

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ  
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**МАВЛОНОВ НАМОЗ ХАЛИМОВИЧ**

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ  
НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА  
ПРОФИЛАКТИКАСИГА МАҲАЛЛИЙ ЁНДАШУВЛАР**

**14.00.43 – Профилактик тиббиёт  
14.00.05 – Ички касалликлар**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)**

**Мавлонов Намоз Халимович**

Кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг тарқалганлиги ва профилактикасига маҳаллий ёндашувлар..... 3

**Мавлонов Намоз Халимович**

Распространенность и региональные подходы к профилактике хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста..... 23

**Mavlonov Namoz Halimovich**

Prevalence and regional approaches to the prevention of chronic noncommunicable diseases in elderly and senile people..... 44

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 48

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ  
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**МАВЛОНОВ НАМОЗ ХАЛИМОВИЧ**

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ  
НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА  
ПРОФИЛАКТИКАСИГА МАҲАЛЛИЙ ЁНДАШУВЛАР**

**14.00.43 – Профилактик тиббиёт  
14.00.05 – Ички касалликлар**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.4.PhD/Tib1039 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати учта (ўзбек, рус, инглиз) тилда Илмий кенгаш вебсаҳифасида (info@adti.uz) ва «ZiyoNet» (www.ziynet.uz) ахборот таълим порталида жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Мамасолиев Нematжон Солиевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Фозилов Абдуқаххор Воҳидович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Салоҳиддинов Зухриддин Салоҳиддинович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Самарқанд давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел.: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ -сонли баённомаси).

**М.М. Мадазимов**

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**М.Ф. Нишанов**

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**М.Р. Аграновский**

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш ҳузуридаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ҳозирги вақтда ноинфекцион касалликлар аҳоли саломатлиги учун энг жиддий таҳдид ҳисобланади ва бу муаммо яқин келажакда ўз аҳамиятини йўқотмайди. БМТнинг 2018 йил 27 сентябрдаги ўтказилган йиғилишида ноинфекцион касалликларни (НК) олдини олиш бўйича миллий ва глобал тараққиёт масаласи кўриб чиқилди ва уларнинг тарқалишини камайтириш бўйича мажбуриятларни кучайтириш зарурати таъкидланди. Етакчи олимларнинг фикрига кўра «...2016 йилда дунё бўйлаб 56,9 миллион ўлим ҳолатининг тахминан 40,5 миллиони (71%) НК оқибатида юзага келган. Улардан тахминан 4 фоизи 30 ёшгача бўлган одамларда, 38 фоизи 30-70 ёшлиларда ва 58 фоизи 70 ёшдан катталарда содир бўлган. Экспертларнинг баҳолашларига кўра ўлим ҳолатларининг 80%и рақ касалликлари, юрак қон-томир касалликлари, сурункали респиратор касалликлари ва қандли диабет билан боғлиқ»<sup>1</sup>. Башоратларга кўра касалликлар юзага келиши ва прогрессияланишининг самарали профилактикаси бўйича чора-тадбирлар амалга оширилмаса ноинфекцион касалликлардан ўлим кўрсаткичлари ошиб боради ва 2060 йилга келиб икки бараварга ошади.

Жаҳон миқёсида бугунги кунда ижтимоий аҳамиятли бўлган НК ривожланиши ва авж олиши хавфи бўлган гуруҳларни аниқлаш ва профилактик кузатувнинг маҳаллий дастурларини ишлаб чиқишда генетик ва скрининг-эпидемиологик тадқиқотларни амалга ошириш долзарб бўлиб қолмоқда. Популяцион геномикага асосланган ҳолда касалликларнинг янги биомаркерларини аниқлаш, касаллик ва унинг ривожланишига таъсир қилувчи генларни аниқлашга доир тадқиқотлар давом эттирилмоқда, шунингдек, нейронал биология билан алоқадор йўналишларга таъсир қилувчи махсус локусларни аниқлашга қаратилган тўлиқ геномли тадқиқотлар ўтказилмоқда. Тана вазни индекси, чекиш, алкоголь истеъмоли, жисмоний фаоллик ва уларнинг комбинацияси соғлом турмуш тарзи индекси кўрсаткичи (HLI) сифатида мультиморбидлик юзага келиш хусусиятларини излашда НК билан боғлиқ бўлган сабаб-оқибат омилларини аниқлаш муаммолари ўрганилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизими ривожланишининг замонавий босқичида НКни эрта ташхислаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда, касалликлар профилактикаси ва даволаш натижаларини яхшилаш бўйича замонавий технологиялар татбиқ этилмоқда. Ноинфекцион касалликлар ва уларнинг хавф омиллари профилактикаси, назорати, аҳолининг эрта ўлими ва касалланишини камайтириш бўйича чоралар кўрилмақда. Бу борада 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...касалланишни

---

<sup>1</sup> NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1072-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31992-5. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30264707.

камайтириш ва умр кўришнинг давомийлигини ошириш» каби вазифалар белгиланган<sup>2</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, НКларни сабаблари ва хавф омилларини аниқлаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш, шунингдек, профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2018 йил 18 декабрдаги ПҚ-4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур йўналишда қабул қилинган бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сурункали ноинфекцион касалликлар (СНК) муаммоси нафақат меҳнатга лаёқатли ёшдагиларда, балки янада глобал миқёсда, яъни, эпидемиологик ҳолатни ҳамда профилактика имкониятларини реал ва/ёки ҳаққоний баҳолаш мақсадида ўрганилиши тадқиқотлар орқали исботланган<sup>3</sup>. Услубий жиҳатдан тўғри ташкил этилган скрининг СНК ривожланиш хавфини олдини олиш, персонификацияланган юқори хавф стратегиясини ишлаб чиқиш ва/ёки таҳлил қилиш, аҳолининг эпидемиологик ва ижтимоий-иқтисодий ҳолатини баҳолаш, шунингдек, профилактик дастурларга хайрихоҳлигини шакллантириш учун зарур ҳисобланади. 2020 йилда касалликлардан глобал йўқотишлар гуруҳи (GBD-group) умр кўриш давомийлигини аксарият касалликларда, хусусан, СНК учун ногиронлик юзага келиши (DALY) ва қутилётган умр кўриш давомийлиги тўғрисидаги ўз хулосаларини нашр этди<sup>4</sup>. Дунёнинг барча мамлакатларида кўплаб хавф омилларининг глобал, ҳудудий ва миллий қиёсий таҳлили ўтказилган<sup>5</sup>. Ушбу тадқиқотлар натижасида, GBD тадқиқотларига кўра, 34,1

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси» тўғрисидаги Фармони.

<sup>3</sup> Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019.№2.-С.5-12

<sup>4</sup> Toebe B, Hesselman M, Mierau JO, van Dijk JP. A renewed call for transdisciplinary action on NCDs. BMC Int Health Hum Rights. 2020 Aug 28;20(1):22. doi: 10.1186/s12914-020-00241-z. PMID: 32859194; PMCID: PMC7453365.

<sup>5</sup> GBD 2017 Risk Factor Collaborators. “Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017:

миллион ўлим ҳолатининг 61 фоизи ҳамда DALY бўйича 1,21 миллиарддан 48,3 фоизи хавф омилларига тўғри келади. Етакчи хавф омиллари нуқтаи назаридан, юқори систолик артериал қон босими (САҚБ) биринчи ўринни эгаллайди (10,4 миллион ўлим ҳолатлари тўғри келади), ундан кейинги ўринларни чекиш (7,10 миллион ўлим ҳолати), наҳорда қонда қанд миқдорининг юқори бўлиши (6,53 миллион ўлим ҳолати) ва ортиқча тана вазни (4,72 миллион ўлим ҳолати) хавф омиллари эгаллайди.

Haileamlak A. (2019) таъкидлашича, кам жисмоний фаоллик ҳозирда шошилиш чоралар кўришни талаб этувчи пандемия сифатида талқин қилиниши зарур. Тадқиқотларга кўра, жаҳондаги ҳар тўртинчи киши жисмоний нофаолдир. Бутун дунё бўйича 80% дан ортиқ ўсмирлар спорт билан шуғулланмайди. Ушбу тоифа кишиларда ўлим хавфига мойиллик жисмоний фаол кишиларга нисбатан 20-30%га юқоридир. Ҳозирги кунда жисмоний нофаолликни 2025 йил охиригача 10% га камайтириш бўйича глобал миқёсда чора-тадбирлар амалга оширилмоқда<sup>6</sup>. Dhawan ва бошқ. (2020) абдоминал семизлик (АС) сўнгги йилларда сезиларли даражада ошган деб ҳисоблайдилар ва кўплаб тадқиқотларда НК уларнинг оқибати сифатида кузатилиши ҳақидаги маълумотлар келтирилган. Шунга қарамай, АС эътибордан четда қолмоқда. Шу билан бирга, тана вазни индекси (ТВИ) <20 кг/м<sup>2</sup> бўлганда ҳам, АС ва НК комбинацияси кузатилиши мумкин. Бу эса АС ноинфекцион касаллик патогенези билан боғлиқлигини ўрганиш заруратини келтириб чиқаради<sup>7</sup>. Хусусан, Fei Wu (2017) маълумотларига кўра, Японияда семизлик энг кам тарқалган ва фақатгина 19,3% чекувчилар бор, аммо айнан НК инсултларни (120.6 минг ёки 10,1% ўлим ҳолатлари), юрак ишемик касалликлари (102.5 минг ёки 8,6% ўлим ҳолатлари) ва саратоннинг турли кўринишлари ўлимнинг етакчи сабаблари сифатида қайд этилган бўлиб, ўз навбатида, юрак қон-томир касалликлари, диабет, ўпканинг сурункали касалликлари ва саратон натижасида бевақт эрта ўлим хавфи фақатгина 9% ни ташкил этган<sup>8</sup>.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, НК хавф омилларининг кекса ва қари ёшдагилар орасида тарқалишини эпидемиологик ўрганиш сўнгги йилларда бутун дунёда, жумладан, Ўзбекистонда устувор ва долзарб масалага айланди. Шу сабабли, келажакда кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида, айниқса юртимизнинг экологик жиҳатдан ноқулай ҳудудларида, хусусан Бухоро арид ҳудудида НК ривожланиши учун аҳамиятли бўлган асосий хавф омилларини ўрганиш бўйича мақсадли изланишлар ўтказиш зарурати мавжуд.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот

---

a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.” *Lancet (London, England)* vol. 392,10159 (2018): 1923-1994. doi:10.1016/S0140-6736(18)32225-6

<sup>6</sup> Haileamlak A. Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non-Communicable Diseases. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(1):810. doi:10.4314/ejhs.v29i1.1

<sup>7</sup> Dhawan, Deepika, and Sheel Sharma. “Abdominal Obesity, Adipokines and Non-communicable Diseases.” *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology* vol. 203 (2020): 105737. doi:10.1016/j.jsbmb.2020.105737

<sup>8</sup> Wu, Fei et al. “Non-communicable diseases control in China and Japan.” *Globalization and health* vol. 13,1 91. 20 Dec. 2017, doi:10.1186/s12992-017-0315-8

ишлари режасига мувофиқ №03.2020.PhD.114 «Бухоро вилоятининг иссиқ иқлим шароитида патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янги ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2017-2021 й.) мавзусидаги лойиҳа доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** Бухоро арид зонаси шароитида кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларни ва уларнинг ривожланиш хавф омилларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

кекса ва қари ёшли аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар эпидемиологиясини аниқлаш;

Бухоро арид зонасида яшовчи кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг ўзгартириб бўладиган хавф омилларининг тарқалишини аниқлаш;

Бухоро вилояти иқлим шароитида яшовчи кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг хулқ-атвор хавф омиллари шаклланишининг ёш ва жинс хусусиятларини эпидемиологик баҳолаш;

сурункали ноинфекцион касалликлар асосий хавф омиллари тарқалишининг этник хусусиятларини ва ушбу ҳудудда яшовчи кексаларда устувор минтақавий хавф омилларини аниқлаш;

ушбу ҳудудда яшовчи катта ёшдаги аҳоли гуруҳларининг умр кўриш давомийлигини ошириш мақсадида сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикасига янги ёндашувларни ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Бухоро шаҳридаги эркак ва аёл жинсига мансуб, уюшмаган (n=1544) кекса (60-74 ёш) ва қари (75-89 ёш) ёшдаги аҳоли олинган. Репрезентатив танлов сайлов рўйхатлари бўйича шакллантирилган бўлиб, ЖССТ талабаларига мос стандартлаштирилган эпидемиологик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг предмети** сурункали ноинфекцион касалликларни комплекс (гендерли, демографик, ёшга боғлиқ) баҳолаш маълумотлари ва уларнинг геронтологик ёшдаги аҳолининг маҳаллий эпидемиологик хусусиятлари билан боғлиқлиги таҳлилидан иборат.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда Ўзбекистонда 2014 йилда «Ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларининг тарқалиши» мавзусида бажарилган кенг миқёсли миллий тадқиқотда қўлланилган ЖССТ STEPS методологиясидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар ривожланишининг популяцион механизмларига таъсир этувчи ўзгартириб бўладиган асосий хавф омилларининг тарқалиши аниқланган;

Ўзбекистоннинг арид ҳудудидаги кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг асосий хавф омилларини эрта аниқлаш ва ўзгартиришга қаратилган профилактик чора-тадбирлар стратегияси ишлаб чиқилган;

асосий хавф омиллар (гиподинамия, ортиқча тана вазни, артериал гипертензия, алкоголь истеъмоли, чекиш, ош тузини кўп истеъмол қилиш) ва



сурункали ноинфекцион касалликларнинг барча синфлари орасида корреляцион боғлиқлик исботланган;

махаллий хусусиятларни инобатга олган ҳолда, сурункали ноинфекцион касалликларнинг намоён бўлишини ҳамда референс хавфини мониторинг қилиш, баҳолаш ва бартараф этиш алгоритми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

заиф аҳолининг эпидемиологик кўрсаткичларини инобатга олган ҳолда сурункали ноинфекцион касалликларни нозологиягача бўлган босқичда башорат қилиш имконини берувчи прогностик тизимлар такомиллаштирилган;

сурункали ноинфекцион касалликларга қарши курашишга қаратилган комплекс тавсиялар ишлаб чиқилган ва Бухоро арид зонаси ҳудудида яшовчи катта ёшли аҳоли гуруҳида умр кўриш давомийлигига таъсир этувчи ўзига хос мезонлар аниқланган;

сурункали ноинфекцион касалликларнинг мониторинги ва иккиламчи профилактикаси кекса ва қари ёшдагиларда хавф омилларини бартараф этиши, умумий касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтириши аниқланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Олинган натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, замонавий лаборатория ва инструментал ташхисот усулларидан фойдаланилганлиги, замонавий эпидемиологик, биологик, методологик ёндашувлар қўлланилганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган ҳулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўзгартириб бўладиган хавф омилларининг башорат мезонларини ўрганиш ва энг информативларини аниқлаш ҳамда сурункали ноинфекцион касалликларни даволашнинг самарасиз натижаси предикторларини касалликнинг кечишига таъсирини ўрганиш ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда муҳимлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти, Бухоро шаҳрининг кекса ва қари ёшли аҳолиси орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг тарқалиши таҳлили, ушбу касалликлар ривожланишининг асосий предикторларини аниқлаш ва хавф омилларини ҳамда умумий касалланишни камайтириш йўллари ишлаб чиқиш, шунингдек, ушбу ёш тоифасида умр кўриш давомийлигини ошириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикасининг сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикасини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Кекса ва қари ёшдагиларда сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикасини баҳолаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 11 июндаги 08-09/5793-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиянома

сурункали ноинфекцион касалликларнинг асосий хавф омиллари ташхисланишини оптималлаштириш ва кейинчалик ушбу тоифа беморларни реабилитация қилишга асосланган бўлиб, ҳаёт сифати ва умр кўриш давомийлигини яхшилаш имконини берган;

аҳоли орасида ноинфекцион касалликлар хавф омилларини мониторинг қилишни такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Юқумли бўлмаган касалликлар хавф омилларини аҳоли орасида мониторинг қилишда мобил соғлиқни сақлаш амалиётини қўллаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 11 июндаги 08-09/5793-сон маълумотномаси). Ишлаб чиқилган тавсиянома кекса ва қари ёшли аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикаси самарадорлигини ошириш ва касалланиш ҳамда асоратлардан ўлим кўрсаткичларини камайтириш имконини берган;

сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикаси сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Бухоро вилоятининг Когон, Пешкў, Жондор, Ромитан, Бухоро туманлари тиббиёт бирлашмалари амалий фаолиятига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 11 июндаги 08-09/5793-сон маълумотномаси). Сурункали ноинфекцион касалликларга қарши курашиш бўйича тақлиф этилган комплекс тавсиялар мониторинг дастурини ва иккиламчи профилактикани мақбуллаштириш имконини берган, бу эса кекса ва қари ёшлиларда хавф омиллари таъсирининг камайишига ва тегишлича умумий касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтиришга имкон берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 115 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисми тадқиқотнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, мақсад ва вазифаларни, объект ва предметни тавсифлашга бағишланган. Изланишнинг Ўзбекистон республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Кекса ва қари ёшдагиларда ноинфекцион касалликларнинг популяцион профилактикасига жаҳондаги стратегик ёндашувлар» деб номланган биринчи бобида хорижий ва маҳаллий адабиётлар материаллари таҳлил қилинган. Унда кекса ва қари ёшдагиларда сурункали ноинфекцион касалликлар эпидемиологияси, уларда ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларини эрта аниқлаш ва профилактикасига превентив ёндашувлар, шунингдек, дунёдаги эпидемиологик ҳолат маълумотларидан келиб чиққан ҳолда ноинфекцион касалликлар профилактикасининг геронтологик ва гериатрик жиҳатлари ёритилган.

Диссертациянинг «Сурункали ноинфекцион касалликлар ва хавф омилларининг тарқалиши ва профилактикасини ўрганиш материал ва усуллари» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари батафсил баён этилган.

Тадқиқотда «Ўзбекистонда ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларининг тарқалиши» (2014) номли кенг кўламли тадқиқотда ЖССТ STEPS методологияси қўлланиб ўтказилган сўров натижалари таҳлил қилинган.

Тадқиқот объекти сифатида кекса (60-74 ёш) ва қари (75-89 ёш) ёшдаги аҳоли танлаб олинган. Бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ўтказилган бўлиб, хавф омиллари аниқланган, аҳолининг жинс бўйича тақсимланиши амалга оширилган. Танланган объект миллат таркибига ва миграция даражасига кўра Бухоро вилояти учун типикдир. Шундан сўнг танлов кўлами текшириш учун тайёр деб ҳисобланган.

Популяция билан ушбу тартибда ишлаш шакли ва эпидемиологик тадқиқотларни ташкил этиш тартиби Андижон профилактик тиббиёт мактабида ишлаб чиқилган (Мамасолиев Н.С., 1989-2018 йй.)

Тадқиқот билан қамраб олиш 95.4% ни ташкил этиб, тахминий танлаш усули танловнинг ишончилигини таъминлаган.

Аҳолининг сўнгги сайлов рўйхатидан 60-89 ёшли эркак ва аёллар танлаб олинган бўлиб, улар жами 16180 кишини ташкил этган. Ушбу миқдордаги популяция таркибининг 10 фоизидан тасодифий танланганлар тузилиб, улар 1618 кишини ташкил этган. Текширишлар яқунлангандан сўнг популяция 2 қисмга ажратилди: «хайрихоҳлар гуруҳи» (1544 киши 95,4%) ва «қатнашмаганлар» гуруҳи (74 киши 4,6%).

Маълумотлар йиғиш 3 босқичда амалга оширилди: 1-босқич – турмуш тарзини ўрганиш; 2-босқич – жисмоний кўрик; 3-босқич – клиник ва биокимёвий кўрсаткичларни аниқлаш.

Скрининг якунида ташхисни верификация қилиш учун барча танлаб олинганлар қайта кўриқдан ўтказилган. Батафсил кўриқлар кўрсатмалар асосида вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида ўтказилган.

Артериал гипертония деб САБ $\geq$ 140 мм.сим.уст. ва/ёки ДАБ $\geq$ 90мм.сим.уст. кўрсаткичларида ва текширилувчи қон босими кўрсаткичидан қатъи назар текширишгача 2 ҳафта давомида гипотензив дори воситалари қабул қилган ҳолатлар қабул қилинган

Тана вазнини ўлчаш тиббиёт тарозиларида 0.1 кг аниқликкача ўтказилган, бўйи бўй ўлчагич ёрдамида 0.5см. гача аниқликда ўлчанган. Ортиқча тана вазни Кетле индекси кўрсаткичлари асосида белгиланган:  $TBI=вазн (кг)/бўй м^2 > 25,0$  семизлик  $\geq 30,0$ .

Электрокардиограмма (ЭКГ) 12 стандарт уланишларда, уч каналли аппарат ёрдамида МК (Миннесота коди) позицияси бўйича баҳолаш асосида амалга оширилган.

Эхокардиография (ЭхоКГ) ва компьютер томографик (КТ) текширишлар умум қабул қилинган асосий морфометрик усуллар ёрдамида кўрсатмаларга кўра танлов асосида амалга оширилган.

Ички аъзолар ультратовуш текшируви (УТТ) жигар, ўт қопи, буйраклар, сийдик пуфаги, ошқозон, ичаклар SAMSUNG SonoAce-R3 аппаратида амалга оширилган.

Рентгенологик текширувлар SIEMENS аппаратида ўтказилган бўлиб, ўпкалар, юракни уч проекцияда рентгенография қилишдан иборат бўлган, айрим ҳолларда кўкрак қафаси флюорографияси ўтказилган.

Эндоскопик текширувлар танлов асосида фақатгина кўрсатма бўлганда амалга оширилган.

Биокимёвий таҳлиллар «Doktor Maks kardio» хусусий клиникаси лабораториясида амалга оширилган бўлиб, текширилганларнинг 1392 нафари, яъни 86% да таҳлиллар бажарилган:

Холестерин миқдори  $\geq 5,0$ ммоль/л бўлганда гиперхолестеринемия, триглицеридлар миқдори  $\geq 1,7$ ммоль/л бўлганда гипертриглицеридемия ташхисланган.

Асосий микро-макроэлементлар (натрий, калий, кальций) миқдори атом абсорбцияси усулида AAS-34 ва AAS-1N типидаги спектрометрларда текширилган.

Клиник кўрик ва жисмоний текшириш усуллари барча тизимлар бўйича кўрув, пайпаслаш, перкуссия ва аускультация усулларида таркиб топган.

Тадқиқот маълумотларини статистик қайта ишлашда вариацион статистиканинг умум қабул қилинган алгоритмларидан фойдаланилган. SAS статистик таҳлил ва маълумотни етказиш тизими (statistic analysis system) – ҳисоблашдан фойдаланилган. Тавсифий статистика усуллари (ўртача стандарт оғишларни ҳисоблаш, стандарт хатолар ва вариантларнинг тақсимланиши) шунингдек, Спирман ва Пирсон корреляция коэффициентларини ҳисоблаш билан маълумотларнинг корреляцион таҳлили ўтказилган. Таққосланган қийматлардаги фарқларнинг аҳамияти Стъюдент-Фишер (t) мезони ёрдамида баҳоланган.

Диссертациянинг «**Шахсий тадқиқот натижалари**» деб номланган учинчи бобида тадқиқот натижалари келтирилган. Боб кекса ва қари ёшдаги уюшмаган аҳолида сурункали ноинфекцион касалликларнинг тарқалишини ўрганиш ва баҳолашга бағишланган.

Текширилган 60-89 ёшли эркалар ва аёллар популяциясида СНК тарқалиши мос равишда 97,0% ва 97,2% ни ташкил этган ва 0,2% га фарқ қилган ( $P > 0.05$ ). Умумий популяцияда СНК текширилганларнинг 97,0%ида

аниқланган. Аёлларда ёш ошиб бориши билан СНК тарқалиши статистик ишончсиз ошиши кузатилган, яъни 96.2% (60-74 ёшлилар) ва 97.2% (75-89 ёшлилар гуруҳида), яъни касалланиш кўрсаткичи 1.0% га кўпайган ( $P>0.05$ ). Кекса ва қари ёшдаги эркакларда асосий СНК тарқалиш даражасида юқоридагидек мантиқий ҳолат кузатилган: мос равишда кексалар ва қарияларда АСНК 98.0% ва 96.4% частота билан тарқалган ( $P>0.05$ ).

Шундай қилиб кексалар ва қарияларда асосий СНК кенг тарқалган бўлиб, текширилганларнинг фақатгина 3%ида АСНК аниқланмаган ( $p<0,0001$ ). Ёш бўйича аниқланган фарқлар ишончли бўлмаган.

Тадқиқотда олинган натижаларга кўра энг кўп тарқалган СНКларни ЮҚТ касалликлари ташкил қилган. Тадқиқот натижаларига кўра, ЮҚТ касалликлари текширилганларнинг 73,3%ида аниқланган, бунда касалланиш частотаси ёш ортиши билан (60-74 ёшда) 72.3% дан (қари ёшдаги популяцияда) 6.0% га ошиб 78.3% га кўпайган. Бироқ ёшга боғлиқ ишончилиликга эришиб бўлмаган ( $P>0.05$ ).

СРК (сурункали респиратор касалликлар) катта ёшдагиларнинг 8,0% ида аниқланган, хусусан, кексаларда 8,5% ва қари ёшлиларда 5,5% ( $P>0.05$ ). СРКларнинг частотаси ишончли равишда 3,0% ёки 1,7 бараварга ошган. Ушбу қонуният замонавий тадқиқотчиларнинг кекса ёш СРК олиб келувчи жиддий хавф омилларидан бири эканлиги ҳақидаги фикрларни тасдиқлаган.

ҚД (қандли диабет) текширилганларнинг 21,0%ида аниқланган; ҚД тарқалишининг ошиши ёшга боғлиқ ҳолда статистик ишончсиз ошган бўлиб, 60-74 ёшда 20,6% га, 75-89 ёшда эса 22.8% га яъни 2,2% кўпайган ( $P>0.05$ ).

Текширилганларнинг 3,3%ида онкологик касалликлар, хусусан, 3,1%ида КЁП ва 3,9%ида ҚЁП ( $P>0.05$ ) аниқланган.

СМТК тарқалиши умумий популяцияда 12,0%ни ташкил этган бўлиб, ЮҚТ касалликларидан 6,1 баравар кам; хусусан, 11,8% - 60-74 ёшли қарилар ва 12,6% - кексаларда аниқланган ( $P>0.05$ ).

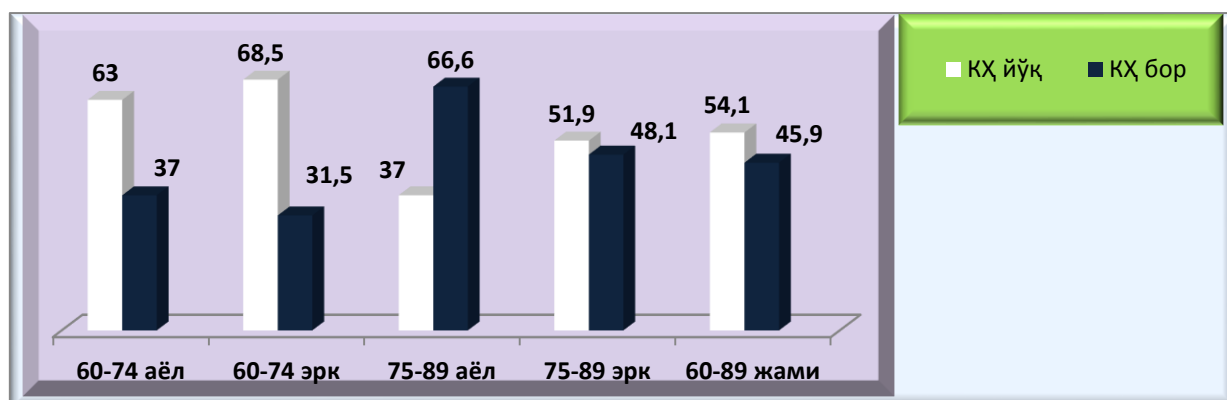
Тадқиқот натижаларига кўра, Бухоро шаҳрининг текширилган популяциясида энг кам онкопатологик касалликлар қайд этилган, уларга қараганда бошқа касалликлар жуда юқори частота билан кузатилган: ЮҚТ касалликлари 24 ( $p< 0,0001$ ), СРК 2,6 ( $p<0,001$ ), ҚД 7 ( $p<0,0001$ ) ва СМТК 4 баравар кўп ( $p<0,0001$ ) кузатилган.

СНК юзага келиши ва башорати муаммоси полиморбидлик/коморбидлик (маълум вақтда бир беморда икки ёки ундан кўп касаллик мавжудлиги) билан боғлиқ. КП бўлган беморлар орасида ўлим ва/ёки «эпидемиологик сўнгги нуқталар» юқори суръатлари кузатилади. Шунинг учун, кейинги ўринда кекса ва қари ёшдаги ўрганилган аҳолида КП тарқалиши частотаси таҳлил қилинган (1-расм).

Аёлларда КП тарқалиши ёш ошиши билан билан статистик ишончли даражада ошган бўлиб, 37% дан (кекса 60-74 ёш) 66.6% гача (кекса 75-89 ёш), яъни 1.6 мартага ошган ( $P<0.05$ ); эркакларда эса 31,5% дан 48,1%, га яъни 1,4 бараварга ошган ( $P<0.05$ ). Олинган натижалар кўрсатишича, тадқиқот олиб борилган ҳудуддаги қари ва кекса ёшдаги аҳоли орасида коморбид

патологиялар бўйича ноқулай эпидемиологик вазият юзага келган, яъни ҳар иккинчи кекса одам аслида КП дан азият чекади.

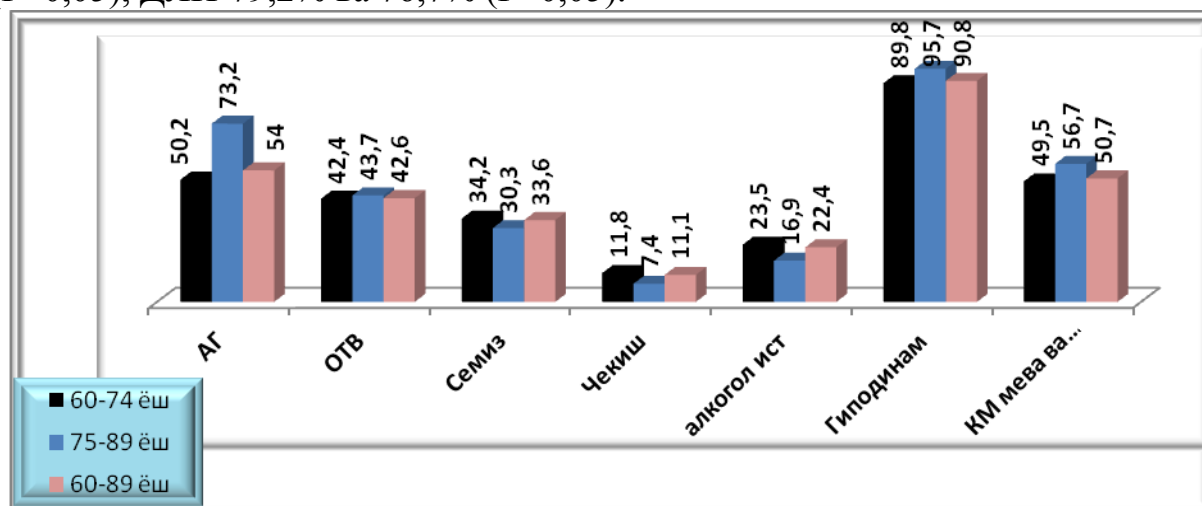
СНК асосий турларининг туб ва туб бўлмаган бўлмаган аҳоли орасида тарқалганлигининг этник хусусиятлари қиёсий таҳлили сезиларли фарқларни кўрсатган. Масалан, туб ва туб бўлмаган аҳоли орасида СНК турли шакллари тарқалиши мос равишда куйидаги натижаларни кўрсатган: ЮҚТ – 93,9% ва 6,1% ( $P < 0.0001$ ), СРК – 93,6% ва 6,4% ( $P < 0.0001$ ), ҚД – 94,5% ва 5,5% ( $P < 0.0001$ ), СМТК – 84,9% ва 15,1% ( $P < 0.0001$ ), ОНҚК – 94,1% ва 5,9% ( $P < 0.0001$ ) ва бошқа СНК – 94,3% ва 5,7% ( $P < 0.0001$ ).



**1-расм. Кексаларда КП нинг гендер фарқлари ва ёшга боғлиқ эпидемиологик хусусиятларининг қиёсий таҳлили (%).**

Олинган натижалар шундан далолат берадики, сўровда иштирок этган кекса ва қари ёшдаги туб аҳолида маҳаллий бўлмаган аҳолига нисбатан СНК бўйича анча ноқулай вазият мавжуд.

Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, СНК ўзгартириб бўладиган хавф омиллари (СНК ЎБХО) кекса ва қари ёшли популяцияда умумий популяцияга нисбатан фарқ қилади (2-Расм). Кўрсатилган ёш гуруҳларидаги текширилганлар таққослаганда бошқа хавф омиллари мос равишда куйидагича тақсимланган: АГ – 50,2% ва 73,2% ( $P < 0,05$ ), ОТВ – 42,4% ва 43,7% ( $P > 0,05$ ), мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик МСЕИҚ – 49,5% ва 56,7% ( $P > 0,05$ ), алкоголь истеъмол қилиш – 23,5% ва 16,9% ( $P > 0,05$ ), чекиш – 11,8% ва 7,4% ( $P > 0,05$ ), гипергликемия – 21,6% ва 20,4% ( $P > 0,05$ ), ДЛП – 79,2% ва 76,7% ( $P > 0,05$ ).

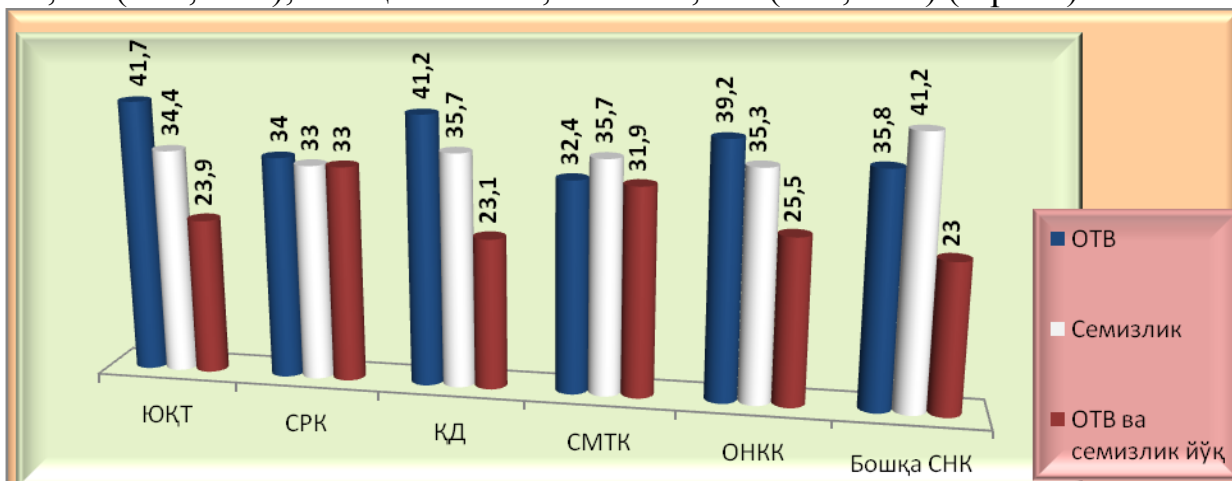


**2-расм. Кекса ёшли популяцияда ЎБХОнинг ёш хусусиятига кўра тарқалиш частотаси (%).**

Диссертациянинг «Кекса ва қари ёшдаги аҳоли орасида хавф омилларининг сурункали ноинфекцион касалликлари билан боғлиқлигини ўрганиш» деб номланган тўртинчи боби СНК синфларининг ўзгартириб бўладиган асосий хавф омиллари билан боғлиқлигини ўрганишга бағишланган.

Асосий СНКларнинг АГ мавжудлиги ёки йўқлиги қиёсий ўрганилганда уларнинг ЮҚТ касалликлари ва ҚД билан статистик жиҳатдан ишончли боғлиқлиги аниқланган ( $P < 0,05$ ) ва ( $P < 0,05$ ). Бошқа СНК касалликларда АГ мос равишда қуйидагича тарқалган: СРК-41,9% ва 58,1% ( $P > 0,05$ ), СМТК-50,8% ва 49,2% ( $P > 0,05$ ), ОНKK-52,9% ва 47,1% ( $P > 0,05$ ), бошқа СНК гуруҳида – 43,3% ва 56,7% ( $P > 0,05$ ).

СНКнинг турли синфлари мавжуд ва йўқ бўлганда ОТВ частотаси мос равишда қуйидагича бўлган: СРК –  $67,0 \pm 33,0\%$  ( $P < 0,05$ ); ҚД 76,9% ва 23,1% ( $P < 0,0001$ ); СМТК – 68,1% ва 31,9% ( $P < 0,05$ ); ОНKK га боғлиқ – 74,5% ва 25,5% ( $P < 0,0001$ ); бошқа СНК-77,0% ва 23,0% ( $P < 0,0001$ ) (3-расм).

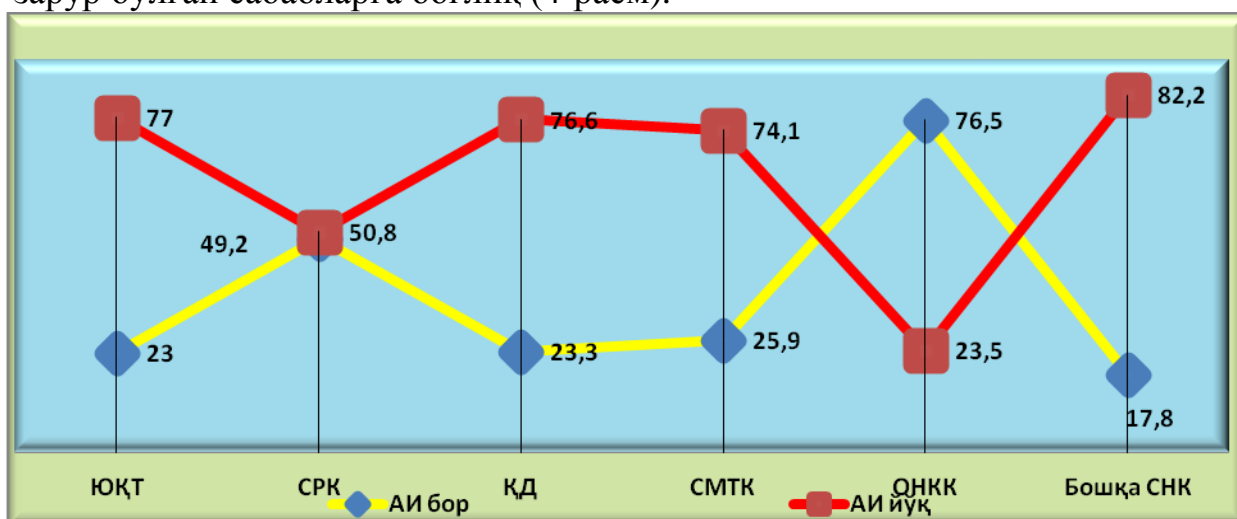


**3-расм. 60-89 ёшли аҳолида СНК тарқалиш частотаси кўрсаткичларида ортиқча тана вазнининг ҳиссаси (%).**

Онкологик касалликларда чекиш хавф омили кучли омил сифатида қари ва кекса ёшли популяцияда ишончли равишда кузатилган ( $P < 0,01$ ), ЮҚТ (10,5%  $P > 0,05$ ), СРК (42,8%;  $P > 0,05$ ); ҚД (9,8%;  $P > 0,05$ ); СМТК (6,5%;  $P > 0,05$ ) ва бошқа СНК (9,7%;  $P > 0,05$ ) касалликларида нисбатан кам учраган.

Кекса ва қари ёшдагиларда алкоголь истеъмоли (АИ) ва СНК боғлиқлиги ўрганилганда, қуйидагилар кузатилган: ЮҚТ касаллиги борларнинг 23,0%и алкоголь истеъмол қилади, уларнинг 77,0%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P > 0,05$ ); СРК билан касалланган беморларнинг 49,2%и алкоголь истеъмол қилади, 50,8%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P > 0,05$ ); \*ҚД билан касалланганларнинг 23,3%и алкоголь истеъмол қилади, 76,6%и алкоголь истеъмол қилмайди ( $P > 0,05$ ); СМТК борларнинг 25,9%и алкоголь истеъмол қилади, 74,1%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P > 0,05$ ); онкологик касалликларда АИ 76,5%ида мавжуд, 23,5% беморлар алкоголь истеъмол қилмаган ( $P > 0,0001$ ); бошқа СНК да 17,8% ҳолатда АИ мавжуд ва 88,2%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P > 0,05$ ).

Бундай боғлиқликлар қари ёшдагиларнинг ўзини ўзи чеклаши (мантиқан кўпроқ тўғри келадиган версия) ёки проспектив изланишларда ўрганилиши зарур бўлган сабабларга боғлиқ (4-расм).



**4-расм. Текширилган популяцияда алкоголь истеъмоли ХО ва СНК боғлиқлигининг эпидемиологик кўрсаткичлари (%).**

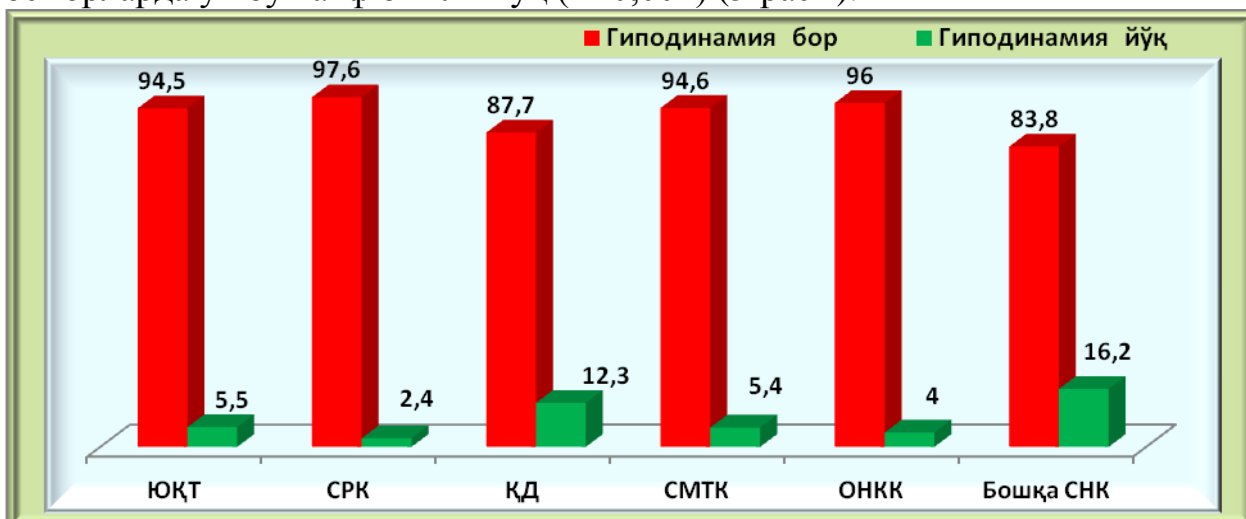
Мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик (МСЕИҚ) частотаси ва СНКларнинг турли синфлари ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш натижаларига кўра, ЮҚТ касалликларида 74,0% қари ёшлиларда хавф омили мавжуд, 26,0% ЮҚТ касалликлари билан касалланганларда ушбу хавф омили йўқ ( $P < 0,01$ ); СРК билан касалланганларнинг 63,7%ида хавф омили мавжуд, 36,3% касалланганларда хавф омили йўқ ( $P < 0,05$ ); ҚД билан касалланганлар популяциясининг 77,2%ида хавф омили мавжуд, 22,8%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P < 0,0001$ ); СМТК борларнинг 69,2%ида хавф омили бор ва 30,8%ида хавф омили йўқ ( $P < 0,05$ ); ОНKK билан касалланганларнинг 70,5%ида хавф омили бор ва 29,5%ида ушбу хавф омили йўқ ( $P < 0,01$ ); бошқа турдаги СНК борларнинг 67,6%ида хавф омили мавжуд ва 32,4%ида хавф омили йўқ ( $P < 0,01$ ).

Гиподинамия хавф омилининг СНК билан боғлиқлиги ўрганилганда, 5-расмда кўрсатилганидек, қуйидагича хулоса қилинди: ўрганилган қари ва кеса ёшли популяцияда гиподинамия, биринчидан, юқори даражада учрайди (турли СНК шаклларида 83,8%дан 97,6%гача); иккинчидан, кучли хавф омили сифатида барча синфдаги СНК тарқалишини кескин оширади.

Шу тариқа, гиподинамия ва унинг СНК билан боғлиқлигини ўрганиш шуни кўрсатдики, ЮҚТ касалликлари бўлганларнинг 94,5%ида гиподинамия аниқланган ва фақатгина 5,5% кишида гиподинамия кузатилмаган ( $P < 0,001$ ); СРК бўлган беморлар популяциясининг 97,6%ида мазкур хавф омили мавжуд ва 2,4% шахсларда хавф омили ташхисланмаган ( $P < 0,001$ ); ҚД бўлган шахсларнинг 87,7%ида гиподинамия ташхисланган бўлиб, 12,3% кишида хавф омили аниқланмаган ( $P < 0,001$ ); СМТК бўлганларнинг 94,6%ида гиподинамия тасдиқланган, беморларнинг 5,4%ида хавф омили аниқланмаган ( $P < 0,001$ ); ОНKK бўлган 96,0% шахсларда гиподинамия аниқланган бўлиб, беморларнинг 4,0%ида ушбу хавф омили аниқланмаган; бошқа турдаги СНК



билан касалланган 83,8% текширилганларда хавф омили мавжуд ва 16,2% беморларда ушбу хавф омили йўқ ( $P < 0,001$ ) (5-расм).



**5-расм. Қарияларда нисбий кўрсаткичлар (%) частотали таҳлилида гиподинамиянинг СНКнинг турли синфлари билан боғлиқлиги.**

Тадқиқот натижаларига кўра, ЮҚТ касалликлари билан касалланган қари ва кекса ёшдаги беморларда кўпинча ва сезиларли даражада кўп тарқалган хавф омили – гиподинамия (биринчи ўринда), ортиқча тана вазни (иккинчи ўринда), АГ (учинчи ўринда) ва МСЕИҚ (тўртинчи ўринда). Алкоголь истеъмоли (бешинчи ўринда), ош тузини кўп истеъмол қилиш (ОТКИҚ) (олтинчи ўрин) ва чекиш (тарқалиш даражасига кўра еттинчи ўринда) нисбатан кам тарқалган хавф омилларидир (1-жадвал).

**1-жадвал**

**Юрак қон-томир касалликлари бўлган қари ёшли популяцияда хавф омиллари тарқалишини қиёсий баҳолаш**

Хавф омиллари	ЮҚТ касалликлари бўлган эркаклар популяциясида						ЮҚТ касалликлари бўлган аёллар популяциясида						P		
	60-74 ёш		75-89 ёш		60-89 ёш		60-74 ёш		75-89 ёш		60-89 ёш		<0,05	<0,01	<0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
АГ	21	42,0	4	57,1	25	43,8	25	41,7	1	14,3	26	38,8	-	-	-
ОТВ	32	64,0	4	57,1	36	63,1	45	75,0	2	28,6	47	70,1	1-2	-	-
Чекиш	45	90,0	5	71,4	50	87,7	2	3,3	1	14,3	3	4,5	-	-	2-1
АИ	27	54,0	3	42,8	-	-	33	55,0	1	14,3	-	-	1-2	-	-
ОТКИҚ	12	24,0	1	14,3	13	22,8	7	11,7	2	28,6	9	13,4	1-2	-	-
МСЕИҚ	30	60	5	71,4	35	61,4	39	65	5	71,4	44	65,6	-	-	-
Гиподинамия	48	96	7	100	55	96,5	59	98,3	7	100	66	98,5	-	-	-

СРК билан касалланган аёллар ва эркакларда тарқалиш частотасига кўра биринчи ўринда гиподинамия туради, иккинчи ўринни ОТВ, учинчи ўринни МСЕИҚ, тўртинчи ўринни алкоголь истеъмоли, бешинчи ўринни АГ, олтинчи ўринни ОТКИҚ ва еттинчи ўринни чекиш эгаллаган (2-жадвал).

**Сурункали респиратор касалликлари бўлган қари ёшли популяцияда  
хавф омиллари тарқалишини қиёсий баҳолаш**

Хавф омиллари	СРК касалликлари бўлган эркаклар популяциясида						СРК касалликлари бўлган аёллар популяциясида						P		
	60-74 ёш		75-89 ёш		60-89 ёш		60-74 ёш		75-89 ёш		60-89 ёш		<0,05	10,0	100,0
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
АГ	21	42,0	4	57,1	25	43,8	25	41,7	1	14,3	26	38,8	-	-	-
ОТВ	32	64,0	4	57,1	36	63,1	45	75,0	2	28,6	47	70,1	1-2	-	-
Чекиш	45	90,0	5	71,4	50	87,7	2	3,3	1	14,3	3	4,5	-	-	2-1
АИ	27	54,0	3	42,8	-	-	33	55,0	1	14,3	-	-	1-2	-	-
ОТКИҚ	12	24,0	1	14,3	13	22,8	7	11,7	2	28,6	9	13,4	1-2	-	-
МСЕИҚ	30	60	5	71,4	35	61,4	39	65	5	71,4	44	65,6	-	-	-
Гипод-я	48	96	7	100	55	96,5	59	98,3	7	100	66	98,5	-	-	-

Санаб ўтилган хавф омиллари эркаклар ва аёлларда ёшига кўра тегишлича қуйидагича тарқалган: АГ – 61,9% ва 70,4% (60-74 ёшли ва 75-89 ёшли эркакларда) ва 55,0% ҳамда 64,5% (60-74 ва 75-89 ёшли аёлларда),  $P_1 > 0,05$ ,  $P_2 < 0,05$ , ОТВ-75,4% ва 77,8% ( $P > 0,05$ ), 77,8% ва 77,4% ( $P > 0,05$ ); чекиш – 22,9% ва 11,1% ( $P < 0,01$ ) ва 1,3% ва 0,0% ( $P < 0,05$ ); АИ – 28,8% ва 40,7% ( $P < 0,05$ ) ҳамда 19,5% ва 6,4% ( $P < 0,001$ ); ОТКИҚ – 13,5% ва 22,2% ( $P < 0,05$ ), ҳамда 4,7% ва 6,4% ( $P > 0,05$ ); гиподинамия – 84,7% ва 88,9% ( $P > 0,05$ ) ҳамда 88,6% ва 93,5% ( $P > 0,05$ ).

Онкологик касалликлар билан касалланган 60-89 ёшли беморларда устувор хавф омиллари ўрганилганда, хавф омиллари 60-89 ёш гуруҳидаги аёл ва эркакларда кўпроқ учраши аниқланди: АГ – 78,2% ва 32,1% ( $P < 0,05$ ); ОТВ – 82,6% ва 67,9% ( $P < 0,05$ ); чекиш – 95,7% ва 53,6% ( $P < 0,05$ ); АИ – 91,3% ва 53,6% ( $P < 0,05$ ), ОТКИҚ – 65,2% ва 7,1% ( $P < 0,0001$ ), МСЕИҚ – 65,2% ва 75,0% ( $P > 0,05$ ); гиподинамия – 91,3% ва 100,0% ( $P > 0,05$ ).

Суяк мушак тизими касалликлари бўлган 60-74 ва 75-89 ёшли аёллар ва эркакларда хавф омиллари мос равишда қуйидаги эпидемиологик кўрсаткичларда тарқалганлиги аниқланган: АГ – 29,4% ва 40,0% ( $P < 0,05$ ), шунингдек, 56,3% ва 63,0% ( $P < 0,05$ ); ОТВ – 44,1% ва 20,0% ( $P_1 < 0,01$ ) шунингдек, 75,6% ва 77,8% ( $P_2 > 0,05$ ); чекиш – 20,6% ва 0,0% ( $P_1 < 0,01$ ) шунингдек, 4,2% ва 0,0% ( $P_2 < 0,01$ ); АИ – 14,7% ва 40,0% ( $P_1 < 0,001$ ) шунингдек, 29,4% ва 25,9% ( $P_2 > 0,05$ ); ОТКИҚ – 5,9% ва 20,0% ( $P_1 < 0,001$ ) шунингдек, 31,9% ва 25,9% ( $P_2 > 0,05$ ); МСЕИҚ – 52,9% ва 80,0% ( $P_1 < 0,05$ ) ва 69,7% ва 85,2% ( $P_2 < 0,05$ ); гиподинамия – 85,3% ва 100,0 ( $P_1 < 0,05$ ) (3-жадвал).

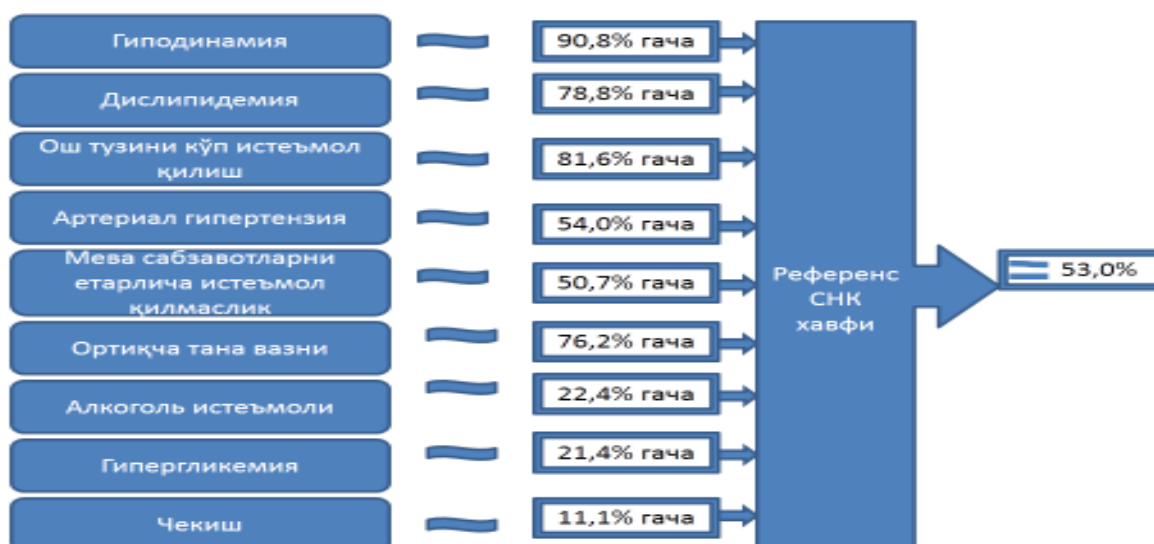
Олинган маълумотлар қари ва кекса ёшдагиларда барча синфдаги СНКлар ва хавф омиллари ўртасида тўғридан-тўғри коррелляцион боғлиқлик бор дейишга ишончли асос бўла олади. Ўрганилган қари ёшдаги эркаклар ва аёллар гуруҳларида барча хавф омиллари юқори частота билан тарқалганлиги эътиборни тортади. Бироқ бу боғлиқликлар бир томонлама тўла ўз исботини топмаган ва тўла аниқлик киритиш учун келажакда проспектив изланишлар ўтказилиш талаб этилади.

**Қари ва кекса ёшли популяцияда суяк-мушак тизими касалликларида хавф омилларининг тарқалганлиги**

Хавф омиллари	Эркаклар популяциясида				P <sub>1</sub>	Аёллар популяциясида				P <sub>2</sub>	Умумий популяцияда			
	60-74 ёш (n=18)		75-89 ёш (n=5)			60-74 ёш (n=23)		75-89 ёш (n=5)			Эркак 60-89 ёш (n=23)		Аёл 60-89 ёш (n=28)	
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%
АГ	10	29,4	2	40	<0,05	67	56,3	17	63,0	<0,05	67	56,3	84	57,5
ОТВ	15	44,1	1	20	<0,01	90	75,6	21	77,8	>0,05	90	75,6	111	76,0
Чекиш	7	20,6	-	-	<0,001	5	4,2	-	-	<0,01	5	4,2	5	3,4
АИ	5	14,7	2	40	<0,001	35	29,4	7	25,9	>0,05	35	29,4	42	28,7
ОТКИҚ	2	5,9	1	20	<0,001	38	31,9	7	25,9	>0,05	38	31,9	45	30,8
МСЕИҚ	18	52,9	4	80	<0,05	83	69,7	23	85,2	<0,05	83	69,7	106	72,6
Гипод-я	29	85,3	5	100	<0,05	114	95,8	27	100	>0,05	114	95,8	141	96,6

Тадқиқот натижаларига кўра, қари ва кекса ёшлилар популяциясида куйида келтирилган 9 та хавф омили эпидемиологик ноқулай шароит («эпидемиологик дебют») юзага келишига сабабчи сифатида ва «СНК билан касалланган кекса беморнинг портрети»ни яратишда ажралиб туради: артериал гипертензия, ортиқча тана вазни, чекиш, алкоголь истеъмоли, ош тузини кўп истеъмол қилиш, мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш, гиподинамия, дислипидемия ва гипергликемия.

Таъкидлаш керакки, 6-расмда кўриниб турганидек, қари ва кекса ёшдаги хар иккинчисидан биттасида (53,0%) СНК ва/ёки унинг «сўнгги эпидемиологик нуқталар»и юзага келишининг юқори хавфи мавжуд. Санаб ўтилган 9 хавф омилининг мазкур аҳоли контингентидида мавжудлиги референсли СНК билан боғлиқ эпидемиологик вазиятни мураккаблаштиради.



**6-расм. Қари ва кекса ёшдагиларда СНК «эпидемиологик дебюти»да тасдиқланган хавф омиллари ва уларнинг частотаси.**

Шунинг учун текшириш карталаридан олинган маълумотлар асосида «биринчи бўғин» шифокорлари томонидан қари ёшдагиларнинг частотали

фармакоэпидемиологик таҳлили – фармакологик анамнези ва фармакотерапиясининг миқдорий ва сифат таҳлили амалга оширилди (4-жадвал).

**4-жадвал**

**Референсли СНКда дори-дармонли профилактика тайинлаш частотаси**

Текширилганлар гуруҳлари	Препаратларни тавсия қилиш частотаси (%)		P
	Антиагрегантлар	Статинлар	
Аёллар 60-74 ёш	34,9	22,6	<0,05
Эркаклар 60-74 ёш	53,8	15,7	<0,001
Аёллар 75-89 ёш	44,4	24,6	<0,05
Эркаклар 75-89 ёш	59,8	29,5	<0,05
Аёллар 60-89 ёш	36,5	23,0	<0,05
Эркаклар 60-89 ёш	54,8	18,0	<0,001

Тадқиқот натижалари кекса ёшли аҳоли ўртасида СНК нинг бирламчи профилактикаси бўйича бирламчи бўлган даражасида олиб борилаётган чоратадбирларнинг етарли эмаслигини намоён этди (5-жадвал).

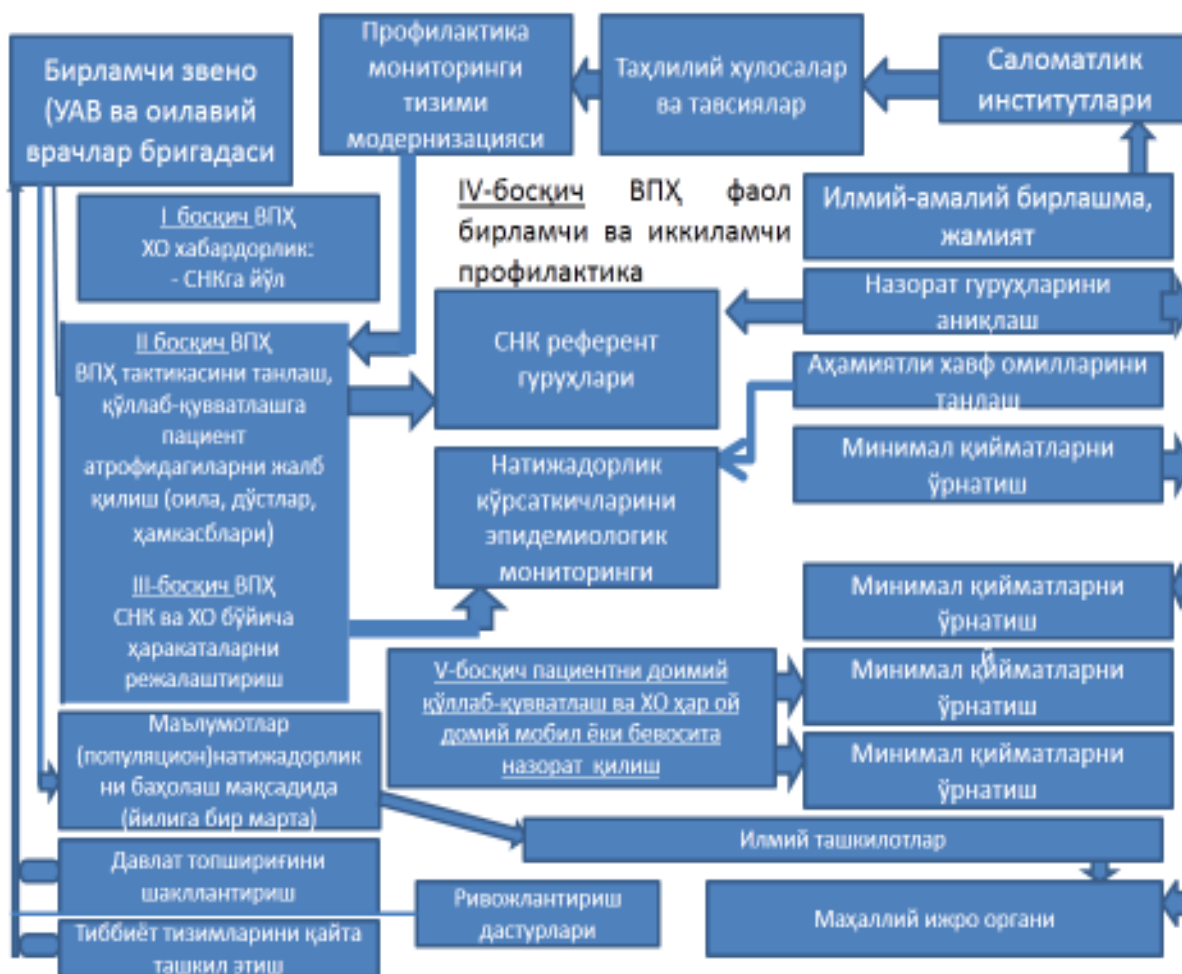
**5-жадвал**

**Қари ва кекса ёшдагиларда охириги 3 йил ичида хавф омилларини бартараф қилиш мақсадида профилактик технологияларнинг қўлланилиш ҳолати таҳлили**

Соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш бўйича 3 йиллик аралашув	ВПХ амалга оширилган		ВПХ амалга оширилмаган		P
	абс	%	абс	%	
«Тамаки маҳсулотлари истеъмолдан сақланиш ёки чекишни бошламаслик»	1012	65,5	532	34,5	P<0,05
«Ош тузи истеъмолини камайтириш»	1138	73,7	406	26,3	P<0,05
«Ҳар куни 5 порция мева ва сабзавот истеъмол қилиш»	991	64,2	553	35,8	P<0,05
«Овқат тайёрлашда ёғ миқдорини камайтириш»	1259	81,5	285	18,5	P<0,001
«Жисмоний тарбия билан шуғулланиш ёки жисмоний фаолликни ошириш»	1073	69,5	471	30,5	P<0,01
«Озиш ёки тана вазнини меъёردа сақлаш»	1093	70,8	451	29,2	P<0,01

Изоҳ: «биринчи бўлган шифокори ва бемор билан ҳамкорликда СНКга қарши» ВПХ-ҳамкорлик.

Хавф омилларининг СНК тарқалишига таъсири таҳлили натижасида СНК патоген «эпидемиологик дебюти»ни бартараф этиш (олдини олиш) бўйича янги модель/алгоритм ишлаб чиқилган бўлиб, бу катта ёшдаги аҳоли/беморларда ҳаёт давомийлигини узайтириш имконини беради (7-расм).



**7-расм. Кексалар ва қарияларда СНК «эпидемиологик дебюти» ва асосий сурункали ноинфекцион касалликларнинг референсли хавфини баҳолаш ва бартараф қилиш мониторинг модели.**

## ХУЛОСА

1. Қари ва кекса ёшдаги аҳоли орасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг тарқалиши 97,0% ни ташкил қилган, жумладан, 97,0% эркаклар ва 97,2% аёлларда касаллик аниқланган. СНК структурасида текширилганларнинг 73,3%ида юрак қон-томир касалликлари аниқланган, мазкур контингентдаги аҳолининг 8,0%ида СРК, 21,0%ида ҚД ва 3,3%ида СМТК аниқланган.
2. Коморбид ҳолатлар қари ёшдагиларнинг умумий популяциясида 54,1% да, жумладан, 56,5% эркакларда ва 51,8% аёлларда учраган. Қарияларда паст даражали коморбидлик (1-2 нозология) кўп учраган (32,7%), ўрта даражали (3-4 нозологиялар) ва оғир даражали (5 тадан кўп нозология) коморбидлик нисбатан кам учраган бўлиб, тегишли равишда 5,6% ва 0,3%ни ташкил этган.
3. Кекса ва қари ёшли аҳоли орасида ўзгартириб бўладиган ХО тарқалиши куйидагича бўлган: гиподинамия – 90,8%, жумладан, КЁП – 89,8% ва ҚЁП – 95,7%; дислиппротеидемия – 78,8%, жумладан КЁП – 79,2% ва ҚЁП – 76,7%; юқори АҚБ – 54,0%, жумладан, КЁП гуруҳида – 50,2% ва

- ҚЁП – 73,2%; мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик – 50,7%, жумладан, КЁП гуруҳида – 49,5% ва ҚЁП – 56,7%; ортиқча тана вазни – 76,2%, жумладан, КЁП гуруҳида – 76,6% ва ҚЁП – 74,0%; алкоголь истеъмоли – 22,4%, жумладан, КЁП – 23,5% ва ҚЁП – 6,9%; гипергликемия – 21,4%, жумладан, КЁП – 21,6% ва ҚЁП – 20,4%; чекиш – 11,1%, жумладан КЁП – 11,8% ва ҚЁП – 7,4%.
4. СНК бўлган қари ёшли беморларда хавф омиллар тарқалиш даражалари қуйидагича бўлганда қўшалок келган: гиподинамия – 92,3%, ортиқча тана вазни – 71,5%, артериал гипертензия – 57,5%, алкоголь истеъмоли – 35,0%, чекиш – 25,1% ва ош тузини кўп истеъмол қилиш – 30,5%.
  5. Олинган маълумотлар СНКнинг барча синфлари ва хавф омиллари ўртасида бевосита кореллятив алоқа мавжуд деган хулосага асос бўлган. Қари ва кекса ёшли эркаклар ва аёлларда ўзгартириб бўладиган хавф омиллари тарқалиш частотаси юқори бўлганда учраган. Бироқ, ушбу боғлиқликларни узил-кесил деб бўлмайди ва бунга аниқлик киритиш учун келажакда проспектив тадқиқотлар ўтказиш керак бўлади.
  6. Қари ва кекса ёшли популяцияда СНКнинг «эпидемиологик дебюти» 9 та хавф омиллари билан ифодалангани, натижа сифатида барча синфдаги СНК ва ХО-хавфи қуйидагича ошган: гиподинамия билан боғлиқ ҳолда – 90,8%, ДЛП билан боғлиқ – 78,8%, ОТКИҚ билан боғлиқ ҳолда – 81,6%, АГ билан боғлиқ – 54,0%, МВСИЕҚ билан боғлиқ ҳолда – 50,7%, АИ билан боғлиқ – 22,4%, ОТВ мавжудлиги билан боғлиқ ҳолда – 76,2%, гипергликемия билан боғлиқ ҳолда – 21,4% ва чекиш билан боғлиқ – 11,1%.
  7. Кекса беморларда СНК гача даволаш/дори-дармонли профилактика ҳақидаги маълумотлар ижобий эмас. Текширилган популяцияда СНК хусусидаги «эпидемиологик таранглик» (15,7% дан 54,8%) СНК юзага келишидан олдинги даволаш сифати ва дори-дармонли профилактиканинг йўқлиги билан маълум даражада боғлиқ.
  8. «Бирламчи бўғин врачлари ва мижоз биргаликда СНКга қарши» ҳамкорлигини ташкил этиш ёрдамида СНК ХО бартараф қилишнинг замонавий технологиялари аҳоли орасида 62,6% дан кўп бўлмаган даражада амалга оширилмоқда.
  9. Тадқиқот натижаларига асосланиб ишлаб чиқилган СНК «эпидемиологик дебюти»ни ва асосий сурункали ноинфекцион касалликларнинг референсли хавфини баҳолаш ва бартараф этиш модели кексалар ва қарияларда ўзгартириб бўладиган хавф омилларини бартараф этиш борасидаги профилактик ва даволаш ишларини самарали ташкил этиш имконини беради.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ  
PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПРИ АНДИЖАНСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МАВЛОНОВ НАМОЗ ХАЛИМОВИЧ**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К  
ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**14.00.43 – Профилактическая медицина  
14.00.05 – Внутренние болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**АНДИЖАН 2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2020.4.PhD/Tib1039**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский) размещен на веб-странице научного совета (info@adti.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net.uz)

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Мамасолиев Нематжон Солиевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Фозилов Абдукаххор Вохидович</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущее учреждение:</b>	<b>Самаркандский государственный медицинский институт</b>

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ часов на заседании разового совета Научного Совета PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за № \_\_\_\_). (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50).

Автореферат диссертации разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года).

**М.М. Мадазимов**

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

**М.Ф. Нишанов**

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

**М.Р. Аграновский**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор



## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** 27 сентября 2018 г. совещание ООН рассмотрело национальный и глобальный прогресс в области профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) и констатировало необходимость усиления обязательств по сокращению их распространения. «...В 2016 году примерно 40,5 миллионов (71%) из 56,9 миллионов смертей во всем мире были вызваны НИЗ. Из них примерно 4% смертей произошли среди людей моложе 30 лет, 38% - у людей в возрасте от 30 до 70 лет и 58% у людей в возрасте 70 лет и старше. По оценкам экспертов, около 80% смертей были вызваны раком, сердечно-сосудистыми, хроническими респираторными заболеваниями и диабетом».<sup>1</sup> По прогнозам экспертов, число смертей от НИЗ будет расти и удвоится к 2060 году, если не будут применены эффективные меры по профилактике их развития и прогрессирования.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными являются генетические и скрининг-эпидемиологические исследования с выделением групп по риску развития и прогрессирования основных социально значимых НИЗ для последующей разработки региональных программ профилактического наблюдения. Продолжаются разработки, основанные на популяционной геномике, определении новых маркеров болезней, верификации генов, влияющих на заболеваемость и особенности прогрессирования патологии, а также проводятся полногеномные исследования для верификации специфических локусов, затрагивающих пути, связанные с нейрональной биологией. Изучаются проблемы выявления причинно-следственных регуляторных эффектов, связанных с НИЗ, для определения особенностей перехода к мультиморбидности по отношению к индексу массы тела, статусу курения, потребления алкоголя, физической активности, и их сочетания в качестве показателя индекса здорового образа жизни (HLI).

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов ранней диагностики НИЗ, внедряются современные технологии их профилактики и лечения. Принимаются меры по профилактике и контролю хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска, снижению преждевременной смертности и заболеваемости населения. В стратегии действий Республики Узбекистан по пяти приоритетным направлениям на 2017-2021 годы определены приоритетные задачи такие, как «...обеспечение снижения заболеваемости населения и увеличение продолжительности жизни».<sup>2</sup> Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения НИЗ путем верификации причин и факторов риска их развития, а

---

<sup>1</sup> NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1072-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31992-5. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30264707.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

также совершенствования профилактических мероприятий является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» за №УП-6110 от 12 ноября 2020 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» за №ПП-4063 от 18 декабря 2018 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Исследованиями доказано, что проблема хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) затронута не только в отношении лиц трудоспособного возраста, но и в более глобальном плане - для реальной и/или истинной оценки эпидемиологической ситуации, возможностей профилактики<sup>3</sup>. Методически правильно организованный скрининг необходим для предотвращения риска развития ХНИЗ, разработки персонафицированно ориентированной стратегии высокого риска с оценкой эпидемиологического и социально-экономического статуса населения, а также для формирования высокой приверженности к профилактическим программам. В 2020 году группа глобального бремени болезней (GBD-group) опубликовала свои выводы о годах жизни с поправкой на инвалидность (DALY) и ожидаемой продолжительности здоровой жизни для очень большого количества заболеваний, включая, в частности, НИЗ<sup>4</sup>. Проведена глобальная, региональная и национальная сравнительная оценка риска большого количества факторов риска во всех странах мира<sup>5</sup>. Их исследование показало, что из 34,1 миллиона смертей 61% можно отнести к факторам риска, охваченным исследованием GBD, и 48,3% из 1,21 миллиарда DALY. С точки зрения ведущих факторов риска, высокое систолическое артериальное давление (САД) занимает первое место (на него приходится 10,4 миллиона

---

<sup>3</sup> Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. – профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019.№2.-С.5-12

<sup>4</sup> Toebes B, Hesselman M, Mierau JO, van Dijk JP. A renewed call for transdisciplinary action on NCDs. BMC Int Health Hum Rights. 2020 Aug 28;20(1):22. doi: 10.1186/s12914-020-00241-z. PMID: 32859194.

<sup>5</sup> GBD 2017 Risk Factor Collaborators. “Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.” Lancet (London, England) vol. 392,10159 (2018): 1923-1994. doi:10.1016/S0140-6736(18)32225-6

смертей), за ним следуют курение (7,10 миллиона смертей), высокий уровень глюкозы в плазме натошак (6,53 миллиона смертей) и высокий индекс массы тела (4,72 миллиона смертей).

Haileamlak A. (2019) утверждает, что низкая физическая активность сейчас должна трактоваться как пандемия, требующая срочных действий. Исследования показали, что каждый четвертый взрослый в мире неактивен. Во всем мире более 80% подростков не занимаются спортом. Доказано, что именно эта категория людей подвержена риску смерти на 20-30% больше, чем активные люди. В настоящее время предпринимаются глобальные усилия по снижению распространенности недостаточной физической активности на 10% к концу 2025 года<sup>6</sup>. Dhawan et al. (2020) считают, что абдоминальное ожирение (АО) за последние годы значительно увеличилось, и во многих исследованиях сообщалось о его последствиях в виде НИЗ. Тем не менее, АО остается фактором, которым пренебрегают. При этом установлено, что даже при индексе массы тела (ИМТ) <20 кг/м<sup>2</sup> может иметь место сочетание АО и НИЗ. Это делает важным изучение того, как АО связано с патогенезом НИЗ.<sup>7</sup> В частности, в Японии по данным Fei Wu (2017) самая низкая распространенность ожирения и всего 19,3% курящих людей, но именно НИЗ являются ведущими причинами смерти, включая инсульты (120,6 тысячи или 10,1% смертей), ишемическую болезнь сердца (102,5 тысячи или 8,6% смертей) и различных видов рака, в свою очередь вероятность преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, хронической патологии легких и рака составила всего 9%<sup>8</sup>.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что вопросы эпидемиологического изучения распространенности основных факторов риска ХНИЗ у населения пожилого и старческого возраста в последние годы во всем мире, и в том числе в Узбекистане, стали приоритетными и актуальными. В связи с этим, необходимы дальнейшие целенаправленные исследования по поиску основных факторов риска, являющихся решающими в развитии ХНИЗ у населения пожилого и старческого возраста, особенно в неблагоприятных экологических регионах нашей страны, в частности в аридной зоне - Бухарской области.

**Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института №03.2020.PhD.114 «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона (2017-2021 гг.)».

---

<sup>6</sup> Haileamlak A. Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non-Communicable Diseases. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(1):810. doi:10.4314/ejhs.v29i1.1

<sup>7</sup> Dhawan, Deepika, and Sheel Sharma. "Abdominal Obesity, Adipokines and Non-communicable Diseases." *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology* vol. 203 (2020): 105737. doi:10.1016/j.jsbmb.2020.105737

<sup>8</sup> Wu, Fei et al. "Non-communicable diseases control in China and Japan." *Globalization and health* vol. 13,1 91. 20 Dec. 2017, doi:10.1186/s12992-017-0315-8

**Целью исследования** является определение и оценка хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития среди населения пожилого и старческого возраста в условиях аридной зоны Бухары.

**Задачи исследования:**

изучение эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста;

изучение распространенности модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции пожилого и старческого возраста, проживающих в условиях аридной зоны Бухары;

проведение эпидемиологической оценки возрастнo-половых особенностей формирования поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста, проживающих в климатических условиях Бухарского региона;

определение этнических особенностей распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и приоритетных региональных факторов риска неинфекционных заболеваний у пожилых проживающих в данном регионе;

разработка нового подхода к профилактике хронических неинфекционных заболеваний для увеличения продолжительности жизни старших возрастных групп населения, проживающих в данном регионе.

**Объектом исследований** явились неорганизованное мужское и женское население (n=1544) пожилого (60-74лет) и старческого возраста (75-89 лет) города Бухары. Репрезентативная выборка сформирована по избирательным спискам населения, применялись стандартизованные эпидемиологические методы исследования по требованиям ВОЗ.

**Предмет исследования** составляет анализ данных комплексной оценки хронических неинфекционных заболеваний и их связь с региональными эпидемиологическими (гендерными, демографическими, возрастными) характеристиками населения геронтологического возраста.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использована методология и инструменты ВОЗ STEPS, успешно использованные в масштабном национальном исследовании «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний» в Узбекистане (2014).

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

выявлена сравнительная распространенность основных модифицируемых факторов риска, влияющая на популяционные механизмы развития хронических неинфекционных заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста;

создана приоритетная стратегия высокого риска, фокусированная на раннее выявление и коррекцию факторов высокого риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста аридной зоны Узбекистана;

доказаны прямые корреляционные связи между основными факторами риска, включая, гиподинамию, повышенную массу тела, артериальную

гипертензию, употребление алкоголя, курение, избыточное потребление соли и всеми классами хронических неинфекционных заболеваний;

разработана модель мониторинга, оценки и устранения «эпидемиологического дебюта» хронических неинфекционных заболеваний и референсного риска основных неинфекционных патологий в зависимости от региональных особенностей.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

усовершенствованы прогностические системы, которые позволяют предвидеть хронические неинфекционные заболевания в донозологической стадии с учетом эпидемиологических показателей уязвимого контингента;

разработан комплекс рекомендаций по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями и определены специфические критерии, влияющие на продолжительность жизни старших возрастных групп населения, проживающих в условиях аридной зоны Бухары;

определено, что мониторинг и вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний позволяет корректировать факторы риска и понизить общую заболеваемость и смертность у лиц пожилого и старческого возраста.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением современных эпидемиологических, биологических, методологических подходов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение прогностических аспектов модифицируемых факторов риска с верификацией наиболее информативных и разработкой новых предикторов неблагоприятного исхода лечения хронических неинфекционных заболеваний с учетом определения вероятности влияния на течение заболевания и улучшение качества жизни пациентов.

Практическая ценность работы заключается в том, что проведенный анализ распространенности хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста г. Бухары позволил выявить основные предикторы их развития и разработать основные пути снижения факторов риска и общей заболеваемости, а также обеспечил улучшение продолжительности жизни в этой возрастной группе.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению качества профилактики хронических неинфекционных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста:

разработаны методические рекомендации «Способ оценки профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста» (заключение Министерства здравоохранения №08-09/5793 от 11 июня 2021 года). Предложенные рекомендации основаны на оптимизации

диагностики основных факторов риска неинфекционных заболеваний и последующей реабилитации данной категории больных, что позволило улучшить качество и продолжительность жизни;

разработаны методические рекомендации «Методика использования мобильного здравоохранения при мониторинге факторов риска среди населения» (заключение Министерства здравоохранения №08-09/5793 от 11 июня 2021 года). Разработанные рекомендации позволили повысить эффективность профилактики хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, снизить число заболеваемости и смертности от осложнений;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в практику Каганского, Пешкунского, Жондорского, Ромитанского, Бухарского районных медицинских объединений (заключение Министерства здравоохранения №08-09/5793 от 11 июня 2021 года). Предложенный комплекс рекомендаций по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями позволил оптимизировать программу мониторинга и вторичной профилактики, которая будет способствовать снижению влияния факторов риска и соответственно сокращению общей заболеваемости и смертности у лиц пожилого и старческого возраста.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях, симпозиумах.

**Опубликованность результатов.** По теме диссертации опубликованы 14 научных работ, из них 7 журнальных статей, в том числе 4 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 115 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Введение** посвящено обоснованию актуальности и востребованности исследования, описанию целей и задач исследования, объекта и предмета. Указаны соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики Узбекистан, описаны научная новизна и практические результаты исследования, разъясняется научная и практическая значимость полученных результатов, перечислены внедрение результатов исследований, информация об опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Стратегические мировые подходы к популяционной профилактике неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста**» описаны результаты анализа материалов зарубежной и отечественной литературы. Он охватывает эпидемиологию

хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, превентивные подходы к раннему выявлению и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний, также рассматриваются геронтологические и гериатрические аспекты профилактики неинфекционных заболеваний в аспекте актуальности проблемы, исходя из данных эпидемиологических ситуаций в мире.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования распространенности и профилактики ХНИЗ и их факторов риска»** подробно описаны материалы и методы исследования.

В работе проанализированы: результаты опроса, проведенного с использованием методологии ВОЗ STEPS, успешно примененные в масштабном исследовании «Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Узбекистане» (2014).

В качестве объекта исследования были выбраны лица пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89 лет) возраста. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование, определение факторов риска, распределение по половому признаку. Выбранный объект по национальному составу и степени миграции является типичным для Бухарской области.

После этого массив выборки считался готовым для обследования. Такие формы работы с популяцией и организация эпидемиологических исследований разработаны в Андижанской школе профилактической медицины (Мамасалиев Н.С., 1989-2018 гг.)

Отклик (охват обследованием) составил 95,4%, случайность отбора обеспечила представительность выборки.

Из последних избирательных списков населения были выбраны мужчины и женщины в возрасте 60-89 лет, всего 16180 человек. Из этого количества популяции сформирована случайная 10-процентная выборка, составившая 1618 человек. После окончания обследования популяция разделилась на 2 части: группу «отклика» (1544 человек 95,4%) и группу не «участия» (74 человек 4,6%).

Сбор данных включало 3 следующих шага: шаг 1-изучение поведения; шаг 2-физический осмотр; шаг 3-определение клинических и биохимических показателей.

В конце скрининга все отобранные больные проходили повторный осмотр для верификации диагноза. Более углубленное обследование, по показаниям, проводили в условиях специализированного областного центра. Обследование включало также, кроме опросных, следующие методы: инструментальные, клинические, биохимические, и статистические. Все инструментальные исследования осуществлялись персоналом, владеющими эпидемиологическими методами в профилактической медицине.

За артериальную гипертонию принималось значение САД $\geq$ 140 мм. рт. ст. и/или ДАД $\geq$ 90 мм.рт.ст. и также независимо от показателей АД, в случаях когда обследованный принимал гипотензивные препараты в течение 2 недель предшествовавших обследованию.

Измерение веса тела производилось на медицинских весах с точностью до 0.1кг, Рост измерялся при помощи ростомера с точностью до 0,5см. Избыточная масса тела признавалась при значениях индекса Кетле:

$ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост м}^2 > 25,0$  ожирение  $> 30,0$

ЭКГ проводилось в 12 стандартных отведениях на трехканальном аппарате с оценкой по позиции МК.

Эхокардиография (ЭхоКГ) и компьютерно томографические (МРТ) исследования проводились по общепринятой методике основных морфометрических методов по показаниям, выборочно.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов (печень, желчный пузырь, почки, мочевого пузыря, желудка, кишечника) проводилось на аппарате SAMSUNG SonoAce-R3

Рентгенологические исследования проводились на аппарате (SIEMENS) и включали рентгенографию легких, сердца в трех проекциях в отдельных случаях проводилась флюорография грудной клетки

Эндоскопические исследования проводились выборочно, только по показаниям.

Биохимические исследования проведены в лабораториях исследования частной клиники «Физиомед» 1392 что составило 86% от числа всех явившихся на обследование лиц:

За гиперхолестеринемию принималось значение холестерина  $\geq 5,0$ ммоль/л, за гипертриглицеридемию – значения триглицеридов  $\geq 1,7$ ммоль/л

Определение концентрации основных микро-макроэлементов (натрия, кальция, сывороточного железа, магния, хлора, фосфора) осуществлялось методом атомной абсорбции на атомно-абсорбционных спектрометрах типа AAS-34 и AAS-1N

Клинический осмотр и физические методы включали, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию по всем системам и органам

При статистической обработке результатов исследования были использованы общепринятые алгоритмы вариационной статистики. Использовалась система статистического анализа и доставки информации SAS (statistika analysis system)-вычисление. Применены как методы описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок и распределения вариантов), так и корреляционный анализ данных с вычислением корреляционных коэффициентов Спирмана и Пирсона. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента – Фишера (t).

Третья глава диссертации «**Результаты собственных исследований**» посвящена полученным результатам в ходе исследования. **Распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди неорганизованного населения пожилого и старческого возраста** посвящена изучению и оценке распространенности ХНИЗ среди неорганизованного населения пожилого и старческого возраста.

В обследованной популяции 60-89 лет мужчин и женщин распространенность ХНИЗ составляет соответственно - 97,0% и 97,2%, то есть



разняться на 0,2% ( $P>0.05$ ). В общей популяции ХНИЗ выявлено у 97,0%. С возрастом наблюдается статистически недостоверное увеличение частоты распространения ХНИЗ у женщин с 96,2% (в возрасте 60-74 лет) до 97,2% (в возрастной группе 75-89 лет), то есть с возрастанием случаев ХНИЗ на 1,0 % ( $P>0.05$ ). У мужчин пожилого и старческого возраста нет такой логики в уровнях распространенности: ХНИЗ отмечается с частотой - 98,0% и 96,4% соответственно ( $P>0.05$ ).

Таким образом, у пожилых людей ХНИЗ характеризуются высокой распространенностью, только 3,0%, обследованные не имели ХНИЗ ( $p<0,0001$ ). Выявленные различия по возрастам оказались недостоверны.

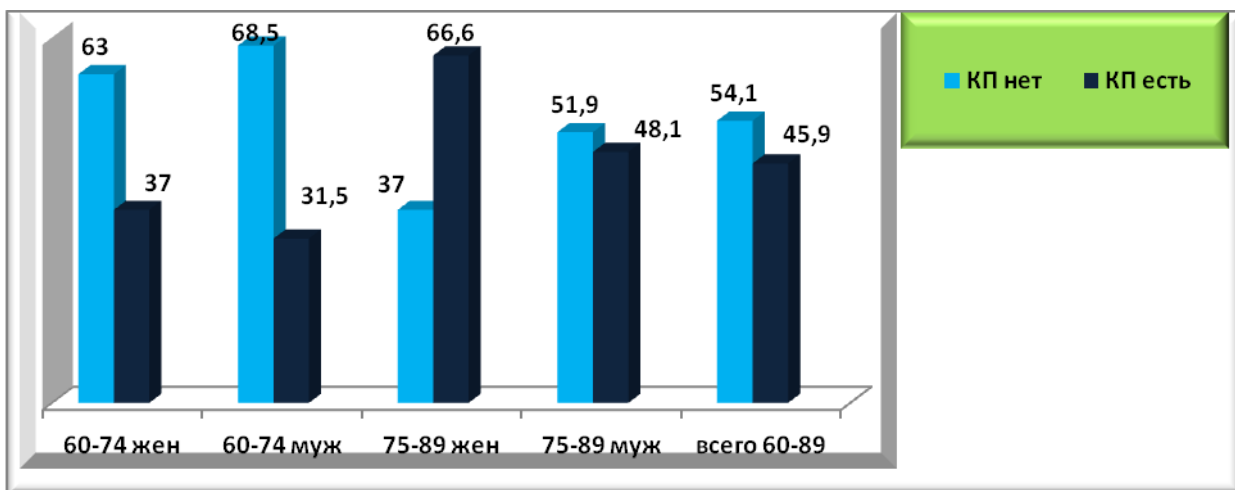
Согласно полученным данным из ХНИЗ наиболее распространенной является ССЗ. По результатам исследования ССЗ выявлены у 73,3% обследованных, при чем их частота увеличивалась с возрастом на 6,0% с 72,3% (в возрасте 60-74 лет) до 78,3% (в популяции старческого возраста). Однако в зависимости от возраста достоверной разницы получить не удалось ( $P>0.05$ ). ХРЗ выявлены у 8,0% людей старшего возраста, в том числе у 8,5% популяции пожилого возраста и 5,5% ПСВ ( $P>0.05$ ). Частота ХРЗ возрастает достоверно на 3,0% или в 1,7 раза. Эта закономерность подтверждает доказанную версию современных исследователей, считающих пожилой возраст одним из серьезных факторов, способствующих ХРЗ.

СД выявлен у 21,0% обследованных, распространенность СД увеличивается недостоверно с возрастом от 20,6% в возрасте 60-74 лет до 22,8% в 75-89 лет, т.е. на 2,2% ( $P>0.05$ ).

Онкологические заболевания выявлены у 3,3% обследованных, в том числе у 3,1% ППВ и 3,9% ПСВ ( $P>0.05$ ). Распространенность БКМС в общей популяции составлял 12,0% в 6,1 раз ниже чем ССЗ; в том числе 11,8% - у пожилых в возрасте 60-74 лет и 12,6% - у пожилых людей старческого возраста ( $P>0.05$ ).

Наши результаты подтверждают, что в обследованной популяции г. Бухары самой низкой частотой регистрируются онкопатологии, по сравнению с ними довольно высокой частотой наблюдаются другие заболевания: более чем в 24 раза больше ССЗ ( $p<0,0001$ ), в 2,6 раза чаще ХРЗ ( $p<0,001$ ), СД в 7 раз больше ( $p<0,0001$ ) и в 4 раза чаще БКМС ( $p<0,0001$ ).

Проблема развития и прогноза ХНИЗ тесно связана с полиморбидностью/коморбидностью (наличием более двух или нескольких заболеваний у одного больного в определенный период времени). Поскольку среди больных с КП отмечаются более высокие показатели смертности и/или «эпидемиологических конечных точек». Поэтому, далее анализировалась частота распространенности КП в изученной популяции пожилого и старческого возраста (рис. 1).

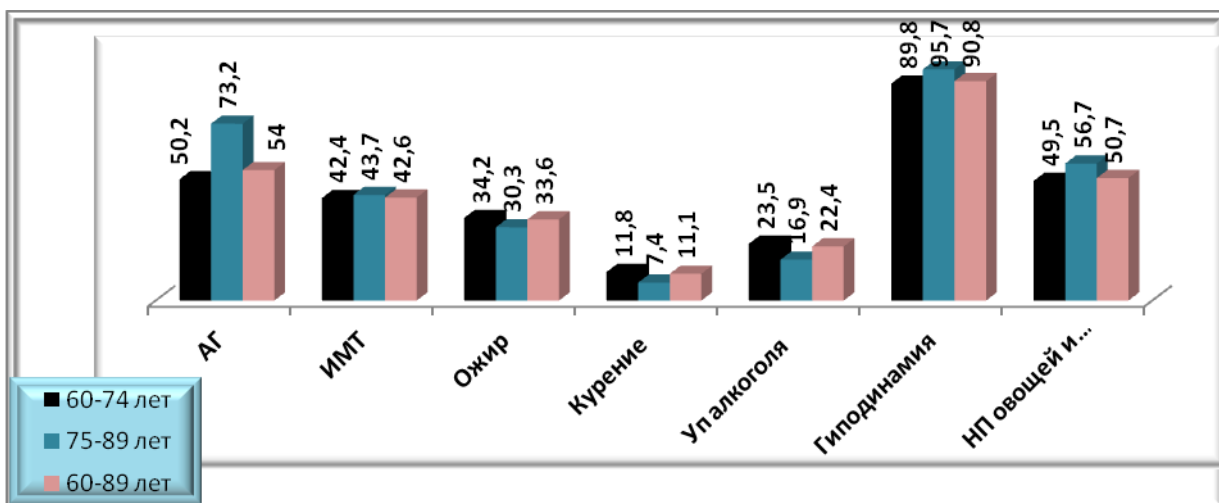


**Рис. 1 Сравнительный анализ гендерных различий и возрастных эпидемиологических характеристик КП у пожилых людей**

Распространенность КП статистически достоверно увеличивалась с возрастом – у женщин с 37% (в возрасте 60-74 лет) до 66,6% (в возрасте 75-89 лет), т.е. в 1,6 раза ( $P<0.05$ ); а у мужчин – с 31,5% до 48,1%, т.е. в 1,4 раза ( $P<0.05$ ). Выявленные результаты показывают, что среди населения пожилого и старческого возраста обследованного региона имеет место неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, в отношении коморбидной патологии, то есть каждый второй пожилой человек фактически страдает КП.

При сравнительном изучении этнических особенностей распространенности основных форм ХНИЗ были отмечены существенные их различия среди коренной и некоренной популяции пожилого населения. Так, распространенность различных форм ХНИЗ у коренных и некоренных жителей составили соответственно: ССЗ – по 93,9%, и 6,1% ( $P<0.0001$ ), ХРЗ – по 93,6% и 6,4% ( $P<0.0001$ ), СД - по 94,5% и 5,5% ( $P<0.0001$ ), БКМС – по 84,9% и 15,1% ( $P<0.0001$ ), ОНКЗ – по 94,1% и 5,9% ( $P<0.0001$ ), и другие ХНИЗ по 94,3% и 5,7% ( $P<0.0001$ ). Выявленные результаты свидетельствуют о том, что в обследованной коренной популяции пожилого и старческого возраста имела сравнительно более неблагоприятная ситуация в отношении ХНИЗ, чем у некоренных жителей.

Проведенное исследование показало, что частота модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (МФР ХНИЗ) у популяции пожилого и старческого возраста отличается от общей популяции (рис. 2). При сопоставлении обследованных в указанных возрастных группах, другие факторы риска определялись со следующей распространенностью соответственно: АГ – по 50,2% и 73,2% ( $P<0,05$ ), ИМТ – по 42,4% и 43,7% ( $P>0,05$ ), НПОФ – по 49,5% и 56,7% ( $P>0,05$ ), прием алкоголя – по 23,5% и 16,9% ( $P>0,05$ ), курение – по 11,8% и 7,4% ( $P>0,05$ ), гипергликемия – по 21,6% и 20,4% ( $P>0,05$ ), ДЛП – по 79,2% и 76,7% ( $P>0,05$ ).

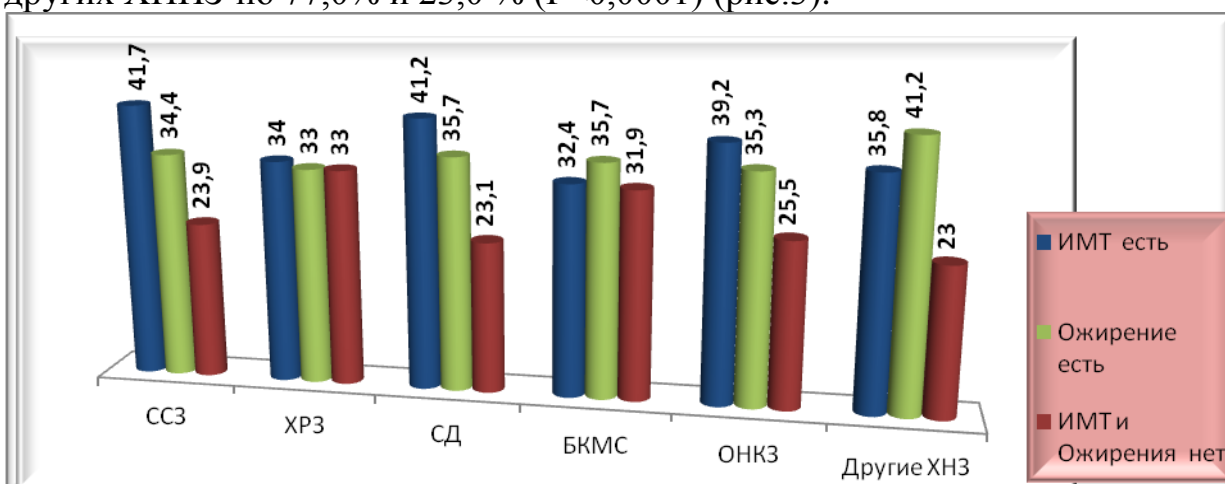


**Рис. 2 Частота МФР в популяции пожилых людей в зависимости от возрастных особенностей (%).**

Четвертая глава диссертации «Анализ связи факторов риска с хроническими неинфекционными заболеваниями среди населения пожилого и старческого возраста» посвящена связи классов ХНИЗ с основными модифицируемыми факторами риска.

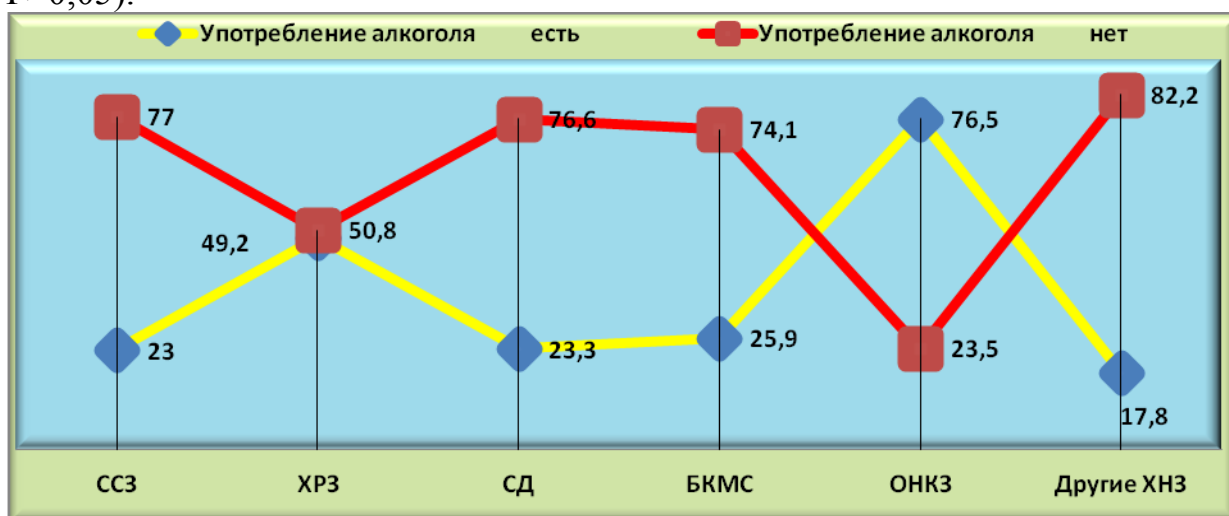
При сравнительном изучении показателей распространенности основных ХНИЗ в зависимости от наличия или отсутствия АГ у обследованных лиц выявлено, что АГ статистически достоверно сочеталось с ССЗ ( $P < 0,05$ ) и СД ( $P < 0,05$ ). При наличии и отсутствии других ХНИЗ распространенность АГ составила соответственно: при ХРЗ – 41,9% и 58,1% ( $P > 0,05$ ), при БКМС – 50,8% и 49,2% ( $P > 0,05$ ), при ОНКЗ – 52,9% и 47,1% ( $P > 0,05$ ), при других группах ХНИЗ – по 43,3% и 56,7% ( $P > 0,05$ ).

При наличии и отсутствия различных классов ХНИЗ частота ПМТ выявлялись в следующих уровнях соответственно: в связи с ХРЗ-по  $67,0 \pm 33,0\%$  ( $P < 0,05$ ); при СД-по 76,9% и 23,1% ( $P < 0,0001$ ); при БКМС-по 68,1% и 31,9% ( $P < 0,05$ ); в связи с ОНКЗ-по 74,5% и 25,5% ( $P < 0,0001$ ); при других ХНИЗ-по 77,0% и 23,0% ( $P < 0,0001$ ) (рис.3).



**Рис.3. Вклад повышенной массы тела в показателях частоты распространенности ХНИЗ среди населения 60-89 лет (%).**

Выявлено, что в популяции пожилого и старческого возраста курение как сильный ФР достоверно чаще наблюдается при ОНКЗ ( $P < 0,01$ ), сравнительно реже – у обследованных лиц с ССЗ (10,5%  $P > 0,05$ ), ХРЗ (42,8%;  $P > 0,05$ ); СД (9,8%;  $P > 0,05$ ); БКМС (6,5%;  $P > 0,05$ ) и в других ХНИЗ (9,7%;  $P > 0,05$ ).



**Рис. 4. Эпидемиологические показатели ХНИЗ в связи с наличием и отсутствием ФР УА у обследованной популяции (%).**

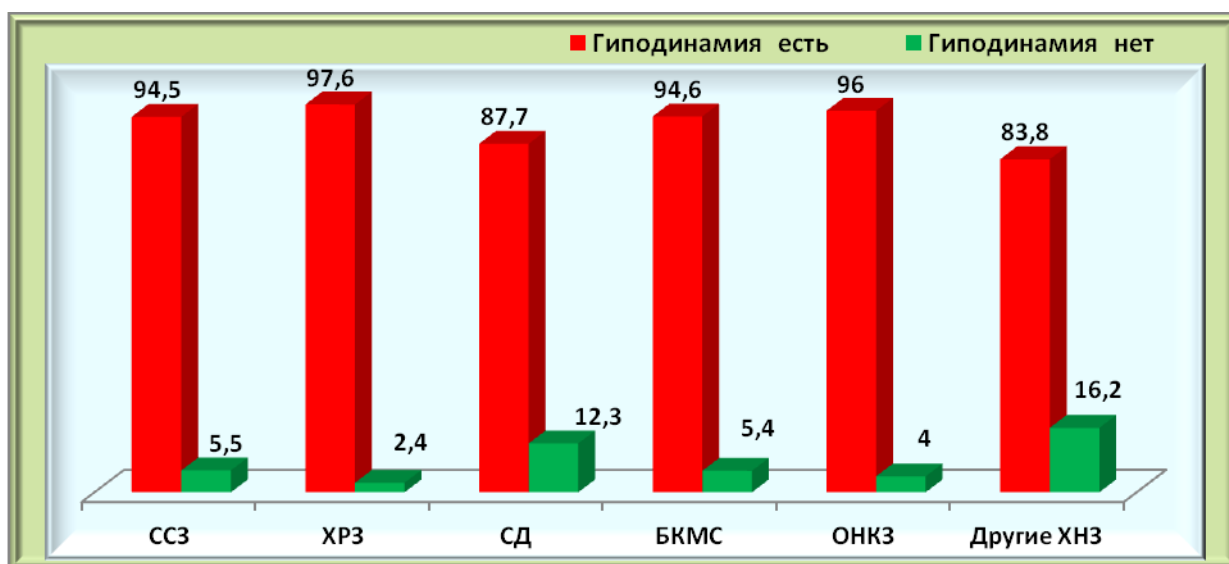
УА и его связь с ХНИЗ среди популяции пожилых людей показало, что 23,0% лиц, отмечающих употребления алкоголя имеют ССЗ и 77,0% больных не имели фактор риска этого класса ( $P > 0,05$ ); Больные с ХРЗ имели 49,2% и не имели 50,8% ( $P > 0,05$ ) такой риск фактор как УА; \*У больных СД имело место УА 23,3% лиц, не имело место у 76,6% лиц ( $P > 0,05$ ); у 25,9% лиц с БКМС выявлено УА, в то время как у 74,1% лиц не имелся данный риск фактор ( $P > 0,05$ ); У больных с онкологическими заболеваниями УА имелось в 76,5% пожилых, не употребляющих алкоголь составляет 23,5% ( $P > 0,0001$ ); другие ХНИЗ оказалось в 17,8% случаев с данным фактором риска против 82,2%, не имевших этот риск фактор ( $P > 0,05$ ). Такая связь, обусловлена, по-видимому, либо самоограничением пожилых больных (более логичная версия), либо с иными причинами, требующими проспективного исследования (рис. 4).

Изучение частоты распространенности НПОФ и ее связи с различными классами ХНИЗ показало, что НПОФ имели 74,0% пожилые люди с ССЗ и 26,0% лиц с ССЗ не имеют данный фактор риска ( $P < 0,01$ ); данный фактор риска выявлен у 63,7% лиц с ХРЗ и 36,3% лиц с ХРЗ не имеют риска ( $P < 0,05$ ); у больных с СД 77,2% популяции имеют НПОФ и 22,8% не имеют данный риск ( $P < 0,0001$ ); у 69,2% лиц БКМС имеется риск фактор против 30,8% лиц не имеющих ( $P < 0,05$ ); у 70,5% пожилых с ОНКЗ и отмечается присутствие против 29,5% не имеющих данный фактор риска ( $P < 0,01$ ); у 67,6% лиц с другими ХНИЗ имеет место и 32,4% лиц нет риска НПОФ ( $P < 0,01$ ).

Анализируя частоты гиподинамии в связи с различными классами ХНИЗ, как это видно рисунка 10, убедились в том что в изученной популяции пожилого и старческого возраста гиподинамия, во-первых, встречается с высокой частотой (от 83,8% до 97,6 % при различных формах ХНИЗ) и во-

вторых, являясь мощным фактором - резко увеличивает распространенности всех классов этих заболеваний.

Так, изучение гиподинамии и её связи с ХНИЗ показало, что у 94,5% пожилых лиц с гиподинамией выявлены ССЗ, а у 5,5% лиц не имеется гиподинамия ( $P<0,001$ ); у больных с ХРЗ в 97,6% популяции присутствует данный фактор риска выявлены, а у 2,4% лиц с ХРЗ не установлена ( $P<0,001$ ); у лиц СД 87,7% диагностирована гиподинамия, в то время как у 12,3% лиц нет риск фактора ( $P<0,001$ ); у 94,6% лиц с БКМС установлена гиподинамия, а у 5,4% человек не установлены ( $P<0,001$ ); при ОНКЗ у 96,0% лиц обнаружена гиподинамия, в то время как у 4,0% лиц с данный ФР не установлен; С другими ХНИЗ выявлены у 83,8% обследованных с наличием данного ФР и у 16,2% без этого фактора риска ( $P<0,001$ ) (Рис.5).



**Рис.5. Связь гиподинамии с различными классами ХНИЗ по данным частотного анализа на уровне относительных величины (%) у пожилых.**

По данным исследования у больных с ССЗ пожилого и старческого возраста наиболее часто и существенно выше распространена-гиподинамия (первое место), повышенная масса тела - (второе место), АГ - (третье место), и НПОФ - (четвертое место) сравнительно меньшей частотой распространенности определяются употребление алкоголя - (пятое место), избыточное потребление поваренной соли - (шестое место) и курение - (седьмое место по уровню распространенности) (табл. 1).

В обследованной популяции женщин и мужчин, больных с ХРЗ, по частоте распространенности первое место занимает - гиподинамия, второе место - ПМТ, третье место-НПОФ, четвертое место - УА, пятое место - АГ, шестое место - ИППС, и седьмое место-курение (табл. 2).

**Таблица 1**

**Сравнительная оценка распространенности факторов риска среди популяции пожилых мужчин и женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Факторы риска	В популяции мужчин с ССЗ						В популяции женщин с ССЗ						P		
	60-74 лет		75-89 лет		60-89 лет		60-74 лет		75-89 лет		60-89 лет		<0,05	<0,01	<0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
АГ	243	57,4	57	63,3 <sup>нд</sup>	300	48,5	274	53,7	59	54,1 <sup>нд</sup>	333	64,9	1-2	-	-
ПМТ	329	77,8	68	75,6 <sup>нд</sup>	397	64,1	385	75,5 <sup>нд</sup>	79	72,5	464	90,4	1-2	-	-
Курение	84	19,8 <sup>нд</sup>	15	16,7	99	15,9	20	3,9 <sup>xxx</sup>	-	-	20	3,9	-	-	1-2
УА	119	28,1	35	38,9 <sup>x</sup>	154	24,9	87	17,0	19	17,4 <sup>нд</sup>	106	20,6	-	-	-
ИППС	89	21,0	20	22,2 <sup>нд</sup>	-	-	19	3,7	10	9,2 <sup>xx</sup>	-	-	-	-	1-2
НПОФ	251	59,3	76	84,4	327	63,7	413	81,0	98	89,9 <sup>нд</sup>	511	82,6	2-1	-	-
Гипод-я	394	93,1	86	95,5	480	93,6	484	94,9	106	97,2 <sup>нд</sup>	590	95,3	-	-	-

**Таблица 2**

**Сравнительная оценка распространенности факторов риска среди пожилых мужчин и женщин с хроническими респираторными заболеваниями**

Факторы риска	В популяции мужчин с ХРЗ						В популяции женщин с ХРЗ						P		
	60-74 лет		75-89 лет		60-89 лет		60-74 лет		75-89 лет		60-89 лет		<0,05	<0,01	<0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
АГ	21	42,0	4	57,1	25	43,8	25	41,7	1	14,3	26	38,8	-	-	-
ПМТ	32	64,0	4	57,1	36	63,1	45	75,0	2	28,6	47	70,1	1-2	-	-
Курение	45	90,0	5	71,4	50	87,7	2	3,3	1	14,3	3	4,5	-	-	2-1
УА	27	54,0	3	42,8	-	-	33	55,0	1	14,3	-	-	1-2	-	-
ИППС	12	24,0	1	14,3	13	22,8	7	11,7	2	28,6	9	13,4	1-2	-	-
НПОФ	30	60	5	71,4	35	61,4	39	65	5	71,4	44	65,6	-	-	-
Гипод-я	48	96	7	100	55	96,5	59	98,3	7	100	66	98,5	-	-	-

Отмеченные факторы риска в зависимости от возраста мужчин и женщин с СД определялись со следующей распространенностью соответственно: АГ-по 61,9% и 70,4% (у мужчин 60-74лет и 75-89 лет с СД) и 55,0% и 64,5% (у женщин 60-74лет и 75-89 лет с СД),  $P_1 > 0,05$ ,  $P_2 < 0,05$ , ПМТ-по 75,4% и 77,8% ( $P > 0,05$ ), 77,8% и 77,4% ( $P > 0,05$ ); курение-по 22,9% и 11,1% ( $P < 0,01$ ) и 1,3% и 0,0% ( $P < 0,05$ ); УА-по 28,8% и 40,7% ( $P < 0,05$ ), и 19,5% и 6,4% ( $P < 0,001$ ); ИППС-по 13,5% и 22,2% ( $P < 0,05$ ), и 4,7% и 6,4% ( $P > 0,05$ ); гиподинамия - по 84,7% и 88,9% ( $P > 0,05$ ), и 88,6% и 93,5% ( $P > 0,05$ ).

При изучении преваленса факторов риска у больных с онкологическими заболеваниями выявлено, что факторы сравнительно чаще регистрируются среди мужчин, среди женщин в возрастных группах 60-89 лет: АГ-по 78,2% и 32,1% ( $P < 0,05$ ); ПМТ-по 82,6% и 67,9% ( $P < 0,05$ ); курение-по 95,7% и 53,6% ( $P < 0,05$ ); УА-по 91,3% и 53,6% ( $P < 0,05$ ), ИППС-по 65,2% и 7,1% ( $P < 0,0001$ ), НПОФ-по 65,2% и 75,0% ( $P > 0,05$ ); гиподинамия-по 91,3% и 100,0% ( $P > 0,05$ ).

Женщины и мужчины с БКМС в возрастных группах 60-74 лет и 75-89 лет имели ФР со следующими эпидемиологическими показателями соответственно: АГ—по 29,4% и 40,0% ( $P < 0,05$ ) также, 56,3% и 63,0% ( $P < 0,05$ ); ПМТ—по 44,1% и 20,0% ( $P_1 < 0,01$ ) также, 75,6% и 77,8% ( $P_2 > 0,05$ ); курение—по 20,6% и 0,0% ( $P_1 < 0,01$ ) также, 4,2% и 0,0% ( $P_2 < 0,01$ ); УА—по 14,7% и 40,0% ( $P_1 < 0,001$ ) также, 29,4% и 25,9% ( $P_2 > 0,05$ ); ИППС—по 5,9% и 20,0% ( $P_1 < 0,001$ ) также, 31,9% и 25,9% ( $P_2 > 0,05$ ); НПОФ—по 52,9% и 80,0% ( $P_1 < 0,05$ ) и 69,7% и 85,2% ( $P_2 < 0,05$ ); гиподинамия—85,3% и 100,0 ( $P_1 < 0,05$ ) и 95,8 и 100,0% ( $P_2 > 0,05$ ) (табл. 3).

**Таблица 3**

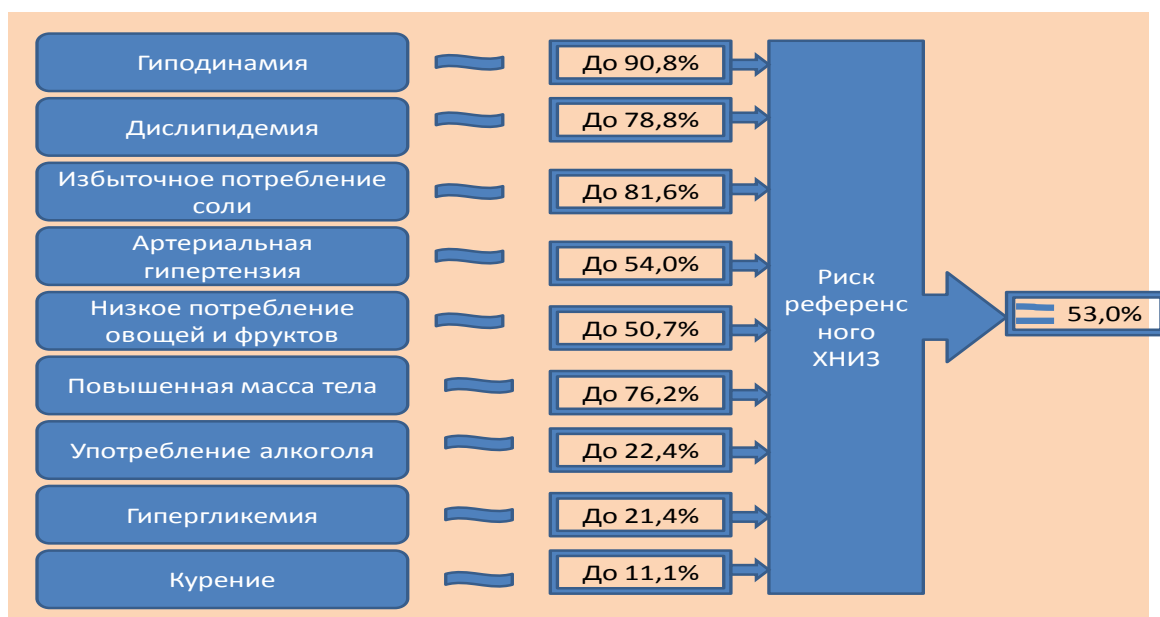
**Распространенность факторов риска у популяции пожилого и старческого возраста с болезнями костно-мышечной системы**

Факторы риска	В популяции мужчин				$P_1$	В популяции женщин				$P_2$	В общей популяции			
	60-74 лет (n=18)		75-89 лет (n=5)			60-74 лет (n=23)		75-89 лет (n=5)			Муж 60-89 лет (n=23)		Жен 60-89 лет (n=28)	
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%
АГ	10	29,4	2	40	<0,05	67	56,3	17	63,0	<0,05	67	56,3	84	57,5
ПМТ	15	44,1	1	20	<0,01	90	75,6	21	77,8	>0,05	90	75,6	111	76,0
Курение	7	20,6	-	-	<0,001	5	4,2	-	-	<0,01	5	4,2	5	3,4
УА	5	14,7	2	40	<0,001	35	29,4	7	25,9	>0,05	35	29,4	42	28,7
ИППС	2	5,9	1	20	<0,001	38	31,9	7	25,9	>0,05	38	31,9	45	30,8
НПОФ	18	52,9	4	80	<0,05	83	69,7	23	85,2	<0,05	83	69,7	106	72,6
Гипод-я	29	85,3	5	100	<0,05	114	95,8	27	100	>0,05	114	95,8	141	96,6

Полученные данные дали веские основания полагать, что имеются прямые коррелятивные связи между факторами риска и всеми классами ХНИЗ у лиц пожилого и старческого возраста. Обращает на себя внимание тот факт, что все факторы риска в группах исследованных пожилых мужчин и женщин обнаруживаются высокими частотными показателями распространенности. Однако, эти связи неоднозначны и по-видимому, для прояснения данного вопроса потребуются проспективные исследования в будущем.

По результатам данного исследования можно предположить, что в популяции пожилого и старческого возраста следующие 9 факторы риска четко выделяются как по вкладу к формированию неблагоприятных эпидемиологических условий. («эпидемиологического дебюта»), так и по созданию «портрета заболевшего пожилого человека с ХНИЗ»: артериальная гипертензия, повышенная масса тела, курение, употребление алкоголя, избыточное потребление соли, низкое потребление овощей и фруктов, гиподинамия, дислипидемия и гипергликемия.

Необходимо заметить, как это видно из рисунка 6, более чем каждое второе население пожилого и старческого возраста (53,0%) имеет высокого риска развития ХНИЗ и/или «конечных эпидемиологических точек» от них. Присутствие отмеченных 9 ФР среди данного контингента населения в существенно большей степени усугубляет эпидемиологических ситуаций в отношении референсного ХНИЗ.



**Рис.6. Утвержденные факторы риска и их частота в «эпидемиологическом дебюте» ХНИЗ в популяции пожилого и старческого возраста**

Поэтому по данным, полученных из карт обследования, был выполнен количественный и качественный анализ фармакологического анамнеза и фармакотерапии пожилых пациентов врачами «первой линии» - частотный фармакоэпидемиологический анализ (табл. 4).

**Таблица 4**

**Частота назначения лекарственной профилактики в связи с референсным ХНИЗ**

Группы обследованных	Частота назначения (%) препаратов		P
	Антиагреганты	Статины	
Женщины 60-74 лет	34,9	22,6	<0,05
Мужчины 60-74 лет	53,8	15,7	<0,001
Женщины 75-89 лет	44,4	24,6	<0,05
Мужчины 75-89 лет	59,8	29,5	<0,05
Женщины 60-89 лет	36,5	23,0	<0,05
Мужчины 60-89 лет	54,8	18,0	<0,001

Результаты исследования также демонстрируют о недостаточности проводимых мероприятий по первичной немедикаментозной профилактике на уровне первичного звена среди населения пожилого возраста в отношении ХНИЗ (табл. 5).



Таблица 5

**Анализ использования профилактических технологий устранения факторов риска среди населения пожилого возраста в течении последних 3-х лет**

3-х летнее вмешательство по созданию здорового образа жизни	ВПП реализован		ВПП нереализовано		P
	абс	%	абс	%	
“Воздержание от курения табачной продукции или не начинать курить“	1012	65,5	532	34,5	P<0,05
“Снизить количество употребляемой поваренной соли”	1138	73,7	406	26,3	P<0,05
“Каждодневное употребление 5 порций фруктов и овощей”	991	64,2	553	35,8	P<0,05
“Снижение количества масла при приготовлении пищи”	1259	81,5	285	18,5	P<0,001
“Советы по занятию физической культурой или увеличение физической активности”	1073	69,5	471	30,5	P<0,01
“Похудание или удерживание массы тела в пределах нормы”	1093	70,8	451	29,2	P<0,01

Примечание: ВПП-партнерство «врач 1-й линии и пациент вместе против ХНИЗ».

В Результате анализа влияния факторов риска на распространенность ХНИЗ разработана новая модель/алгоритм устранения [профилактики] патогенного «эпидемиологического дебюта» ХНИЗ и оптимизации вторичной профилактики референсного ХНИЗ, дающий почву для увеличения продолжительности жизни старших возрастных групп населения/пациентов (рис. 7).



**Рис. 7. Модель мониторинга, оценки и устранения «эпидемиологического дебюта» ХНИЗ и референсного риска основных хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста.**

## ВЫВОДЫ

1. Распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди населения пожилого и старческого возраста составила 97,0% в том числе 97,0% у мужчин и 97,2% у женщин. В структуре ХНИЗ сердечно - сосудистые заболевания выявлены у 73,3% обследованных, ХРЗ-у 8,0%, СД-у 21,0%, ОНКЗ-у 3,3% и БКМС-у 12,0% данного контингента населения.

2. Коморбидные патологии встречались в общей популяции пожилых людей с частотой распространенности 54,1%, в том числе 56,5% у мужчин и 51,8% у женщин. Наиболее часто отмечались пожилые люди с низкой (1-2 нозологии) степенью коморбидности (32,7%), сравнительно меньше – средней степенью (3-4 нозологии) и тяжелой степенью (более 5 нозологии) коморбидности – по 5,6% и 0,3% соответственно.

3. Распространенность модифицируемых ФР ХНИЗ среди населения пожилого и старческого возраста составила: гиподинамия-90,8%, в том числе ППВ-89,8% и ПСВ-95,7%; дислипотеидемия-78,8%, в том числе в группе ППВ-79,2%, и ПСВ-76,7%; повышенное АД-54,0%, в том числе в группе ППВ-50,2% и ПСВ-73,2%; низкое потребление овощей и фруктов-50,7%, в том числе в группе ППВ-49,5% и ПСВ-56,7%; повышенная масса тела-76,2%, в том числе в группе ППВ-76,6% и ПСВ-74,0%; прием алкоголя-22,4%, в том числе в группе ППВ-23,5% и ПСВ-6,9%; гипергликемия-21,4%, в том числе в группе ППВ-21,6% и ПСВ 20,4%; курение-11,1%, в том числе в группе ППВ-11,8% и ПСВ- 7,4%.

4. У пожилых больных с ХНИЗ факторы риска сочетаются с определением в следующих уровнях распространенности: гиподинамия – 92,3%, повышенная масса тела-71,5%, артериальная гипертензия-57,5%, употребление алкоголя-35,0%, курение-25,1% и избыточное потребление соли-30,5%.

5. Полученные данные дали веские основания полагать, что имеются прямые коррелятивные связи между факторами риска и всеми классами ХНИЗ. Модифицируемые факторы риска у пожилых мужчин и женщин обнаруживаются высокими частотными показателями распространенности. Однако, эти связи неоднозначны и, по-видимому, для прояснения данного потребуются проспективные исследования в будущем.

6. «Эпидемиологический дебют» ХНИЗ в популяции пожилого и старческого возраста представляются 9-ю факторами, как результат действия комбинации ФР-риск формирования всех классов ХНИЗ увеличиваются следующим образом: в связи с гиподинамией до 90,8%, в связи с ДЛП-до 78,8%, в связи с ИППС-до 81,6%, в связи с АГ-до 54,0%, в связи с наличием НПОФ-до 50,7%, при наличии УА-до 22,4%, при наличии ПМТ-до 76,2%, в связи с гипергликемией-до 21,4% и при наличии курения-до 11,1%.

7. Полученные данные о предшествующим ХНИЗ лечению/лекарственной профилактике пожилых больных производят неудовлетворительное впечатление. «Эпидемиологическая напряженность» в отношении ХНИЗ в обследованной популяции в определенной степени (от

15,7% до 54,8%) связана с качеством терапии и отсутствием лекарственной профилактики перед развитием ХНИЗ.

8. Современные профилактические технологии устранения ФР ХНИЗ путем создания партнерство – «врач 1-й линии и пациент вместе против ХНИЗ» среди населения реализуется не более чем на 62,6%.

9. На основе результатов исследования разработанная модель мониторинга, оценки и устранения «эпидемиологического дебюта» ХНИЗ и референсного риска основных неинфекционных патологий, даст возможность эффективнее реализовать профилактическую и лечебную работу среди пожилых относительно прекращения модифицируемых ФР.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL UNDER THE SCIENTIFIC  
COUNCIL PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 AT THE ANDIJAN STATE  
MEDICAL INSTITUTE ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**MAVLONOV NAMOZ XALIMOVICH**

**PREVALENCE AND REGIONAL APPROACHES TO PREVENTION OF CHRONIC  
NON-COMMUNICABLE DISEASES IN  
THE ELDERLY AND OLD AGE**

**14.00.43 - Preventive medicine  
14.00.05 – Internal disease**

**ABSTRACT OF DISSERTATION (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**ANDIJAN 2021**

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the **№.B2020.4.PhD/Tib1039**

The dissertation is carried out at the Bukhara state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Scientific supervisor:</b>	<b>Mamasoliev Nematjon Solievich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Fozilov Abdukahhor Vohidovich</b> doctor of medical sciences, professor <b>Salohiddinov Zuhridin Salohiddinovich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Leading organization:</b>	<b>Samarkand state medical institute</b>

The dissertation will be defended on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 at \_\_\_ p.m. hours at the meeting of the one-time Scientific Council under the Scientific Council PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan state medical institute (Address: 170100, Andijan city, Yu. Atabekov str., 1. Phone/fax: (+998) 74-223-94-50, e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan state medical institute (Registration number №\_\_\_) (Address: 170100, Andijan city, Yu. Atabekov str., 1. Phone/fax: (+998) 74-223-94-50, e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)).

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021.  
(mailing report № \_\_\_ on \_\_\_\_\_ 2021).

**M.M. Madazimov**  
Chairman of the scientific council on  
award of scientific degrees,  
doctor of medical science, docent

**M.F. Nishanov**  
Scientific secretary of the scientific  
council on award of scientific degrees,  
doctor of medical science, docent

**M.R. Agranovski**  
Chairman of the scientific seminar at  
the scientific council on award of scientific  
degrees doctor of medical science, professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The aim of the research work** Determination and assessment of chronic infectious diseases and risk factors for their development among the elderly and senile population in the arid zone of Bukhara.

**The object of the scientific research** The object of the research was the unorganized male and female population (n = 1544) of the elderly (60-74 years old) and old age (75-89 years old) of the city of Bukhara. A representative sample was formed according to the electoral lists of the population, standardized epidemiological research methods were used in accordance with the requirements of the WHO.

**The scientific novelty of the research work is**

the comparative prevalence of the main modifiable risk factors influencing the population mechanisms of the development of chronic non-infectious diseases among elderly and senile people was revealed;

a high-risk priority strategy was created, focused on early detection and correction of high-risk factors for chronic non-infectious diseases among the elderly and senile population in the arid zone of Uzbekistan;

direct correlations have been proven between the main risk factors, including physical inactivity, increased body weight, arterial hypertension, alcohol consumption, smoking, excessive salt intake and all classes of chronic non-communicable diseases;

a model for monitoring, assessing and eliminating the "epidemiological debut" of chronic non-communicable diseases and the reference risk of major non-communicable pathologies, depending on regional characteristics, has been developed.

**Implementation of the research results.** According to the results of the dissertation research to improve the results of prevention of chronic diseases and monitoring of their risk factors in elderly and senile people: methodological recommendations were developed "A method for assessing the prevention of chronic non-infectious diseases among elderly and senile people" (conclusion of the Ministry of Health No.08-09/5793 of 11.06.2021);

The proposed recommendations are based on the optimization of diagnostics of the main risk factors for non-communicable diseases and the subsequent rehabilitation of this category of patients, which made it possible to improve the quality and duration of life;

«Methods of application of mobile health practice in monitoring of risk factors of non-communicable diseases among the population» (conclusion of the Ministry of Health No.08-09/5793 of 11.06.2021). The developed recommendations made it possible to increase the effectiveness of the prevention of chronic non-infectious diseases in elderly and senile people, to reduce the number of morbidity and mortality from complications.

Based on the scientific results obtained, the implementation of the Kagan, Peshku, Zhondor, Romitan, Bukhara regional medical associations was carried out (conclusion of the Ministry of Health No.08-09/5793 of 11.06.2021). The proposed

set of recommendations for combating chronic non-infectious diseases made it possible to optimize the monitoring and secondary prevention program, which will help reduce the influence of risk factors and, accordingly, reduce overall morbidity and mortality in elderly and old people.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, conclusions, a list of used literature. The volume of the thesis is 115 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАНИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Mamasaliev N.S., Mavlonov N.Kh., Rakhmatova D.B., Radjabova G.H., Manasova G.M., Manasova I.S., Jalilova U.D. Main risk factors and prevention routes for chronic noninfectious diseases (review) // AJMR december 2018 Vol. 7, Issue 12. P. 48-53. (2) (14.00.00, Impact Factor= 5.443 )
2. Мамасалиев Н.С., Мавлонов Н.Х., Усманов Б.У., Каримов У.Б., Эргашбоева Д.А. Ўзбекистоннинг Фарғона водийсида ўзгарган иқлим шароитида ўткир коронар синдромини ташхислашнинг «муҳим эпидемиологик тадқиқотлар» // Tibbiyotda yangi kun, 2019, №3, 154-157 б. (14.00.00. №22)
3. Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С. Мамасалиев З.Н. Геронтологические и гериатрические аспекты профилактики неинфекционных заболеваний: Актуальные проблемы исходя из данных эпидемиологических ситуаций в мире // Новый день в медицине, 2020, №3, С. 369-372 (14.00.00. №22)
4. Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н. Превентивные подходы к раннему выявлению и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины, 2020, №4 С. 210-214 (14.00.00. №19)
5. Мавлонов Н.Х. Распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди неорганизованного населения пожилого и старческого возраста // Новый день в медицине, 2020, №4, С. 657-663 (14.00.00. №22)
6. Mavlonov N.X. Prevalence of modifiable risk factors for chronic noncommunicable diseases in the elderly and senile population // ACADEMICIA An International Multidisciplinary Research Journal, January 2021 Vol. 11, Issue 1, P. 1148 – 1153. (14.00.00, Impact Factor= 7.492)
7. Mamasaliev N.S., Mavlonov N.H., Tairov M.Sh., Rakhmatova D.B. Gerontological and Geriatric Aspects of Prevention of Non-Communicable Diseases: Current Problems from the Data of Epidemiological Situations in the World // Annals of of the Romanian Society for Cell Biology, 2021, Vol. 25, Issue 1, P. 5162 – 5171. (14.00.00. Scopus).

**II бўлим (II часть; part II)**

8. Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С. Способ оценки профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста // Методические рекомендации, Бухара 2021.
9. Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С. Юқумли бўлмаган касалликлар хавф омилларини аҳоли орасида мониторинг қилишда мобил соғлиқни сақлаш амалиётини қўллаш услуги // Услубий тавсиянома, Бухоро 2021.
10. Мамасалиев Н.С., Мавлонов Н.Х., Ражабова Г.Х., Рахматова Д.Б. Кексалар ва қарияларда нафас олиш органлари сурункали ноинфекцион



касалликларини олдини олиш ва эрта аниқлаш // Гувохнома Электрон ҳисоблаш машиналари учун дастур №DGU 05787 22.11.2018.

11. Ҳалимов Н.Н., Мавлонов Н.Х. Сурункали ноинфекцион касалликларнинг хавф омилларини ўрганиш. // Сборник материалов первой международной конференции студентов-медиков и молодежи Том-1, 23-25 мая 2019, С. 209
12. Мавлонов Н.Х., Ҳалимов Н.Н. Изучение метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально значимых заболеваний» 19.09.2019, Бухара С. 69
13. Mavlonov N.X., Badritdinova M.N., Rahmatova D.B. YIK yuzaga kelishida xavf omil sifatida ortiqcha tana vazni va abdominal semizlikni o'rganish // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально-значимых заболеваний» 2019, Бухара С.70
14. Мамасолиев Н.С., Мавлонов Н.Х. Кекса ва қариларда сурункали ноинфекцион касалликларнинг ўзгартириб бўладиган хавф омиллари тарқалиши // “Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш” мавзусидаги республика илмий амалий анжумани, Андижон, 2020, 150 б.