Айнан шундай мазмун билан ўтказилган ва ≥90-106 ёшли шаҳар аёлларида олинган маълумотлардан қуйидагилар аён бўлади: 1) “Аг+ДЛП+ОТВ” “бор” ва “йўқ” шаҳар аёллари популяциясида коморбид касалликлар – 56,25% ва 43,75% аниқланиш частоталарида аниқланади [P>0,05]; 2) КСХОнинг “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” кўринишида ифодаланиши “бўлган” ва “бўлмаган” шаҳарнинг геронт аёлларида коморбид касалликлар – 61,11% ва 38,89% тарқалиш частоталарида қайд қилинади [P>0,05]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ +гиподинамия” қўшилуви “мавжуд бўлган” ва “мавжуд бўлмаган” мазкур шаҳар популяциясида коморбид касалликларни тарқалиши частотаси -69,35% ва 22,58% кўрсаткичларда тасдиқланади [P>0,05]; 4) КСХОнинг “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” кўринишида ифодаланиши “бўлган” ва “бўлмаган” ≥90-106 ёшли шаҳар аёлларида коморбид касалликлар – 61,90% ва 33,33% аниқланиш частоталари билан кузатилади [P>0,05].

Ўхшаш эпидемиологик хусусиятлар ва тенденциялар ≥90-106 ёшли қишлоқ эркаклари популяциясида тасдиқланади: 1) КСХО сони ортиши билан коморбид касалликларни аниқланиш частотаси қишлоқ геронт эркакларида – 32, баробарга етиб ортиб боради; 2) хар иккала популяция

гуруҳларида КСХО мавжуд бўлганда коморбид касалликларни аниқланиши 90,0%дан юқори частоталар билан кузатилади.

қишлоқ ва шаҳар ахолиси эркаклари хамда аёлларида КСХО ва коморбидликни ёшга боғлиқ холда ўзаро алоқадорликларини ифодаланишлари баён қилинган. Улардан хам умумий хулоса чиқариш мумкин бўлади: 1) текширлган популяцияда КСХО тарқалиши юқори кўрсаткичларда ифодаланиб аниқланади; 4) кўп сонли хатар омиллари геронт эркак ва аёллар хамда қишлоқ ва шаҳар ахолисининг барча гуруҳларида (90-99 ёш, 100-105 ёш ва ≥ 106 ёшлиларда) асосан қуйидаги тарзда ифодаланган хатар омилларини қўшилувларига негизланиб ифодаланади: “АГ+ДЛП+ОТВ”, “АГ+ДЛП+ОТВ +ЧЕКИШ+АИ”, “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” ва “АГ+ДЛП+ОТВ +гиподина-мия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”; 3) ёшга боғлиқ холда КСХО ва унга бевосита боғлиқ холда коморбид касалликларни аниқланиши жами популяцияда (қишлоқ ва шаҳар ахолиси, қишлоқ геронт эркаклари ва аёллари, шаҳар геронт эркаклари ва аёллари) то 17,2 баробарга етиб ортади; 4) шаҳар популяциясига қиёсан қишлоқ геронт популяциясида ХО, КСХО ва коморбид касалликлар сезиларли фарқ билан юқори частоталарда аниқланади; 5) коморбидлик, ахолининг тез кексайиб бориш жараёнини замонавий тенденциясидан келиб чиқиб, ЖССТ хисоботлари бўйича – яқин 50 йиллик давомида ўсиб боради. Бизнинг прогностик тахлилларимиз хам, тадқиқотимиз натижаларидан келиб чиқиб, буни Ўзбекистон шароитида тасдиқлайди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш тизими ва жимладан, Ўзбекистоннинг соғлиқни сақлаш тизими бу жараёнларга тайёрланиб ва мослашиб боришги даркор.

Хулоса. Тадқиқотнинг якуний хулосаси сифатида “Коморбид касалликларни геронт ахолида профилактикаси алгоритми ва модели” ишлаб чиқилди, амалиётга тавсия этилди хамда унинг тиббий, иқтисодий – ижтимоий ва фармакотерапевтик самарадорлиги баҳоланиб аниқланади: ушбу тизимнинг ишланишини таъминланиши геронт ахолида тиббий ёрдам кўрсатиш сифати ва самарасини – 84,0% гача оширади, фармакохавф – 100,0%га бартарафланади ва геронтларда умрни яна 10-15 йилгача узайтириш имконияти туғдирилади.

ЎЗБЕКИСТОННИНГ ТУРЛИ МИНТАҚАЛАРИНИ ГЕРОНТ ҚИШЛОҚ АХОЛИСИДА КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ТАВСИФИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Геронтологик ёшдаги ахолида коморбид касалликларни асоратланиб кечиши частотасини ёки гериатрик синдромларни хавфини хар иккинчи геронт ахолида ошира бошлаган деб хулоса қилиш мумкин бўлади [1;2]. Коморбид касалликларни хозирги даврдаги геронт ахолида муаммолиги яна шу билан ифодаланадики, улар иқтисодий йўқотишларни хам кескин оширган ёки анча иқтисодий харажатлар улар талаб қилади [3]. Бу йўналишда ва Ўзбекистон шароитида назариёт ва амалиётни такомиллашти ёки тубдан илмий асослаб профилактика модели/алгоритмларини яратиш йўли билан ўзгартириш муҳим илмий масала бўлиб қолган.

Тадқиқотнинг мақсади. Коморбид касалликларни ва уларнинг хатар омилларининг тарқалишини Ўзбекистоннинг турли минтақаларида истиқомат қилувчи геронт ахоли популяциясида ўрганиш, самарали ташхисоти ва профилактикаси усулларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Дизайни бўйича – бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Ўзбекистоннинг 5 та вилоятида – Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах ва Қашқадарё вилоятларининг 90 ёшдан ошган (геронт популяция) ва 106 ёшдан ошган (супергеронт популяция) ахолисида ташкил этилди. Жами 635 та ≥90-106 ва юқори ёшли ахоли текширилди (258 та эркаалар ва 377 та аёллар). 506 та – 90-99 ёшлилар (эркаклари – 218 та ва аёллари – 288 та), 102 та – 100-105 ёшлилар (33 таси – эркаклар ва 69 таси аёллар) ва 27 та 106 ёшдан ўтганлар (эркаклари – 7 та ва аёллари – 20 та).

Эпидемиологик тадқиқотнинг хослиги ва талабларидан келиб чиқиб текширувни геронт – супергеронт ахолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотлрни

қайта ишлаш, натижаларни тахлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

Натижа ва мухокамалар. Қишлоқ ва шаҳарнинг геронт ахолисида Ўзбекистон шароитида, илк бора коморбид касалликларни эпидемиологияси ўрганилди ва унга хос худудий жиҳатлар аниқланди. Уларни хисобга олиниши даволаш – профилактика ишларини тубдан ўзгартириб ижтимоий, иқтисодий ва тиббий аҳамият касб этади. Тасдиқландики, ≥90-106 ёшли геронт қишлоқ ахолисида, жами Ўзбекистон минтақалари бўйича, коморбид касалликлар 74,8% тарқалиш частотасида тасдиқланади. Фақат 0,9% қишлоқ-геронт ахолисида касалликлар аниқланмайди. Ушбу ахоли учун қуйидаги эпидемиологик хусусиятларни хослиги қайд қилинди: битта касаллик – 1,7%, иккита касаллик – 7,9%, учта касаллик – 8,5%, тўртта касаллик қўшилуви – 9,3% ва ≥5 та касалликни ўзаро қўшилуви билан таркибланган коморбидлик – 46,5% тарқалиш частотаси билан тавсифланади [RR=1,73; 95% Cl=1,41 – 2,13; χ^2=53,76; P<0,05].

≥ 90-106 ёшли Андижоннинг геронт популяциясида коморбид касалликлар – 64,8% тарқалиш частотасида тасдиқланади. Уларнинг 3,8% тида коорбидлик тасдиқланмайди. Лекин 1 та касаллик – 3,8% ва 2 та касаллик қўшилуви – 6,7%, учта касаллик қўшилуви – 13,3%, 4 та касаллик қўшилуви – 10,5% ва бешта хамда ундан ошиқ касалликни қўшилуви – 26,7%га етиб тарқалиш частотаси билан қайд қилинади [RR=2,15; 95% Cl=1,14 – 4,07; χ^2=8,31; P<0,05].

Мазкур геронт ёшида бўлган Наманганнинг қишлоқ ахолисида коморбид касаллиги йўқлар аниқланмайди (0,00%) 1 та сурункали патология билан популяция хам қайд этилмайди (0,00%), иккита касалликли коморбид холати – 8,1%, учта касалликни бир вақтда қўшилуви – 3,5%, тўртта касаллик қўшилуви – 12,8% ва бешта ва ундан ортиқ касалликни қўшилишиб учраши билан ифодаланган коморбидлик – 51,2% частоталарда кузатилади. Наманганнинг ≥90-106 ёшли қишлоқ ахолисида коморбид касалликлар – 75,6% тарқалиш частотаси билан аниқланади [RR=1,14; 95% Cl=0,75 – 1,75; χ^2=0,5; P>0,05].

Фарғона вилоятининг ≥90-106 ёшли геронт қишлоқ ахолисида бўлса коморбид касалликлар – 64,4% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. Уларди орасида асосан иккита касаллик (9,5%) учта касаллик (11,3%), тўрта касаллик (11,7%) ва ≥ бешта касаллик қўшилувидан таркибланган коморбидлик (29,7%) кузатилади. 1 та касаллик билан текширилганларнинг 1Ю8% ти тасдиқланади ва КК йўқ популяция фақат 0,5%ни ташкил этади [RR=1,57; 95% Cl=1,12 – 2,21; χ^2=8,96; P<0,05].

Қашқадарёнинг ≥90-106 ёшда бўлган қишлоқ ахолисида коморбид касалликларни тарқалиш частотаси – 88,0%, 1 та касаллик бор ахоли – 1,1%ни, 2 та касаллик билан популяция – 5,7%ни, 3 та касаллик қўшилуви билан популяция – 5,1%ни, 4 та касаллик билан ахоли – 4,0% ни ва ≥5 та касаллик биилан популяция -71,1%ни ташкил қилиб тасдиқланади [RR=1,8; 95% Cl=1,17 – 2,76; χ^2=31,02; P<0,05].

Жиззах вилоятининг ушбу ёшдаги қишлоқ ахолисида коморбид касалликларнинг тарқалиши – 95,7%ни ташкил қилади. 1 та касаллик – 2,1%, иккита касаллик- 10,6%, учта касаллик – 6,4%, тўртта касаллик – 8,5% ва ≥5 та касалликни ўзаро бир вақтда қўшилиб аниқланиши – 68,1% қишлоқ ахолисида қайд қилинади [RR=1,42; 95% Cl=0,82 – 2,46; χ^2=3,41; P>0,05].

Статистиқ тахлил ёшга боғланиб тахлил қилинганда хам худудий хос эпидемиологик хусусиятлар геронт қишлоқ ахолисида аниқланди. Чунончи, ≥90-99 ёшли геронт қишлоқ популяциясида, жами минтақалар бўйича коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 68,1%ни ташкил этди. ≥5 та касалик билан коморбидлик – 55,3%, 3 та касаллик билан коморбидлик – 6,4% ва 2 та касаллик қўшилуви билан ифодаланган коморбидлик хам 6,0% тарқалиш частоталарида қайд қилинди [RR=1,94; 95% Cl=1,50 – 2,51; χ^2=49,03; P<0,05]. 1 та касаллиги борлар – 1,3%ни ташкил этиб, КК бўлмаган ≥90-99 ёшли қишлоқ ахолиси – 0,8%ни ташкил қилди.

Андижон худудининг ≥90-99 ёшли қишлоқ ахолисида КК йўқлар – 2,9%ни, битта касаллиги борлар – 2,9%ни иккита касаллиги борлар 4,8%ни, учта касаллиги борлар – 12,4%ни, 4 та касаллик борлар – 9,5%ни ва бешта хамда ундан кўп касалликни бир вақтда қўшилуви билан популяция – 21,9%ни ташкил этиб тавсифланди. Жами коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 54,8%ни ташкил қилади [RR=2,51; 95% Cl=1,15 – 5,46; χ^2=8,27; P<0,05].

Наманганнинг ≥90-99 ёшли қишлоқ ахолисида – 2 та касаллик билан – 4,7%, 3 та билан -3,5%, 4 та билан – 10,5% ва ≥ 5та касаллик билан ифодаланган коморбидлик фони -32,6% популяция тасдиқланади [RR=1,32; 95% Cl=0,68 – 2,58; χ^2=1,02; P>0,05]. Жами коморбидлик – 51,2% тарқалиш частотасида аниқланади.

Фарғонанинг шу ёш гуруҳидаги геронт қишлоқ ахолисида коморбид касалликлар 61,3% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. ≥5 таркибли коморбидлик- 28,4%, 4 таркибли коморбидлик – 11,7%, 3 таркибли коморбидлик – 10,8% ва 2 таркибли коморбидлик -8,6% аниқланиш частоталарида тасдиқланади. Фақат 1,4% тида -1 та касаллик аниқланади ва /ёки 0,5% қишлоқнинг ≥90-99 ёшли ахолисидагина коморбид касалликлар аниқланмайди [RR=1,6; 95% Cl=1,22 – 2,30; χ^2=8,72; P<0,05].

Коморбид касалликлар Қашқадарёнинг 90-99 ёшли қишлоқ популяциясида қуйидаги эпидемиологик хусусиятлар билан ифодаланади: битта касаллик – 1,1%, иккита касаллик – 2,3%, 3 та касаллик – 2,9%, 4 та касаллик – 1,1% ва ≥ 5 та касалликни қўшилиб аниқланиши – 10,6% тарқалиш частоталари билан ифодаланади. Коморбидлик фони фақат 0,6% текширилган қишлоқнинг ушбу ёшдаги ахолисида аниқланмайди [RR=2,19; 95% Cl=1,5 – 4,55; χ^2=28,63; P<0,05].

≥90-99 ёшли Жиззахнинг қишлоқ ахоли коморбидлик касалликларни тарқалиш частотаси -68,1%ни

ташкил қилади, асосан ≥ 5 та касалликларни бир вақтда қўшилуви билан ифодаланган коморбидлик аниқланади (55Ю3%) 2 та ва 3 та касалликлардан таркибланган коморбидлик -6,4% тарқалиш частоталарида кузатилади [RR=2; 95% Cl=0,90 – 4,45; χ^2=14,35; P<0,05].

100-105 ёшли геронт қишлоқ ахолисида, жами минтақалар бўйича, коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 15,0% ни ташкил қилади; фақат 0,2% ахолида КК аниқланмайди. Ушбу геронт қишлоқ эркак-популяциясининг – 0,5%тида 1 та, 1,7%тида-2 та, 0,5%тида – 3 та, 1,6%тида -4 та ва 10,6% тида ≥5 та касалликлар бир вақтда тасдиқланади [RR=1,02; 95% Cl=0,83 – 1,48; χ^2=0,69; P>0,05].

Андижон вилоятининг ушбу ёшдаги қишлоқ ахолисида коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 8,6%ни, 1 та касалликни аниқланиш – 1,0%ни, 2 та каалликни аниқланиши- 1,9%ни, 3 та касалликни бўлиши – 0,00%ни 4 та касалликни бўлши хам – 0,00%ни ва ≥5 та касалликнинг бир вақтд коморбидлик хосил қилиб аниқланиши – 3,8% ни ташкил этади [RR=0,8; 95% Cl=0,52 – 1,24; χ^2=0,47; P>0,05].

Наманган худудининг 100-105 ёшли қишлоқ ахолисида – иккита касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 0,9%, ≥ 5 та касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 0,9% ва жами коморбид касалликлар – 2,3% тарқалиш частоталарида тасдиқланади. Бошқа турли коморбидликлар қайд қилинмайди [RR=0,93; 95% Cl=0,80 – 1,07; χ^2=0,15; P>0,05].

Фарғона вилоятининг ушбу ёшли қишлоқ эркаклари популяциясида коморбидлик – 2,3% тарқалиш частотасида тасдиқланади, 1 та касаллик -0,5, иккита касаллик – 0,9% ва ≥ 5та касаллик қўшилуви – 0,9% частоталарда тарқалиш билан аниқланади [RR=1; 95% Cl=1,00 – 1,00; χ^2=0; P=0].

Қашқадарё худудининг 100-105 ёшли эркаклари популяциясида қуйидаги хос эпидемиологик тавсифлар маълум бўлади; 1) КК йўқ ахоли аниқланмайди; 2) 1 та касаллик билан ахоли (қишлоқ ахолиси, 100-105 ёшлилар) -0,6% ни ташкил қилади; 3) 2 та касаллик қўшилуви билан ифодалнган коморбид фон – 2,3%ни ташкил этади; 4) 3 та касаллик билан таркибланган коморбидлик – 1,7% частотада қайд қилинади; 5) 4 та касаллик билан коморбидликни аниқланиши – 6,4%ни ташкил қилади; 6) ≥5 та сурункали касаллик қўшилуви билан ифодаланган коморбидлик – 24,0% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади [RR=1,55; 95% Cl=0,82 – 3,01; χ^2=5,01; P<0,05].

100-105 ёшли, Жиззах вилояти шароитида истиқомат қилувчи, қишлоқ популяциясида коморбид касалликларни тарқалиш частотаси -21,3%ни ташкил этади ва асосан ≥ 5 та сурункали касалликлар билан ифодаланган коморбидлик (12,8%) аниқланади. 4 та касаллик қўшилуви -6,4% ва 2 та касаллик қўшилуви -2,1% 100-105 ёшли қишлоқ эркаклари популяциясида тасдиқланади [RR=0,68; 95% Cl=0,42 – 1,06; χ^2=0,48; P>0,05].

≥106 ёшдан ошгн қишлоқ ахолисида коморбид касалликлар – 4,1% аниқланиш частотаси билан аниқланади, аксарият ≥ 5 та касалликлар билан таркиблангаган коморбидлик (2,7%) тасдиқланади [RR=1,57; 95% Cl=0,81 – 3,03; χ^2=3,44; P>0,05].

Худудий қишлоқ супергеронт эркакларид ўхшаш эпидемиологик хусусиятлар деярли тасдиқланади ва қуйидагича тарқалиш частоталари билан ўзаро тафовутланиб коморбид касалликлар аниқланади: Андижон вилоятида – 1,9% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05], Наманган вилоятида – 5,8% [RR=0,75; 95% Cl=0,43 – 1,32; χ^2=0,31; P>0,05], Фарғона вилоятида – 0,9% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05], Қршқадарё вилоятида – 8,6% [RR=1,5; 95% Cl=0,67 – 3,34; χ^2=4,29; P<0,05] ва Жиззах вилоятида – 4,3% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05].

Хулоса. Ушбу маълумотлардан хулоса чиқариш мумкин бўладики, геронт ахолида коморбид касалликларнинг преморбид фонини аниқ баҳолашда ва уларнинг келиб чиқишини эрта барвақтлаб беришда эпидемиологик тадқиқотлар хал қилувчи “роллардан бирини ўйнаб” ахамият касб этишади.

ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ G2677T MDR1 и T3435C MDR1 У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сирожитдинов К.К.[1], Мавлянов И.Р.[1], Мавлянов З.И.[2], Рахматов А.Т.[2]

[1] Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при Национальном олимпийском комитете Узбекистана.

[2]Республиканский центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Минздраве Республики Узбекистан.

Общеизвестно, что эффективность лекарств средств во многом зависит от генетических детерминант контролирующих процессы фармакокинетики лекарств, начиная от их поступления в организм и элиминации из организма. В этом плане большой интерес представляет гены, контролирующие экспрессию транспортного белка Гликопротеин Р. Именно этот субстрат и определяет степень усвояемости лекарственных средств эффекторными клетками.

Цель исследования. Изучение распределения генотипов G2677T и T3435C полиморфизмов гена MDR1 у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и характер влияния их генотипов на клинические параметры течения болезни.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили у 100 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, в возрасте от 50 до 89 лет. Для оценки клинического течения болезни