%) почти в два раза чаще страдали МС по сравнению с мужчинами (n=5; 4,5% и n=5; 7,7%) (p<0,001). Среди 6 респондентов (3 мужчин и 3 женщин) старческого возраста (75-90 лет) МС имел место у 2 мужчин, и в связи малой выборкой данной группы определение статистических данных представляется невозможным и совсем некорректным.

Таким образом, в молодом возрасте чаще всего МС страдают лица мужского пола, тогда как с увеличением возраста отмечается изменение закономерности распределения МС с превалированием доли женской части населения над мужчинами.

Обсуждение. В последние годы отмечается повышение интереса исследователей к изучению различных аспектов эпидемиологии и патогенеза МС. Это прежде всего обусловлено тем, что отмечается неуклонный рост числа населения имеющие различные компоненты МС [5, 7, 10], в том числе в условиях нашего региона [1-3]. Согласно данным зарубежных исследователей МС выявляется у 3,6-26,9% населения и она способствует не только значимому снижению их качества жизни вследствие коморбидности, но и приводит к повышению риска

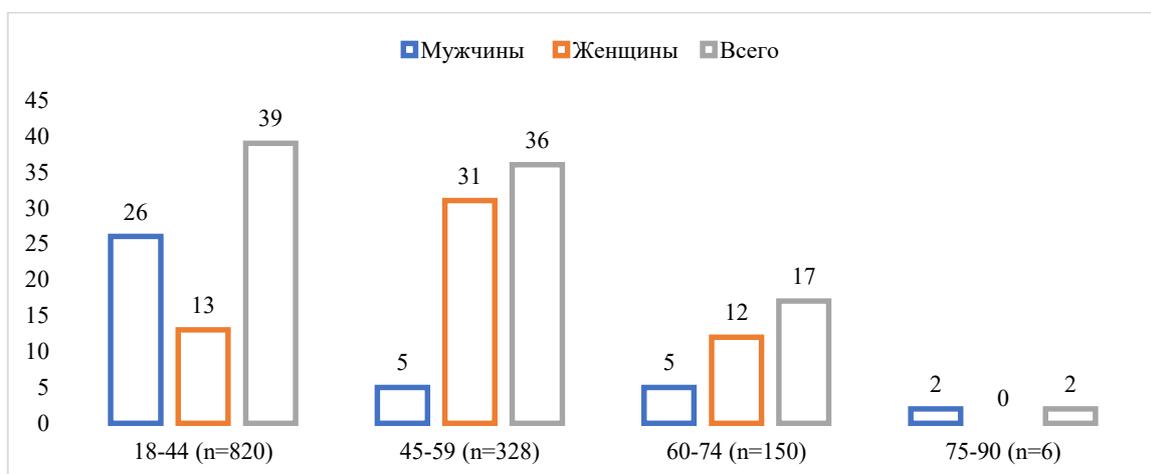


Рисунок 3. Частота встречаемости МС в зависимости от пола и возраста респондентов

развития различных социально-значимых хронических неинфекционных заболеваний и способствует существенному уменьшению ожидаемой продолжительности жизни [3-7, 10-15]. Как показали результаты нашего исследования проведённое впервые в нашей республике МС по критерии ВОЗ (1999) встречалось у 94 (7,2%) и по критерии IDF у 176 (13,5%) обследованных и чаще всего различные его компоненты имели место именно среди лиц женского пола. Аналогичные результаты получены и рядом других зарубежных авторов из стран Азиатского континента, большинство компонентов условия жизни населения которого совпадают с характером жизни населения нашего региона [5, 7, 11, 12, 16].

Следует отметить, что при использовании критерии IDF (2005) в диагностике МС, частота его выявляемости по сравнению с показателями, определенными с помощью критериев ВОЗ (1999) увеличилось почти в 2 раза, что позволяет сделать вывод об отсутствии единого диагностического алгоритма по этому направлению. Такого же мнения придерживаются и Yadav D. et al. (2013), которые при использовании трёх критериев диагностики МС (ВОЗ (1999), АТР III (2001) и IDF (2005)), отмечают, что по критериям ВОЗ МС отмечается у 28% респондентов, по АТР III – у 45,8% и по IDF – у 57,7% [17]. Аналогичные данные приводят и Bahareh Amirkalali et al. (2015), где общая распространенность МС составила 36,9% при использовании критериев АТР III, 34,6% по критериям IDF и 41,5% при применении критериев Joint Interim Statement [5].

Принимая во внимание вышеприведенные данные, а также полученные нами результаты позволяют сделать вывод о том, что до настоящего времени единые диагностические критерии МС четко не определены, имеются противоречия в результате реальной оценки частоты встречаемости МС у населения конкретного региона из-за использования как разных диагностических критериев, так и индивидуальным колебаниям окружности талия в зависимости от этнической принадлежности населения, особенностей возраста и гендерной принадлежности населения.

Встречаемость МС также зависит не только от пола и возраста населения, но и характером их физической активности, условиями проживания, наличием вредных привычек, особенностям приёма пищи и используемых продуктов питания и т.д. В связи с этим нами в дальнейшем планируется анализ частоты встречаемости МС по вышеуказанным показателям у населения нашего региона.

Заключение. Проведенный скрининг с использованием критериев ВОЗ и IDF показал, что 7,2-13,5% респонденты из числа взрослого населения нашей республики имели МС и его встречаемость была изменчивой в зависимости от наличия или отсутствия

различных его компонентов согласно двух использованных диагностических критериев. С увеличением возраста населения отмечается пропорциональный рост встречаемости МС. В молодом возрасте МС чаще наблюдается у лиц мужского пола, в среднем и пожилом возрасте – у лиц женского пола. Полученные результаты доказывают о необходимости активизации профилактических мероприятий путём пропаганды здорового образа жизни, здорового питания и повышения физической активности среди населения нашего региона.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-17 см. в REFERENCES)

1. Абдуллозода С.М. Некоторые аспекты эпидемиологии и этиопатогенеза метаболического синдрома / С.М. Абдуллозода // Вестник Авиценны. – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 580-594.
2. Гулов М.К. Патогенетическая роль психологического стресса в развитии ожирения / М.К. Гулов [и др.] // International Journal of Medicine and Psychology. – 2020. – Т. 3, № 4. – С. 128-133.
3. Гулов М.К. Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана / М.К. Гулов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2020. – Т. 22, № 2. – С. 209-221.

REFERENCES

1. Abdullozoda S.M. Nekotorye aspekty epidemiologii i etiopatogeneza metabolicheskogo sindroma [Some aspects of epidemiology and etiopathogenesis of metabolic syndrome]. Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin, 2020, Vol. 22, No. 4, pp. 580-594.
2. Gulov M.K. Patogeneticheskaya rol psikhologicheskogo stressa v razvitii ozhireniya [The pathogenetic role of psychological stress in the development of obesity]. International Journal of Medicine and Psychology, 2020, Vol. 3, No. 4, pp. 128-133.
3. Gulov M.K. Skriniring faktorov riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy sredi naseleniya vysokogornoy mestnosti Tadjhikistana [Screening of risk factors for chronic non-communicable diseases among the population in the highlands of Tajikistan]. Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin, 2020, Vol. 22, No. 2, pp. 209-221.
4. Alberti K.G.M.M. Metabolic syndrome - a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. Diabetic Medicine, 2006, Vol. 23, No. 5, pp. 469-480.
5. Amirkalali B. Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Components in the Iranian Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2015, Vol. 17, No. 12, pp. e24723.
6. Dasgupta A. et al. Metabolic syndrome and its correlates: A cross-sectional study among adults aged 18-49 years in an Urban Area of West Bengal. Indian Journal of Public Health, 2020, Vol. 64, No. 1, pp. 50-54.

7. De Silva S.T. Incidence and risk factors for metabolic syndrome among urban, adult Sri Lankans: a prospective, 7-year community cohort, follow-up study. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 2019, No. 11, pp. 66.

8. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. World Health Organization, Geneva, 1999. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf. (Accessed on 10.10.2020).

9. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Journal of the American Medical Association*, 2001, Vol. 285, No. 9, pp. 2486-2497.

10. Global status report on non-communicable diseases 2014. WHO Publ., Geneva, 2015. 282 p.

11. Li Y. Metabolic syndrome prevalence and its risk factors among adults in China: A nationally representative cross-sectional study. *PLoS One*, 2018, Vol. 13, No. 6, pp. e0199293.

12. Lim S. Increasing prevalence of metabolic syndrome in Korea: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey for 1998-2007. *Diabetes Care*, 2011, Vol. 34, No. 6, pp. 1323-1328.

13. Moore J.X. Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-2012. *Preventing Chronic Disease*, 2017, Vol. 14, pp. E24.

14. Ostrihoňová T. Prevalence and Trends of Metabolic Syndrome in Slovakia during the Period of 2003-2012. *Central European Journal of Public Health*, 2017, Vol. 25, No. 4, pp. 313-320.

15. United Nations (2017) Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017, Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/71/313). 2017.

16. Xiao J. Prevalence of metabolic syndrome and its risk factors among rural adults in Nantong, China. *Scientific Reports*, 2016, No. 6, pp. 38089.

17. Yadav D. Prevalence of Metabolic Syndrome in Type 2 Diabetes Mellitus Using NCEP-ATPIII, IDF and WHO Definition and Its Agreement in Gwalior Chambal Region of Central India. *Global Journal of Health Science*, 2013, Vol. 5, No. 6, pp. 142-155.

ХУЛОСА

М.Қ. Гулов, С.М. Абдуллозода, Г.М. Усмонова, К.К. Қобилов

ПАҲНШАВИИ СИНДРОМИ МЕТАБОЛӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавии синдроми метаболӣ (СМ) дар байни аҳолии калонсоли Тоҷикистон дар намунаи ноҳияҳои пилотӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Скрининг СМ дар миёни 1304 нафар (718 занон, 586 мардон, синни миёна $41,1 \pm 13,6$ сол), аз теъдоди умумии популятсияи калонсолони сокинони ш. Душанбе ва ноҳияҳои Рӯдакӣ ва Ҳисор (ноҳияҳои пилотӣ) бе рондомизатсияи пешакӣ ба амал оварда шуд. Ташхиси СМ ба асоси нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ тибқи меъёрҳои ТУТ (1999) ва IDF (2005) поягузорӣ карда шуд. Тамоми респондентҳо барои иштирок дар ин барномаи скринингӣ розигии ихтиёрӣ дар шакли хаттӣ доданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Тибқи меъёрҳои ТУТ СМ дар мавриди 94 (7,2%) нафар, аз ҷумла мардҳо 38 (6,5%) ва занҳо 56 (7,8%) нафарро ташкил медоданд, гузаронида шуд. Зимни 97 (7,4%) респондент гипергликемия дар сатҳи медианаи глюкоза дар дили наҳор 7,0 (6,8; 8,3) ммол/л ошкор гардид. Афзудани таносуби даври камар ба даври рон қиёсан ба меъёри муқарраршуда ($n=174$; 13,3%) дар занҳо нисбат ба мардҳо ($n=57$; 9,7%) ($p<0,001$) ду баробар бештар ($n=117$; 16,3%) ба назар мерасад.

Дислипидемия мувофиқи навъи триглитсеридҳои афзуда ($n=372$; 28,5%) ё ЛПВП-и қоҳишёфта ($n=77$; 5,9%) аз қисмати референсӣ дар ҳар респондентни чорум комилан мувофиқ карда шуда буд.

Фишорбандии шарёнии дараҷаи гуногуни зухурёфта дар мавриди 20 (1,5%) муоинашуда мавҷуд буд, ки дар мардҳо ($n=9$; 1,54%) ва занҳо ($n=11$; 1,53%) ($p>0,05$) фарқи назаррасе надорад. Медианаи нишондиҳандаи СФШ ва ДФШ дар ин гурӯҳи респондентҳо 140,0 (130,0; 145,0) / 95,0 (90,0; 110,0) мм сут. симоби-ро ташкил дод, ки мувофиқи тааллуқияти гендерӣ низ фарқе надорад.

СМ тибқи меъёри IDF (2005) МС зимни 176 (13,5%) респондент - 71 (12,1%) мард ва 105 (14,6%) зан ташхис карда шуд. Бо боло рафтани синни респондентҳо афзоиши мутаносиби дучоршавии СМ ба назар мерасид. Ҳамин тавр, СМ дар миёни ашхоси синни аз 18 то 44-сола ($n=820$) дар 39 (4,8%) муоинашуда, зимни 45-59 солаҳо ($n=328$) дар 36 (10,9%) нафар, ҳангоми 60-74-сола ($n=150$) дар 17 (11,3%) кас ва дар мавриди 75-90-солаҳо ($n=6$) бошад, дар 2 (33,3%) муоинашуда ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Синдроми метаболӣ дар мавриди 7,2%-13,5%-и аҳолии калонсолон ошкор мешавад. Ба СМ бештар мардони ҷавон ва занҳои миёнсол ва солхӯрда гирифтोर мешаванд. Бо сабаби паҳншавии зиёди СМ ва ФР бояд дар байни аҳоли бо роҳи ташвику тарғиби тарзи солими ҳаёт, ғизои солим ва фаъолнокии баланди ҷисмонӣ чорабиниҳои ташкилиро оид ба пешгирии васеи он тақвият бахшид.

Калимаҳои калидӣ: синдроми метаболӣ, фарбеҳӣ, гипергликемия, эпидемиология.