

ŞƏKƏRLİ DİABET TİP 2 KOHORTADA RİSK FAKTORLARI VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN SKRİNİNQİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Mehdiyev S.X.*

*e-mail: smehdiyev@mail.ru

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə Azərbaycanın paytaxtı və şimal bölgəsində yaşayan 409 nəfər şəkərli diabet tip 2 xəstələrdə risk faktorları və həyat keyfiyyəti göstəricilərinin müqayisəli xüsusiyyətləri haqqında məlumatlar verilmişdir. "ARİC" sorğu anketindən istifadə edilməklə risk faktorları haqqında məlumatlar əldə edilmiş, bədən kütlə indeksi və abdominal piylənmə təyin edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, Bakıda yaşayan diabetli xəstələr arasında işləyənlər, alkoqoldan az və orta miqdarda istifadə edənlər, yüngül dərəcəli qidalanma pozulması, II, III dərəcəli və abdominal piylənməsi, aşağı fiziki aktivliyi olanlar, subklinik təzahürlü həyəcan, orta və ağır dərəcəli stress keçirənlər daha çox müşahidə edilmişdir. Şimal bölgəsində yaşayanlarda isə siqaret çəkənlər, alkoqoldan izafi istifadə edənlər, orta və ağır dərəcəli qidalanma pozulması olanlar, klinik təzahürlü həyəcan və depressiyası, yüksək dərəcəli stress vəziyyəti üstünlük təşkil etmişdir ki, bu da bu bölgədə yaşayan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə gətirib çıxarmışdır. Odur ki, əsasən şimal bölgəsində məskunlaşmış şəkərli diabet tip 2 xəstələri arasında mütəmadi skrininglərin aparılması və profilaktik tədbirlərin daha da gücləndirilməsi vacibdir.

Açar sözlər: şəkərli diabet tip 2, risk faktorları, həyat keyfiyyəti.

Şəkərli diabet tip 2 (ŞD2) dünyada çox ciddi sosial-iqtisadi problemlərlə müşayiət olunan qeyri-infeksion xəstəliklərdən biri hesab edilir. Bu patologiyadan baş verən ağırlaşmalar, əmək qabiliyyətinin itirilməsi və ölüm göstəriciləri getdikcə artmaqda davam edir [1, 2]. Bu problemin qarşısını almaq üçün diabetdən əziyyət çəkən xəstələrdə birincili və ikincili profilaktika tədbirlərinin vaxtında və adekvat həyata keçirilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Məlumdur ki, hər bir coğrafi bölgədə yaşayan diabetli xəstələrin özünə məxsus həyat tərzi, qidalanma xüsusiyyətləri və digər risk faktorları vardır ki, xəstələrin düzgün müalicə taktikasının seçilməsində bu sosial-demoqrafik, davranış və psixoloji faktorlar mütləq nəzərə alınmalıdır [3, 4]. Qeyd edilən modifikasiya olunan risk faktorlarının adekvat idarə olunması xəstəliyin fəsadlarının qarşısının alınmasına və onlarda həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxara bilər [5].

Yuxarıda qeyd edilənləri nəzərə alaraq, **tədqiqatın məqsədi** şəhər və rayonda yaşayan ŞD2 Azərbaycan kohortasında risk faktorları və həyat keyfiyyəti göstəricilərinin müqayisəli xüsusiyyətlərini öyrənməkdən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatda ŞD2 diaqnozu ilə qeydiyyatda olan 30-69 yaşlı 409 xəstə iştirak etmiş, onların 301 nəfəri Bakıdan, 108 nəfəri isə respublikanın şimal bəlgəsindən (Quba, Zaqatala, Şəki) olmuşlar. Xəstələrin 124-ü (30,3%) kişi, 285-i (69,7%) isə qadın olmuş, orta yaşları $54,1 \pm 0,4$ il təşkil etmişdir. Onların yaş tərkibi aşağıdakı kimi olmuşdur: 30-39 yaş – 1,9%; 40-49 yaş – 24,2%; 50-59 yaş – 50,5% və 60-60 yaş – 23,4%.

Xəstələr Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının ekspertləri tərəfindən hazırlanmış və kliniki-epidemioloji tədqiqatlarda istifadə edilən "ARİC" sorğu anketi vasitəsilə suallara cavab vermişlər.

Əgər xəstə həftə ərzində 5 dəfə və daha çox tezlikdə 7 şüşə (3,5 litr) və daha çox pivə və/və ya 700 qram və daha çox tünd çaxır və/və yaxud 1 litr və daha çox çaxır və/və ya 300 qram və daha artıq araş və digər tünd içki qəbul etmişsə, o alkoqoldan izafi istifadə edən, qəbul edilən spirtli içkinin miqdarı bu göstəricilərdən az olduqda isə, alkoqoldan az və orta dərəcədə istifadə edən kimi qiymətləndirilmişdir.

Bədən kütlə indeksi (BKİ) (Kettle indeksi) $0,1 \text{ kq/m}^2$ dəqiqliklə hesablanmış və $<25 \text{ kq/m}^2$ -norma, 25-29 – artıq bədən çəkisi (piylənmə önü hal), 30-34 – I dərəcəli, 35-39 – II dərəcəli, $\geq 40 \text{ kq/m}^2$ – III dərəcəli piylənmə, Beynəlxalq Diabet Federasiyasının təsnifatına görə, bel dairəsinin kişilərdə $\geq 94 \text{ sm}$, qadınlarda isə $\geq 80 \text{ sm}$ olması isə abdominal piylənmə kimi götürülmüşdür.

Gün ərzində 5 saatdan az oturan və 30 dəqiqədən az olmamaqla gəzən və/və yaxud həftədə 2 saatdan az olmamaqla fiziki hərəkət edən şəxslər normal, bu göstəricilərdən az hərəkətdə olanlar isə az fiziki aktivlikli hesab edilmişlər.

Sorğuya görə, xəstələrdə karbohidrat, yağ və duz mübadiləsi pozulması növlərindən biri – yüngül (1-1,9 bal), qidalanma pozulmasının 2 növü – orta (2-2,9 bal), hər 3-ü isə ağır dərəcəli (≥ 3 bal) qidalanma pozulması, 0-0,9 bal isə sağlam qidalanma kimi götürülmüşdür.

Həyəcan və depressiyanın hospital şkalasına görə, 0-7 bal – norma, 8-10 bal – subklinik təzahürlü həyəcan və depressiya, ≥ 11 bal – klinik əlamətli həyəcan və depressiya kimi, 1-1,9 bal – ağır dərəcəli, 2-2,9 bal – orta, 3-3,9 bal – yüngül dərəcəli stres vəziyyəti, 0-0,9 bal isə stresin olmaması kimi qiymətləndirilmişdir.

Həyat keyfiyyəti göstəriciləri isə EQ-5D sorğusuna (European Quality of Life Instrument) görə dəyərləndirilmiş və diabetli xəstələrin hərəkət, özünə qulluq, gündəlik aktivliyə dair vəziyyəti, ağrı, diskomfort, həyəcan, depressiya hiss etmələri qiymətləndirilmişdir.

Alınmış məlumatların statistik təhlili variasiya (Kruskal-Wallis), diskriminant (χ^2 -Pirsonun tetraorik və poliorik meyarı) və dispersiya (ANOVA testi) təhlil üsullarının tətbiqi ilə MS EXCEL-2010 və SPSS-20 proqramlarında aparılmışdır. Məlumatlar orta göstərici \pm standart səhv (keyfiyyət məlumatlarında – tezlik) və onun 95%-lik etibarlıq intervalı (EI) şəklində verilmişdir, $p < 0,05$ olduqda, nəticələr statistik əhəmiyyətli hesab edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Cə. 1-dən göründüyü kimi, Bakıda ŞD2 xəstələrin yaşlarının orta göstəricisi şimal bölgəsində yaşayanlardan artıq olmuşdur. Paytaxtda diabetli xəstələr arasında ali təhsillilər üstünlük təşkil etdiyi halda, şimal bölgəsindəkilərdə orta və natamam orta təhsillilərin rastgəlmə tezliyi yüksək olmuşdur. Bakıda işləyənlər rayondakılardan 2 dəfə çox müşahidə edilmiş, əksinə, rayonda siqaret çəkənlərin tezliyi Bakıdakılardan 1,5 dəfə artıq olmuşdur. Xəstələrin ailə vəziyyətlərində bölgələr arasında əhəmiyyətli fərq qeyd edilməmişdir. Az və orta miqdarda alkoqol qəbulu Bakıda, izafi istifadə isə bölgədəki xəstələrdə aşkar olunmuşdur. Sorğu zamanı Bakıda daha çox xəstələrdə normal qidalanma və yüngül dərəcəli qidalanma pozulması qeyd edildiyi halda, şimal bölgəsində olan xəstələrdə orta və ağır dərəcəli qidalanma pozulmasının artmasının şahidi olduq. Rayonda yaşayanlarda normal BKİ Bakıdakılardan 2 dəfə çox aşkar edilmiş, eyni zamanda II, III dərəcəli və abdominal piylənməyə də Bakıda yaşayanlarda daha çox rast gəlinmişdir. Aşağı fiziki aktivlik hər 2 bölgədə

olanların təxminən yarısında müşahidə edilmiş, Bakıda bu göstərici rayondakı xəstələrdən statistik əhəmiyyətli çox olmuşdur.

Cədvəl 1

Sosial-demoqrafik və davranış risk faktorlarının bölgələr üzrə xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Qradasiya	Bakı	Şimal bölgəsi	p
Yaş, il	n M±m (95% Eİ)	301 54,9±0,4 (54,1-55,7)	108 53,3±0,6 (51,7-53,9)	<0,05
Təhsilin səviyyəsi, n (%)	Təhsili yoxdur	2 (0,7)	0	<0,001
	Ali	131 (43,5)	13 (12,0)	
	İxtisas	63 (20,9)	22 (20,4)	
	Orta	93 (30,9)	56 (51,9)	
	Natamam orta	12 (4,0)	17 (15,7)	
Məşğulluq statusu, n (%)	İşləyir	135 (44,9)	21 (19,4)	<0,001
Ailə vəziyyəti, n (%)	Evlənməyib	8 (2,7)	2 (1,9)	>0,05
	Ailəli	239 (79,4)	86 (79,6)	
	Boşanmış	8 (2,7)	4 (3,7)	
	Dul	46 (15,3)	16 (14,8)	
Siqaret, n (%)	Çəkir	30 (10,0)	36 (15,9)	<0,05
Alkoqol, n (%)	İçmir	68 (22,6)	29 (26,9)	<0,05
	Az və orta miqdarda	202 (67,1)	59 (54,6)	
	İzafi	31 (10,3)	20 (18,5)	
Qidalanma pozulması, n (%)	Yoxdur	88 (29,2)	21 (19,4)	<0,05
	Yüngül dərəcə	121 (40,2)	35 (32,4)	
	Orta dərəcə	79 (26,2)	43 (39,8)	
	Ağır dərəcə	13 (4,3)	9 (8,3)	
BKİ, kq/m ²	n M±m (95% Eİ)	301 33,1±0,3 (32,5-33,7)	108 31,8±0,5 (20,0-47,6)	<0,05
BKİ, n (%)	Norma	12 (4,0)	10 (9,3)	<0,05
	Artıq bədən çəkisi	78 (25,9)	30 (27,8)	
	I dərəcəli piylənmə	114 (37,9)	44 (40,7)	
	II dərəcəli piylənmə	64 (21,3)	16 (14,8)	
	III dərəcəli piylənmə	33 (11,0)	8 (7,4)	
Bel dairəsi (BDF), sm	n M±m (95% Eİ)	301 106,7±0,7 (102,6-109,9)	108 105,3±1,2 (102,7-108,9)	<0,05
Abdominal piylənmə, n (%)	Var	293 (97,3)	98 (90,7)	<0,01
Aşağı fiziki aktivlik, n (%)	Var	165 (54,8)	51 (47,2)	>0,05

Qeyd: BKİ – bədən kütlə indeksi, BDF – Beynəlxalq Diabet Federasiyası, Eİ – etibarlıq intervalı, p – fərqlin dərəcəsi.

Şimal bölgəsində xəstələrdə həyəcan və depressiyanın orta göstəricisi klinik, Bakıda isə subklinik təzahürlü həyəcan və depressiyaya uyğun olmuşdur (cədv. 2).

Bakıda həyəcan və depressiya hiss etməyənlər rayondakılardan 2 dəfə çox müşahidə edilmiş, subklinik təzahürlü həyəcan Bakıda bölgədəkilərdən çox qeydə alınmış, subklinik təzahürlü depressiyada əhəmiyyətli fərq olmamış, klinik təzahürlü həyəcan və depressiya isə şimal bölgəsində Bakıdakılardan təxminən 2 dəfə çox aşkar edilmişdir. Stresin orta göstəricisi isə şimal bölgəsində yüksək, Bakıda isə orta səviyyəli stressə uyğun olmuşdur. Orta və aşağı dərəcəli stres Bakıdakı xəstələrdə müşahidə olunduğu halda, rayonda yaşayanlar yüksək dərəcəli stressdən əziyyət çəkmişlər.

Cədvəl 2

Psixoloji faktorların xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Qradasiya	Bakı	Şimal bölgəsi	p
Həyəcan, bal	n M±m (95% Eİ)	301 9,2±0,2 (8,9-9,6)	108 10,8±0,3 (10,3-11,3)	<0,001
Həyəcan, n (%)	Yoxdur	89 (29,6)	15 (13,9)	<0,01
	Subklinik təzahürlü	111 (36,9)	31 (28,7)	
	Klinik təzahürlü	101 (33,6)	62 (57,4)	
Depressiya, bal	n M±m (95% Eİ)	301 8,0±0,2 (7,7-8,4)	108 10,3±0,3 (8,7-10,9)	<0,001
Depressiya, n (%)	Yoxdur	131 (43,5)	22 (20,4)	<0,01
	Subklinik təzahürlü	105 (34,9)	40 (37,0)	
	Klinik təzahürlü	65 (21,6)	46 (42,6)	
Stres, bal	n M±m (95% Eİ)	301 2,1±0,0 (2,0-2,1)	108 1,8±0,0 (1,0-3,2)	<0,001
Stres, n (%)	Yoxdur	0	0	<0,05
	Yüksək dərəcəli	129 (42,9)	61 (56,5)	
	Orta dərəcəli	157 (52,2)	45 (41,7)	
	Aşağı dərəcəli	15 (5,0)	2 (1,9)	

Şimal bölgəsində yaşayan ŞD2 xəstələr daha çox hərəkət, özünə qulluq, gündəlik aktivliklə əlaqədar müəyyən problemlərin olduğunu, sərbəst yuyuna və geyinə, gündəlik işləri yerinə yetirə bilmədiklərini qeyd etmiş, ağrı yaxud diskomfortun onlara əziyyət verdiyini, sorğu zamanı bir qədər və ciddi həyəcan yaxud depressiyanın olduğunu bildirmişlər (cədv. 3). Bakıda yaşayanların

vəziyyətlərində əvvəlki illə müqayisədə daha çox yaxşılaşma və dəyişiksizlik olduğu halda, bölgədəkilərdə pisləşmə müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 3

Həyat keyfiyyəti göstəricilərinin bölgələr üzrə xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Qradasiya	Bakı	Şimal bölgəsi	p
Hərəkət, n (%)	Problem yoxdur	84 (27,9)	17 (15,7)	<0,05
	Bəzi problemlərim var	217 (72,1)	91 (84,3)	
	Yataq xəstəliyem	0	0	
Özünə qulluq, n (%)	Problem yoxdur	209 (69,4)	56 (51,9)	<0,01
	Bəzi problemlərim olur	89 (29,6)	48 (44,4)	
	Sərbəst yuyuna və geyinə bilmirəm	3 (1,0)	4 (3,7)	
Gündəlik aktivlik, n (%)	Problem yoxdur	164 (54,5)	37 (34,3)	<0,001
	Bəzi problemlərim var	130 (43,2)	58 (53,7)	
	Gündəlik işləri yerinə yetirə bilmirəm	7 (2,3)	13 (12,0)	
Ağrı, diskomfort, n (%)	Hiss etmirəm	54 (17,9)	12 (11,1)	<0,001
	Hal-hazırda bir qədər ağrı yaxud diskomfort hiss edirəm	182 (60,5)	53 (49,1)	
	Ağrı yaxud diskomfort əziyyət verir	65 (21,6)	43 (39,8)	
Həyəcan, depressiya, n (%)	Hiss etmirəm	186 (61,8)	52 (48,1)	<0,05
	Hal-hazırda bir qədər həyəcan yaxud depressiya vardır	100 (33,2)	44 (40,7)	
	Ciddi həyəcan yaxud depressiya vardır	15 (5,0)	12 (11,1)	
Həyat keyfiyyəti, n (%)	Yaxşılaşıb	52 (17,3)	7 (6,5)	<0,001
	Dəyişiksiz	71 (23,6)	12 (11,1)	
	Pisləşib	178 (59,1)	89 (82,4)	

Tədqiqatın nəticələrinin müzakirəsi. Sübut edilmişdir ki, ŞD2 xəstələrin yaşayış mühitindən asılı olaraq, onlarda xəstəliyin özünəməxsus risk faktorları formalaşır ki, bunların da uzun müddət davam etməsi və adekvat idarə olunmaması müxtəlif ağırlaşmalara gətirib çıxarır [4, 6-8]. Zhang N. et al. görə, ŞD2 xəstələrdə BKİ və xəstələrin məşğulluğu ilə xəstələrin yaşadıkları coğrafi mühit arasında əhəmiyyətli assosiasiya olmamışdır [1]. Bizim populyasiyada isə əksinə olaraq, şəhərdə işləyənlər və II, III dərəcəli piylənmədən əziyyət çəkənlər rayonda yaşayanlardan statistik əhəmiyyətli çox aşkar edilmişdir ki, bunu da

urbanizasiyanın xüsusiyyətləri və oturaq həyat tərzinin bu qrup xəstələrdə üstünlük təşkil etməsi ilə əlaqələndirmək olar.

Çində yaşayan uyğurlar arasında aparılmış digər bir tədqiqat göstərmişdir ki, şəhərdə yaşayan diabetli xəstələrin təhsil səviyyələri adətən yüksək, qazancı çox, fiziki aktivliyi isə az olmuşdur ki, analoji nəticə bizim tədqiqatda da alınmışdır [4].

Diabetli xəstələrin zərərli vərdişləri də fərqli bölgə xüsusiyyətlərinə malikdir [2, 9]. Nəzarətimizdə olan xəstələrdə siqaret çəkənlərin rastgəlmə tezliyi 10-16% arasında dəyişmiş, əsasən kişilərdə müşahidə edilmiş, rayonda yaşayanlar Bakıdakılara nisbətən siqaretdən daha çox istifadə etdikləri halda, Sudanda ŞD2 xəstələr arasında siqaret çəkənlərin tezliyi bizim kohortadan az (2,5%) [2], Keniyada isə çox (23,6%) olmuşdur [9]. Xəstələrimiz arasında siqaret çəkilməsinin tezliyinin ümumilikdə az olmasını müsbət hal kimi dəyərləndirmək lazımdır, ancaq bu zərərli vərdişin istifadəsinin azaldılması və tərgidilməsi istiqamətində maarifləndirmə işlərini daha da gücləndirməyə ehtiyac vardır.

Kimando M.W. et al. görə, Keniyada ŞD2 xəstələrin 26,5%-i sorğu zamanı alkoqoldan izafi istifadə etdiklərini bildirmişlər [9]. Bizim kohortada həm şəhərdə (10,3%), həm də rayonda yaşayan diabetli xəstələrin izafi alkoqol istifadəsi (18,5%) Keniyadakılardan az olmuşdur ki, bunu da diabetli xəstələrin səhhətlərinə daha diqqətli münasibəti, izafi alkoqol istifadəsinin fəsadlarının xəstələri daha çox narahat etmələri ilə əlaqələndirmək lazımdır.

ŞD2-dən əziyyət çəkən Amerika hindliləri arasında siqaret çəkmə və alkoqoldan izafi istifadə etmənin tezliyi də yüksək olmuşdur ki, bu da onlarda ürək-damar xəstəliklərinin baş vermə riskini ciddi şəkildə artırmışdır [10].

Diabetli xəstələrdə piylənmənin formalaşmasında qidalanmanın xüsusiyyətləri də mühüm əhəmiyyət kəsb edir. G.L.Du et al. görə, şəhərdə yaşayanlarda piylənmə və qidalanma pozulması kənddəkilərə nisbətən əhəmiyyətli çox yayılmışdır [4]. Bizim kohortada da ağır dərəcəli piylənmə şəhərdəki xəstələrdə qeyd edildiyi halda, artıq bədən çəkisi və I dərəcəli piylənmə isə rayonda yaşayanlarda müşahidə olunmuşdur. Qidalanmaya gəldikdə isə,

əksinə - yüngül dərəcəli qidalanma pozulması şəhərdəkilərdə, orta və ağır dərəcəli qidalanma pozulması şimal bölgəsindəki xəstələrdə daha çox qeyd edilmişdir.

Psixososial faktorlar da diabetli xəstələri narahat edən amillərdən hesab olunur. 3170 xəstənin iştirak etdiyi beynəlxalq tədqiqatın nəticələrinə görə, ŞD2 xəstələrdə həyəcan və onun yayılması haqqında məlumatlar məhduddur. Həyəcanın diabetli xəstələr arasında yayılmasının ümumi göstəricisi 18% olmuş, onların 2,8%-də həyəcanın bir neçə növü müəyyən edilmiş, əsasən yayılmış (8,1%) və panik həyəcan (5,1%) formaları üstünlük təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə qadın cinsi, diabetin ağırlaşmaları və müddətinin artıq olması, qlikemiyaya pis nəzarət həyəcanla assosiasiya edən əsas faktorlar olmuşdur. Həyəcan pozulmaları daha çox Ukrayna, Səudiyyə Ərəbistanı və Argentinada, ən az isə Banqladeş və Hindistanda müşahidə edilmişdir [8]. Bizim kohortada sorğu əsasında həyəcanın rastgəlmə tezliyi daha yüksək (28,7-57,4%) olmuş və daha çox qadınlarda (83,1%) müşahidə edilmişdir. Subklinik təzahürlü həyəcan Bakıdakı xəstələrdə üstünlük təşkil etdiyi halda (36,9%), klinik təzahürlü həyəcan vəziyyəti (57,4%) isə daha çox şimal bölgəsindəki xəstələrdə qeyd edilmişdir. Həyəcanın determinantları bizim xəstələrdə də eynilik təşkil etmişdir.

Depressiya da ŞD2-nin əmələ gəlməsinə şərait yaradan, onun gedişini ağırlaşdıran və mühüm əhəmiyyət kəsb edən sərbəst risk faktorlarından biri hesab edilir [11]. Bizim kohortada depressiyanın yayılma tezliyi yüksək olmuş, belə ki, klinik təzahürlü depressiyanın tezliyi şimal bölgəsində yaşayanların 2/5-də (42,6%), subklinik təzahürlü depressiya hər 2 bölgədə kohortanın təxminən 1/3-də (34,9-37%) müşahidə edildiyi halda, Peruda depressiyanın yayılma tezliyi daha az – 23,1% olmuşdur [6]. Bizim kohortada depressiyanı ən az (xəstələrin 1/5-i – 21,6%) Bakıda yaşayan xəstələr hiss etmişlər.

Səudiyyə Ərəbistanında 300 nəfər ŞD2 xəstənin iştirakı ilə aparılan tədqiqatın nəticələrinə əsasən isə, həyəcan xəstələrin 43,6%-də, depressiya isə 34,8%-də aşkar edilmişdir. Bu vəziyyət diabetli xəstələrə komanda şəklində yanaşmanın vacibliyini bir daha sübut edir və bu problemi daha ətraflı araşdırmaq

və həyəcan, depressiya ilə əlaqəli risk faktorlarını təyin etmək üçün işə tədqiqatçılar geniş miqyaslı tədqiqatların aparılmasına ciddi ehtiyac olduğunu vurğulamışlar [12].

İsveçdə aparılmış tədqiqat qlikemiyaya pis nəzarət olunması fonunda demoqrafik və digər risk faktorları, diabetin ağırlaşmalarından asılı olmayaraq, xəstələrdə həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə gətirib çıxarmışdır [7]. Bizim populyasiyada da analoji nəticələr alınmışdır. Belə ki, həm paytaxtda, həm də şimal bölgəsində yaşayan diabetli xəstələrdə qlikohemoqlobinin orta göstəriciləri (müvafiq olaraq $8,9 \pm 0,2$ % vs $9,5 \pm 0,3$, $p < 0,05$), eyni zamanda qlikemik statusa qeyri-adekvat nəzarətin rastgəlmə tezliyi (müvafiq olaraq 74,7% vs 86,2%, $p < 0,05$) yüksək olmuşdur ki, bu da xəstələrdə öyrənilən həyat keyfiyyət göstəricilərinin (hərəkət, üzünə qulluq, gündəlik aktivlik, ağrı, diskomfort, həyəcan və depressiya hiss etmələri) pisləşməsinə gətirib çıxarmışdır və göründüyü kimi, bu pisləşmə rayon şəraitində yaşayan xəstələrdə özünü daha ciddi şəkildə göstərmişdir.

Beləliklə, qeyd edilənləri yekunlaşdıraraq, belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, ŞD2 xəstələrdə yaşadıkları bölgədən və həyat tərzindən asılı olaraq, ürək-damar xəstəliklərinin risk faktorlarının fərqli xüsusiyyətləri vardır və bu qrup xəstələrdə mövcud kliniki-epidemioloji vəziyyətin düzgün qiymətləndirilməsində və hədəf orqan zədələnmələrinin profilaktikasında öyrənilən risk faktorları mütləq nəzərə alınmalıdır. Şimal bölgəsində yaşayan ŞD2 xəstələrdə paytaxtdakılarla müqayisədə ÜDX-nin risk faktorlarının rastgəlmə tezliyi yüksək olmuşdur. Bu onu göstərir ki, bu bölgədə yaşayan xəstələr və tibb işçiləri arasında profilaktika tədbirləri, müalicə işləri zəif aparılır və gələcəkdə bu istiqamətdə səyləri daha da gücləndirmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛІТЕРАТУРА

1. Zhang N., Yang X., Zhu X. et al. Type 2 diabetes mellitus unawareness, prevalence, trends and risk factors: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2010 // J. Int. Med. Res., 2017, 45(2), pp. 594-609. doi: 10.1177/0300060517693178.
2. Almobarak A.O., Badi S., Elmadhoun W.M. et al. The prevalence and risk factors of stroke among Sudanese individuals with diabetes: Cross-sectional survey // Brain Circ., 2020, 6(1), pp. 26-30. doi: 10.4103/bc.bc-15-19.

3. Cui Y., Zhang M., Zhang L. et al. Prevalence and risk factors for diabetic retinopathy in a cross-sectional population-based study from rural southern China: Dongguan Eye Study // *BMJ. Open.*, 2019, 9(9), e023586. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023586.
4. Du G.L., Su Y.X., Yao H. et al. Metabolic Risk Factors of Type 2 Diabetes Mellitus and Correlated Glycemic Control/Complications: A Cross-Sectional Study between Rural and Urban Uygur Residents in Xinjiang Uygur Autonomous Region // *PLoS One.*, 2016, 11(9), e0162611. doi: 10.1371/journal.pone.0162611.
5. Safar M., Gnakamene J., Bahous S. et al. Longitudinal Study of Hypertensive Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus: Overall and Cardiovascular Risk // *Hypertension*, 2017, 69(6), pp. 1029-1035. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08962.
6. Valladares-Garrido M.J., Soriano-Moreno A.N., Rodrigo-Gallardo P.K. et al. Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey // *Diabetes Metab. Syndr.*, 2020, 14(2), pp. 141-146. doi: 10.1016/j.dsx.2020.02.001.
7. Svedbo Engström M., Leksell J., Johansson U.B. Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes - a nationwide cross-sectional study // *Health Qual. Life Outcomes.*, 2019, 17(1), p. 141. doi: 10.1186/s12955-019-1212-z.
8. Chaturvedi S.K., Manche Gowda S., Ahmed H.U. et al. More anxious than depressed: prevalence and correlates in a 15-nation study of anxiety disorders in people with type 2 diabetes mellitus // *Gen. Psychiatr.*, 2019, 32(4), e100076. doi: 10.1136/gpsych-2019-100076.
9. Kimando M.W., Otieno F.C.F., Ogola E.N., Mutai K. Adequacy of control of cardiovascular risk factors in ambulatory patients with type 2 diabetes attending diabetes out-patients clinic at a county hospital, Kenya // *BMC Endocr. Disord.*, 2017, 17(1), p. 73. doi: 10.1186/s12902-017-0223-1.
10. Walls M.L., Hautala D., Gonzalez M. et al. Perceptions and Prevalence of Alcohol and Cigarette Use Among American Indian Adults With Type 2 Diabetes // *Clin. Diabetes*. 2019, 37(3), pp. 260-268. doi: 10.2337/cd18-0078.
11. Shinkov A., Borissova A.M., Kovatcheva R. et al. Increased prevalence of depression and anxiety among subjects with metabolic syndrome and known type 2 diabetes mellitus - a population-based study // *Postgrad. Med.*, 2018, 130(2), pp. 251-257. doi: 10.1080/00325481.2018.1410054.
12. Al-Mohaimed A.A. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes in Qassim: A descriptive cross-sectional study // *J. Taibah Univ. Med. Sci.*, 2017, 12(5), pp. 430-436. doi: 10.1016/j.jtumed.2017.04.002.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ФАКТОРОВ РИСКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мехдиев С.Х.

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей им. А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан*

В статье представлены сведения о сравнительных особенностях факторов риска и показателей качества жизни 409 больных сахарным диабетом 2 типа (СД2), проживающих

в столице Азербайджана и в северном регионе. Сведения о факторах риска были получены с помощью анкеты опросника "ARIC", а также определены индекс массы тела и абдоминальное ожирение. Было установлено, что наибольшее число работающих, употребляющих алкоголь в малых и средних количествах, нарушение питания легкой степени, ожирение II и III степени, а также абдоминальное ожирение, лица с низкой физической активностью, субклиническим проявлением тревоги и лица со средней и тяжелой степенью стресса отмечалось среди больных диабетом проживающих в г. Баку. А среди проживающих в северном регионе отмечалось преобладание курящих, злоупотребляющих алкоголь, лиц с нарушением питания средней и тяжелой степени, клиническим проявлением тревоги и депрессии, а также с высокой степенью стресса, что в свою очередь, приводило к ухудшению качества жизни больных СД2 в данном регионе. Сложившаяся ситуация диктует важность проведения регулярных скринингов и усиления профилактических мероприятий среди больных СД2, проживающих в северном регионе.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, факторы риска, качество жизни.

Summary

RESULTS OF RISK FACTORS AND LIFE QUALITY INDICATORS IN DIABETES TYPE 2 COHORTA

Mehdiyev S.Kh.

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Department of Therapy, Baku, Azerbaijan*

The article provides information on risk factors and comparative features of quality of life in 409 patients with type 2 diabetes mellitus living in the capital and northern regions of Azerbaijan. Information on risk factors was obtained using the "ARIC" questionnaire, and body mass index and abdominal obesity were determined. It was found that among diabetics living in Baku, working, low and moderate alcohol consumption, mild malnutrition, grade II, III and abdominal obesity, low physical activity, subclinical anxiety, moderate and severe stress were observed more often. In the northern region, smoking, alcohol abuse, moderate to severe malnutrition, clinical anxiety and depression, and high levels of stress predominated, leading to a deterioration in the quality of life of patients in the region. Therefore, it is important to conduct regular screenings and strengthen preventive measures among type 2 diabetes mellitus patients, mainly in the northern region.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, risk factors, quality of life.

Redaksiyaya daxil olub: 25.01.2021

Çapa tövsiyə olunub: 14.02.2021

Rəyçi: prof. Fərəcova N.A.