

## ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ТУРЛИЧА ҚЎШИЛУВИДА КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ ВА ШАКЛЛАНИШЛАРИНИ ГЕРОНТ АХОЛИДА ҚИЁСИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ



Мамасолиев Нейматжон Солиевич, Сирожидинов Комилжон Бобожонович, Нишонова Нодирахон Акрамовна, Мамасолиева Шахноза  
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СОЧЕТАНИЯМИ ФАКТОРОВ РИСКА В ГЕРОНТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Мамасолиев Нейматжон Солиевич, Сирожидинов Комилжон Бобожонович, Нишонова Нодирахон Акрамовна, Мамасолиева Шахноза  
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

## COMPARATIVE EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTIONS OF THE SPREAD AND FORMATION OF COMORBID DISEASES WITH DIFFERENT COMBINATIONS OF RISK FACTORS IN THE GERONT POPULATION

Mamasoliev Nematjon Solievich, Sirojiddinov Komiljon Bobojonovich, Nishonova Nodirahon Akramovna, Mamasolieva Shakhnoza  
Andijan State Medical Institute, Republic Of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)

**Резюме.** Муаллифлар тадқиқотнинг якуний хулосаси сифатида “Коморбид касалликларни геронт аҳолида профилактикаси алгоритми ва модели” ишлаб чиқилди, амалиётга тавсия этилди ҳамда унинг тиббий, иқтисодий – ижтимоий ва фармакотерапевтик самарадорлиги баҳолашиб аниқланади: ушбу тизимнинг ишланишини таъминлашини геронт аҳолида тиббий ёрдам кўрсатиши сифати ва самарасини – 84,0% гача оширади, фармакохавф – 100,0%га бартарафланади ва геронтларда умрни яна 10-15 йилгача узайтириши имконияти тугдирлади.

**Калим сўзлар:** коморбид касалликлар (КК); юқумли бўлмаган сурункали касалликларни (ЮБСК); юрак – қон томир касалликлари (ЮҚК), сурункали респиратор касалликларни (СРК), қандли диабет (ҚД<sub>2</sub>), артериал босим (АБ); кўп сонли хатар омиллари (КХО), дислипотеидемия (ДЛП), ортиқча тана вазни (ОТВ), мевасабзавотларни меъёрдан кам истеъмоли (МСПМКИ).

**Abstract.** As part of the final conclusion of the study, the authors developed an “Algorithm and model for the prevention of comorbid diseases in the geriatric population,” which is recommended for practical use, its medical, economic, social and pharmacotherapeutic effectiveness: ensuring the use of this system improves the quality and efficiency of paramedic care in geriatric patients - 84, 0%, the pharmacohazard is eliminated by 100.0% and it is possible to extend the life of geronts for another 10-15 years

**Key words:** comorbid diseases (CD); non-communicable chronic diseases (NCDs); cardiovascular diseases (CVD), chronic respiratory diseases (CRD), diabetes mellitus (DM2), blood pressure (BP); a large number of risk factors (BCFR), dyslipoproteinemia (DLP), excess body weight (BMI), lower than normal consumption of fruits and vegetables (NPOIF).

**Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти.** Геронт аҳолида, 90-99, 100-105 ва  $\geq 106$  ёш гуруҳларида, коморбид касалликни ўрганиш фанда устувор илмий йўналиш ва амалиётда долзарб масала ҳисобланади [1;2;4;]. Геронтологик ёшдаги аҳоли 10 тадан кам бўлмаган препарат истеъмоли қилиб юради ва бундай аҳоли сони охириги йилларда салкам 50%гача ортган, ва демак, полипрагмазия ўз навбатида коморбид касалликларни асоратланиб кесиши частотасини ёки гериаатрик синдромларни хавфини хар иккинчи геронт

аҳолида ошира бошлаган деб хулоса қилиш мумкин бўлади [3;5;6]. Коморбид касалликларни ҳозирги даврдаги геронт аҳолида муаммолиги яна шу билан ифодаланадики, улар иқтисодий йўқотишларни ҳам кескин оширган ёки анча иқтисодий харажатлар улар талаб қилади. Статистика далолат беришича, кўпчилик мамлакатларда суғурта харажатларининг 80%ти коморбид касалликлари бўлган геронт ва геронтологик ёшдаги аҳолига тўғри келади [7].

Лекин геронт ва супергеронт ёшдаги аҳолида айнан коморбид касалликларни эпидемиологияси акс этдирилмаган ва аниқ профилактик алгоритмлар ёки худудий дастурлар, бевосита геронт аҳоли учун йўналтирилиб, ишлаб чиқилмаган ёки шу йўналишдаги илмий тадқиқотларга эҳтиёж нафақат сақланиб қолган, балки кескин ортган.

Тадқиқотида айнан шундай эҳтиёж ва зарурат эътиборга олинган, ундан келиб чиқиб ушбу ишнинг мақсади ва вазифалари белгиланган.

**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) аҳолисида ташкил этилди. Жами 635 та  $\geq 90$ -106 ва юқори ёшли аҳоли 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 – эркаалар 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 аҳолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотларни қайта ишлаш, натижаларни таҳлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

I – босқич: юқумли бўлмаган сурункали касалликларни (ЮБСК), хусусан, юрак – қон томир касалликларини (ЮҚК), ўсма касалликларини, сурункали респиратор касалликларни (СРК), қандли диабетни ( $KD_2$ ) ва рухий бузилишларни сўровнома билан ўрганиш ва баҳолашни таркибига киритади.

I – босқич яна ўз ичига сўровнома билан чекиш ва алкоголь истеъмолини, ош тузи ва дори-дармонлар бўйича маълумотларни ўрганиш ва баҳолашни ўз таркибига киритади. Бундан ташқари мева – сабзавотлар истеъмолини, саломатлик ҳолатини ва ЮБСК асосий хатар омилларини сўровнома бўйича ўрганишни ҳам ўз ичига олади.

II – босқичда куйидагилар сўровнома бўйича ўрганилди ва баҳоланди: физик маълумотларни – бўйни, вазни, бел ва сон айланасини ўлчашни, артериал босимни (АБ) ўлчаш ва баҳолашни, юрак қисқаришлари сонини ва пульс частотасини ўлчаш ҳамда баҳолашни ушбу босқич ўз таркибига киритди.

III – босқичда биокимёвий текширувлар (қонда глюкоза ва холестеринни аниқлаш) ва фармако-эпидемиологик ҳамда ирсий маълумотлар (сўровнома билан) ўрганилди ва баҳоланди.

Натижалар ва муҳокамаси. Кўп сонли хатар омилларини турлича қўшиливида коморбид касалликларни тарқалиши, ёшга ва гендер омилга боғлиқ ҳолда жиҳатлари. КСХОнинг турлича қўшиливида коморбид касалликларнинг тарқалиши ва ифодаланиши  $\geq 90$ -106 ёшли аҳолида ўрганилди ва хос жиҳатлари тасдиқланди.

“АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” бўлган геронт аҳолида коморбид касалликлар мувофиқ бўлиб – 72,60% ва 27,40%

аниқланиш частоталари билан тасдиқланади [ $P < 0,05$ ]. Геронт аҳолида “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш” қўшиливида ифодаланган КСХО “бўлганда” ва “бўлмаганда” эса коморбид касалликларни тарқалиши кўрсаткичлари – 83,06% ва 16,94% частоталарда қайд қилинади [ $P < 0,05$ ].

КСХО “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи билан ифодаланиб “аниқланган геронт” ва “аниқланмаган геронт” аҳолида коморбид касалликларни қайд этилиш частоталари – 82,25% ва 17,75% ни ташкил этади [ $P < 0,05$ ].

Геронт аҳолида “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” қўшиливида шаклланган КСХО “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частотаси мувофиқ тарзда – 82,66% ва 17,34%дан тасдиқланади [ $P < 0,05$ ].  $\geq 90$ -106 ёшли геронт аёлларда КСХОга боғлиқ ҳолда коморбид касалликларни тарқалишининг хос жиҳатлар ва ифодаланишлари куйидагича тавсифланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан шаклланган КСХОда коморфид касалликларни аниқланиш частотаси -62,96% (омил бўлганда) ва 37,04% дан (омил бўлмаганда) қайд қилинади [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” шаклида ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК – 69,3% ва 30,61% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи бўлган геронт аёллар популяциясида ККни тарқалиш частоталари – 75,90% ва 24,10%дан кузатилади [ $P < 0,05$ ]; 4) геронт аёлларда ( $\geq 90$ -106 ёшли) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” қўшиливи билан таркибланган КСХО “бўлганда ва бўлмаганда” коморбид касалликлар мувофиқ бўлиб – 71,67% ва 28,33% дан аниқланиш частоталарида тасдиқланади [ $P > 0,05$ ].

“АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан КСХО “бўлган” ва “бўлмаган” геронт эркааларда ККни аниқланиш частоталари – 84,62% ва 15,38% кўрсаткичларни кўрсатади [ $P > 0,05$ ]. “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” қўшиливи билан ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК – 92,00% ва 8,0% аниқланиш частоталари билан тасдиқланади [ $P < 0,05$ ]. КСХОни “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи асосида шаклланган тури “бўлган” ва “бўлмаган”  $\geq 90$ -106 ёшли аёлларда коморбид касалликларни аниқланиш частоталари мувофиқ бўлиб – 90,91% ва 9,09% дан қайд қилинади [ $P < 0,05$ ].

Яна тасдиқланадики, “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” қўшиливида шаклланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК тарқалиш частоталари – 91,39% ва 8,61% кўрсаткичларда ифодаланиб кузатилади [ $P < 0,05$ ].

Умуман, аниқландики, КСХО таркиби ошиб борган сари унга узвий боғлиқлик билан коморбид касалликларнинг аниқланиш частоталари геронт эркак ва аёлларда сезиларли даражада ошиб боради.

90-99 ёшли геронт популяцияда КСХОнинг куйидагича қўшилувлари “бўлганда” ва “бўлмаганда” мувофиқ бўлиб коморбид касалликлар хос частоталарда тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 67,23% ва 32,77%дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” да – 78,97% ва 21,03% дан [ $P < 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” да –

79,84% ва 20,16% дан ( $P < 0,05$ ); 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” да – 78,90% ва 21,10% дан [ $P < 0,05$ ]; 5) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 6) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P < 0,05$ ].

Коморбид касалликларни КСХО турли кўринишларига боғлиқ бўлиб 100-105 ёшдаги геронт аҳолида аниқланиш частоталари куйидагича ифодаланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 100,0% ва 0,0% [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” га боғлиқ холда, бу кўшулув “бўлганда” ва “бўлмаганда” – 100,0% дан [ $P < 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” да – 78,08% ва 21,92% дан [ $P > 0,05$ ]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” да – 100,00% ва 0,0% дан [ $P < 0,05$ ].

Супергеронт ( $\geq 106$  ёшли) аҳолида КСХО турли кўринишларга боғлиқ холда, ушбу омиллар “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частоталари сезиларли тафовутлар билан куйидагича тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 85,71% ва 14,29% дан [ $P < 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” да – 92,31% ва 7,69% дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” да – 85,83% ва 14,17% дан [ $P > 0,05$ ].

Геронт аёлларнинг ёшига боғлиқ холда, КСХО турли кўринишлари “бўлган” ва “бўлмаган”ларда, коморбид касалликларни аниқланиш частоталари ишончли ва сезиларли тафовутлар билан 90-99 ёшлиларда куйидагича частоталарда тавсифланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”га боғлиқ холда – 57,35% ва 42,65%дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 62,82% ва 37,18%дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 72,99% ва 27,01%дан [ $P < 0,05$ ]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 65,26% ва 34,74%дан [ $P < 0,05$ ].

Геронт аёлларнинг 100-105 ёш гуруҳидагиларда КСХОга боғлиқ холда, яъни ушбу омиллар “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частоталари фарқ билан қайд қилинади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 80,0% ва 20,0%дан [ $P > 0,05$ ]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P < 0,05$ ].

Ушбу популяциянинг  $\geq 106$  ёш гуруҳига кировчиларида, КСХО “бор” ва “йўқ” бўлганларда, коморбид касалликлар тафовутлари ва хосликни ифодалаб куйидагича тарқалиш частоталарида тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 83,33% ва 16,67% дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 94,12% ва 5,88%дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 87,50% ва 12,50% дан [ $P > 0,05$ ].

КСХО турили ифодаланиш “мавжуд” ва “мавжуд бўлмаган” 90-99 ёш гуруҳидаги эркаклар коморбид касалликлар тафовутлари частоталари билан кузатилади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” кўшулуви билан ифодаланган КСХО бўлганда ва бўлмаганда коморбид касалликлар – 80,39% ва 19,61% дан аниқланади [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 89,74% ва 10,26% дан [ $P < 0,05$ ]; 3)

“АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамияда” – 88,29% ва 11,71%дан [ $P < 0,05$ ]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 89,43% ва 10,57%дан [ $P < 0,05$ ].

100-105 ёш гуруҳидаги геронт эркакларда КСХО “мавжуд бўлганда” ва “мавжуд бўлмаганда” коморбид касалликлар куйидаги аниқланиш частоталари билан тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ].

Коморбид касалликларни кўп сонли хатар омилларининг турлича кўшулуви билан геронт  $\geq 106$  ёшли аҳолида ифодаланиб тарқалиши хусусиятлари, КСХО “бор” ва “йўқ” гуруҳларда, куйидаги тарқалиш частоталари билан ифодаланди: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” кўшулуви билан КСХО ифодаланганда – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” – 100,0% ва 0,0% дан [ $P > 0,05$ ].

Олинган маълумотлар хулоса берадики, кўп сонли ХО геронт аҳолининг ҳамма гуруҳларида коморбид касалликларни кескинлашиб шаклланишга олиб келади ва уларнинг кучли хатар омиллари сифатида тасдиқланади.

Кўпсонли хатар омилларини турлича кўшулувида коморбид касалликларнинг шаклланишларини кишлоқ ва шаҳар аҳолисида хос эпидемиологик тавсифлари. Маълум бўлдики, кўп сонли хатар омиллари (КСХО) асосан 4 турли кўшулувда геронт аҳолида қайд қилинади ва уларга боғлиқ холда коморбид касалликлар хос тарқалиш частотаси билан тафовутланиб аниқланади: I-гуруҳли КСХО(ИКСХО) – “АГ+ДЛП+ОТВ” кўшулуви билан, II – гуруҳли КСХО (ПКСХО) – “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” кўшулуви билан, III – гуруҳли КСХО (ШКСХО) – “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” кўшулуви билан ва IV-гуруҳли КСХО (IVКСХО) – “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” кўшулуви билан тавсифланиб қайд қилинади.

90-106 ёшли кишлоқ аҳолисида ИКСХО мавжуд бўлганда ва мавжуд бўлмаганда коморбид касалликлар уларга боғлиқ бўлиб – 75,96% ва 24,04% дан мувофиқ холда аниқланади [ $P > 0,05$ ]. ПКСХО “бор” ва “йўқ” геронт кишлоқ аҳолисида коморбид касалликлар – 85,56% ва 14,44% тарқалиш частоталарида тасдиқланади [ $P < 0,05$ ].

Коморбид касалликларни аниқланиш частоталари III КСХО “мавжуд бўлган” ва “мавжуд бўлмаган” геронт ( $\geq 90-106$  ёшли) аҳолида – 84,34% ва 15,66% дан қайд қилинади [ $P < 0,05$ ]. IV КСХО “бор” ва “йўқ”  $\geq 90-106$  ёшли кишлоқ аҳолисида коморбид касалликлар – 84,65% ва 15,35% аниқланиш частоталарида тасдиқланади [ $P < 0,05$ ].

$\geq 90-106$  ёшли геронт шаҳар аҳолисида КСХО турли кўшулувлари “мавжуд бўлганда” ва “мавжуд бўлмаганда” коморбид касалликлар куйидаги тарқалиш частоталари билан ифодаланиб аниқланади: I КСХОда – 64,23% ва 35,71% дан [ $P > 0,05$ ]; II КСХОда – 75,4% ва 24,59% дан [ $P > 0,05$ ], III КСХОда – 76,40% ва

17,98% дан [P<0,05]; IV КСХОда – 76,81% ва 23,19% дан [P<0,05].

Шахарнинг  $\geq 90$ -106 ёшли аҳолисида кўп сонли хатар омиллари таъсирида коморбид касалликларни келиб чиқиш хавфи салкам 77,%гача етиб ошади. Бу омил бўлмаганда эса бундай хавф даражаси геронт аёллар учун, шаҳар шароитида, 4,5 мартага ёки то 60% га етиб камаяди.

Улардан кўринадики “АГ+ДЛП+ОТВ” “мавжуд бўлган” ва “мавжуд бўлмаган”  $\geq 90$ -106 ёшли қишлоқ аёлларида коморбид касалликлар – 67,35% ва 32,65% дан частотадан аниқланади [P<0,05].

“АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” “бор” ва “йўқ” қишлоқ аёллари популяциясида коморбид касалликларни аниқланиш – 74,19% ва 25,81% ташкил этади [P<0,05].

КСХОни “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” кўринишида ифодаланиб “аниқланган” ва “аниқланмаган” геронт –қишлоқ аёлларида коморбид касалликлар – 78,95% ва 21,05%дан частоталарда қайд қилинади [P<0,05].

“АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” кўшиливи “мавжуд бўлган” ва “мавжуд бўлмаган” мазкур популяцияда ККни тасдиқланиш частоталари мувофиқ холда – 75,95% ва 24,05%дан кузатилади [P<0,05].

Айнан шундай мазмун билан ўтказилган ва  $\geq 90$ -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” кўшиливи “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”  $\geq 90$ -106 ёшли шаҳар аёлларида коморбид касалликлар – 61,90% ва 33,33% аниқланиш частоталари билан кузатилади [P>0,05].

Ўхшаш эпидемиологик хусусиятлар ва тенденциялар  $\geq 90$ -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 аҳолиси эркаклари ҳамда аёлларида КСХО ва коморбидликни ёшга боғлиқ холда ўзаро алоқадорликларини ифодаланишлари баён қилинган. Улардан ҳам умумий хулоса чиқариш мумкин бўлади: 1) текширилган популяцияда КСХО тарқалиши юқори кўрсаткичларда ифодаланиб аниқланади; 4) кўп сонли хатар омиллари геронт эркак ва аёллар ҳамда қишлоқ ва шаҳар аҳолисининг барча гуруҳларида (90-99 ёш, 100-105 ёш ва  $\geq 106$  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 аҳолиси, 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 фарк билан юқори частоталарда аниқланади; 5) коморбидлик, аҳолининг тез кексайиб бориш жараёнини замонавий тенденциясидан келиб чиқиб, ЖССТ хисоботлари бўйича – яқин 50 йиллик давомида ўсиб боради. Бизнинг прогностик тахлилларимиз ҳам, 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.

Хатар омилларига боғлиқ холда коморбид касалликлар келиб чиқишининг геронт аҳолида қиёсий тавсифи ва профилактикасини алгоритми. Тадқиқот натижаларини тахлий хулосаларидан келиб хатар омилларига боғлиқ холда коморбид касалликлар келиб чиқишининг геронт аҳолида қиёсий тавсифи аниқланди ва баҳоланди.

Ўзбекистоннинг узок умр кўрувчи ( $\geq 90$ -106 ёшли) аҳолисида коморбид касалликлар 12 та хатар оилга бевосита боғлиқлик билан шаклланади. Булар қуйидаги хатар омиллари бўлиб хисобланади: артериал гипертония (АГ), дислипидемия (ДЛП), чекиш, алкоголь истеъмоли (АИ), мева-сабзавот маҳсулотларини кам истеъмоли (МСПМКИ), ортиқча тана вазни (ОТВ), гиподинамия, жисмоний оғир меҳнат (ЖОМ), ақлий меҳнат, қониқарсиз ижтимоий – иқтисодий ҳолат, маълумотчанликни пасайиши ва номақбул оилавий ҳолат.

Кучли ифодаланган боғлиқлик даражаси коморбид касалликлар ва қуйидаги хатар омиллари ўртасида тасдиқланади: қониқарсиз ижтимоий-иқтисодий ҳолат билан [P<0,05], АИ билан [P<0,05], номақбул оилавий ҳолат билан [P<0,05], жисмоний оғир меҳнат билан [P<0,05], МСПМКИ билан [P<0,05] ва ОТВ билан [P<0,05].

Қолган хатар омиллари билан ККни боғлиқлик даражалари сезиларли тафовут билан кучсиз ифодаланади: АГ билан [P>0,05], ДЛП билан [P<0,05], чекиш билан [P<0,05], гиподинамия билан [P>0,05] ва маълумотчанликни пастлиги билан [P>0,05].

Узок умр кўрувчи аҳолида ( $\geq 90$ -106 ёш) коморбид касалликларни кўп сонли хатар омиллари билан боғлиқлиги қуйидагича ифодаланади (10.20-жадвалда берилган): 1) юқори даражадаги боғлиқлик даражаси “ $\geq$ АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” кўшиливи билан ифодаланган КСХОда қайд этилади [P<0,05] 2) шундай кучли боғланишлик КК ва “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” кўшиливида негизланган КСХОда тасдиқланади [P<0,05]; 3) буларга қиёсланганда 3 баробарга кам кучли бўлган боғланишлик “АГ+ДЛП+ОТВ” кўшиливи билан ва салкам 2 баробарга етиб кам кучли бўлган

боғланишлик “АГ +ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” қўшилуви билан КСХОда қайд қилинади [P<0,05].

Тасдиқландики, геронт аҳолида, Ўзбекистон шароитида, коморбид касалликларни келиб чиқиш нисбий хавфи энг юкори даражада қуйидаги хатар омиллари туфайли келиб чиқади: маълумотчанликни пастлигида [r<sup>++</sup>=0,86], ортиқча тана вазнида [r<sup>++</sup>=0,83], ақлий меҳнатда [r<sup>++</sup>=0,75] ва чекишда [r<sup>++</sup>=0,74]. Уларга қиёсан икки баробарга етиб ККни келиб чиқиш нисбий хавфи –артериал гипертензияда [r<sup>++</sup>=0,43; ДЛПда [r<sup>++</sup>=0,57], МСПМКИда [r<sup>++</sup>=0,67], коникарсиз ижтимоий-иктисодий ҳолатда [r<sup>++</sup>=0,51], номақбул оилавий ҳолатда [r<sup>++</sup>=0,49] тасдиқланади. То 14,3% баробаргача етиб қиёсан коморбид касалликларни келиб чиқиш хавфи паст даражада бошқа хатар омилларига боғлиқликда кузатилади: алкоголь истеъмолида [r<sup>++</sup>=0,06]; гиподинамияда [r<sup>++</sup>=0,26] ва жисмоний оғир меҳнатда [r<sup>++</sup>=0,15].

**Хулоса.** Тадқиқотнинг якуний хулосаси сифатида “Коморбид касалликларни геронт аҳолида профилактикаси алгоритми ва модели” ишлаб чиқилди, амалиётга тавсия этилди ҳамда унинг тиббий, иктисодий – ижтимоий ва фармакотерапевтик самарадорлиги баҳолашиб аниқланади: ушбу тизимнинг ишланишини таъминланиши геронт аҳолида 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.

#### **Адабиётлар:**

1. Ибадова М.У. Патогенетическая значимость метаболического синдрома в формировании полиморбидных заболеваний //Автореф дисс...докт. философии (PhD) по мед. наукам. -2024. -С. 3.
2. Hughes I.D., McMurdo M.E., T. Guthrie S. Et al. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying. UK clinical guidelines to people with Multimorbidity//Age Ageing. -2013. -Vol.42. -N1. -P.62-67.
3. Morin L., Vetrano D.Sh., Rizzuto D. Et al. Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide, longitudinal cohort study//Am. J. Med. -2017. -Vol.130. -N8. -5.922-934.
4. Nunes B.P., Flores T.R., Mielke G.I. et al. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic

review and metaanalysis//Arch. Gerontol. Geriatr. -2016.-Vol.67.-P.131-136.

5. Tinetti M.E., Naik A.D., Dindo L. Et al. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions in patients with type 2diabets//Diabetes Care. -2017. -Vol40. -№2. -P.282-283.
6. Wang P.S., Avorn S., Brookhart M.A. et al Effects of no cardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives //Hypertension. - 2005. -Vol. 46. - №2. -P.274-277.
7. World Health Report. Geneva: World Health Organization -2022.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СОЧЕТАНИЯМИ ФАКТОРОВ РИСКА В ГЕРОНТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

*Мамасолиев Н.С., Сирожидинов К.Б., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.*

**Резюме.** В качестве итогового заключения исследования авторами разработан «Алгоритм и модель профилактики коморбидных заболеваний в геронтовой популяции», он рекомендован к применению на практике, оценена и определена его медико-экономическая, социальная и фармакотерапевтическая эффективность: обеспечение эксплуатации данной системы повышает качество и эффективность медицинской помощи геронтам - 84,0 %, фармакоопасность устраняется на 100,0 % и удается продлить жизнь геронтов еще на 10-15 лет.

**Ключевые слова:** коморбидные заболевания (КЗ); неинфекционные хронические заболевания (НХЗ); сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), хронические заболевания органов дыхания (ХЗОД), сахарный диабет (СД2), артериальное давление (АД); большое количество факторов риска (БКФР), дислипотеинемия (ДЛП), избыточная масса тела (ИМТ), меньшее по сравнению с нормой потребление фруктов и овощей (НПОИФ).