

Қария Ёшдаги Эркаклар Ва Аёллар Ўртасида Юрак Ишемик Касаллигининг Эпидемиологик Тавсифи (Адабиётлар тахлили)

Холматов Ш. А.¹, Тулабоева Г. М.², Муминов С. ДЖ.³, Мангасарян А. А.⁴

Резюме: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) тарқалиши ёш ўсиши билан ортади. Кекса ёшдаги шахсларда ЮИК билан боғлиқ хавф омиллари — артериал гипертония, қандли диабет, гиперхолестеринемия, тамаки чекиш ҳолатлари кўпроқ кузатилади. Бир нечта хавф омилларининг бир вақтда мавжуд бўлиши ЮИК ва инфаркт хавфини бир неча марта оширади. Артериал гипертония, айниқса, кекса ёшда ЮИК ривожланишида етакчи омил ҳисобланади ва уни бар்தараф этиш учун комплекс ёндашув зарур.

Калитли сўзлар: ЮИК, артериал гипертензия, қандли диабет, гиперхолестеринемия, тамаки, инфаркт, кекса ёш.

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)нинг тарқалиши ёш билан бирга ошиб боради, бу эса жаҳоннинг кўплаб ривожланган мамлакатларида тасдиқланган. 2015 йилда Америка Кардиология Ассоциацияси маълумотларига кўра, 40–59 ёшдаги эркаклар орасида ЮИК 6,3% ҳолатда, аёллар орасида эса 5,6% ҳолатда қайд этилган. Бу кўрсаткич 60–79 ёшли гуруҳда мос равишда 19,9% ва 9,7% гача ошгани кузатилган [1].

Британияда 2013 йилда 55–64 ёшли эркаклар орасида ЮИК тарқалиши тахминан 3,5% ни ташкил қилган бўлиб, бу 75 ёшдан катта шахслардаги кўрсаткичдан 4 барабар камроқ эди [2]. Аёллар орасида ҳам ўхшаш тенденция кузатилган — кексайган гуруҳда бу кўрсаткич 5 баробар юқори бўлган.

Россия Федерациясида 2014 йилда ЮИК билан касалланганлар сони 7 651,4 минг нафарни ташкил этган. Улардан 984,3 минг нафар беморда ЮИК биринчи марта аниқланган. Пенсия ёшидаги аҳоли орасида ЮИКнинг тарқалиши меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларга нисбатан 16% юқори экани қайд этилган. Шундан 551,5 минг нафарида касаллик биринчи марта ташхисланган [3].

Айрим прогнозларга кўра, келаси 30 йил ичида аҳоли кексайиши ва умр давомийлигининг узайиши натижасида ЮИК тарқалиши ортиши кутилмоқда. АҚШда яқин йиллар мобайнида ЮИКнинг янги ҳолатлари ўртача 26% га кўпайиши тахмин қилинмоқда. Масалан, 80 ёшли шахслар гуруҳида ЮИК тарқалиши 8,3% ни ташкил этмоқда; аёллар орасида 50–59 ёшда инфаркт ҳолатлари 20,4% бўлса, 60–69 ёшда — 34,5%, 70–79 ёшда — 37,7% ни ташкил этган [4].

Инфаркт частотасининг ортиши кардиоваскуляр тизимдаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар ҳамда хавф омилларининг кўпайиши билан боғлиқ. 2012 йилдаги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, кекса ёшдаги аёлларда артериал гипертония (АГ) ва қандли диабет (ҚД) ўрта ёшдагиларга қараганда анча кўп кузатилган. Шунингдек, уларда ожирлик, тамаки чекиш ва дислипидемия ҳолатлари ҳам кўпроқ қайд этилган [5].

Ҳозирги кунда кардиология соҳасида устувор йўналишлардан бири сифатида коронар атеросклерознинг сабабларини аниқлаш билан бирга, турли ёшдаги беморларда, айниқса кексаларда, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан боғлиқ хавф омилларининг (ХО)

^{1,2,3,4} Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Medion Innovation клиникаси



тарқалишини баҳолаш ва уларнинг касаллик юзага келиши ҳамда ўлим ҳолатидаги ҳиссасини ўрганиш ҳисобланади.

ЮИК, айниқса миокард инфарктининг (МИ) тарқалиши ХОнинг ўсиши билан чамбарчас боғлиқ. Бугунги кунда кўпгина беморларда бир нечта ХО бир вақтнинг ўзида аниқланмоқда. Масалан, 55 ёшдан катта бўлган ва МИ сабабли шифохонага ётқизилган беморлар орасида, камида 1 та ХО 90,7% эркаклар ва 92,3% аёлларда, камида 2 та ХО 69,9% ва 70,1%, 3 та ёки ундан кўп ХО эса 37,5% ва 38,0% беморларда қайд этилган [6].

Иккита ва ундан ортиқ ХОнинг бир вақтда мавжудлиги ЮИК билан касалланиш ва ундан вафот этиш хавфини бир неча марта оширади. Илмий манбаларда 2–3 ХО комбинацияси ЮИКдан ўлим хавфини бир неча баробар кўпайтириши мумкинлиги таъкидланган [7].

ЮИК билан боғлиқ ХОлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинади: ўзгартириб бўлмайдиган ва ўзгартирилиши мумкин бўлган ХОлар. Биринчи гуруҳга ёш, эркак жинси ва оилавий юрак-қон томир касалликларига мойиллик киради. Иккинчи гуруҳга эса артериал гипертония (АГ), гиперхолестеринемия, қандли диабет, қорин (абдоминал) семизлик, спиртли ичимликлар истеъмоли, жисмоний пасивлик каби омиллар киради.

Шунингдек, ёш ўсиши ўзгартирилиши мумкин бўлган ХОларнинг таъсирини кучайтиради. Масалан, 35–44 ёшли эркакларда юқори холестерин ёки артериал босим юрак хасталиклари юзага келиш хавфини 15% гача оширади. Бу хавф 45–64 ёшда 15–30%, 65 ёшдан катталарда эса 30% гача етади [8,9]. Бироқ, ёш ўсиши билан бирга ўзгартириладиган ХОларни бартараф этишдан келадиган фойда камаяди. Масалан, холестерин даражасини 10% га камайтириш 40 ёшли эркакда ЮИК хавфини 54% га камайтирса, 70 ёшда бу камайтириш атиги 20% атрофида бўлади [10].

ССЗ (шу жумладан, ЮИК ва ОНМК — мия қон айланишининг ўткир бузилиши) бўлган шахсларда ХОларнинг тарқалиши ёшга қараб ўзгариб боради. Масалан, 40–59 ёшли эркакларда сигарета чекувчилар улуши 39,7% бўлса, 60–79 ёшлиларда 10,1% ни ташкил қилган; аёллар орасида эса мос равишда 23,5% ва 10% [11]. Гиперхолестеринемиянинг тарқалиши 40–59 ёш гуруҳида анча паст бўлиб, семизлик ва АГ эса кекса ёшдагилар орасида кўпроқ учраган: эркакларда — 41,5% ва 21,7%, аёлларда — 51,6% ва 19,1%.

Россияда ўтказилган ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска) лойиҳаси доирасида 2012–2013 йилларда 11 ҳудуддаги 55–64 ёшли аҳоли орасидаги ХОлар таҳлил қилинди. Унга кўра, АГ 57,4%, гиперхолестеринемия — 74,5%, семизлик — 46,9%, тамаки чекиш эса 15,3% ҳолатларда қайд этилган. Бунда АГ ва чекувчилик эркаклар орасида кўпроқ, гиперхолестеринемия ва семизлик эса аёллар орасида юқори даражада кузатилган [12].

Артериал гипертония (АГ) юрак-қон томир касалликлари, жумладан, инсульт ва ишемик юрак касаллиги (ЮИК) ривожланишида асосий хавф омилларидан бири ҳисобланади. Аниқланишича, инсон ёши ортиши билан АГ тарқалиш даражаси ҳам ошиб боради. Масалан, АҚШда 2007–2012 йиллар давомида 45–54 ёшдаги эркаклар орасида АГ тарқалиши 36,8%, аёллар орасида эса 32,7% ни ташкил этган. 55–64 ёшли гуруҳда бу кўрсаткичлар мос равишда 54,6% ва 53,7% бўлган. 65–74 ёшлиларда эса 62% ва 67,8%, 75 ёшдан юқори гуруҳда — 76,4% ва 79,9% ни ташкил этган.

Шу билан бирга, АҚШда 1980–2008 йиллар оралиғида амалга оширилган профилактик чоратadbирлар туфайли систолик артериал босим (САБ) кўрсаткичи ўртача 130,5 мм сим. уст. дан 128,1 мм сим. уст. гача (эркаклар), ва 127,2 дан 124,4 мм сим. уст. гача (аёллар) пасайган. Шунингдек, ёш бўйича стандартлаштирилган АГ тарқалиш даражаси эркакларда 29% ва аёлларда 25% гача тушган [3].

Россия Федерациясида эса сўнгги ўн йилликлар мобайнида АГ тарқалиши бироз ошган. 2003 йилда аҳолининг 39,5% да АГ аниқланган бўлса [13], 2012–2013 йиллардаги ЭССЕ тадқиқоти натижаларига кўра, АГ тарқалиши 44% ни ташкил этган, шундан эркакларда — 48,2%, аёлларда



— 40,8%. 55–64 ёшлилар орасида эса АГ тарқалиши 74,5% бўлган [14]. Бундан ташқари, пенсия ёшидаги кишиларда АГнинг 3-босқичи бошқаларга нисбатан кўпроқ қайд этилган.

Айрим манбаларга кўра, 65 ёшдан юқори бўлганлар учун АГ мавжудлиги инфаркт ёки инсультдан ўлим хавфини мустақил тарзда прогноз қилишда асос бўла олмайди [15]. Бироқ бошқа тадқиқотлар шундан далолат бермоқдаки, САБ >140 мм сим. уст. ёки ДАБ >94 мм сим. уст. бўлса, миокард инфаркти хавфи икки бараваргача ортади [16,17]. 2014 йилдаги мета-таҳлил натижаларига кўра, 60 ёшдан катта инсонларда САБ юқори бўлиши барқарор стенокардия ва инфаркт билан боғлиқ экани қайд этилган [18].

Бугунги кунда кўплаб мутахассислар АГни алоҳида хавф омили эмас, балки умумий хавфни шакллантирувчи комплекс факторлардан бири сифатида баҳолаш зарурлигини таъкидлашмоқда. 2000 йилдаги маълумотларга кўра, барча коронар ҳодисаларнинг тахминан 40% эркакларда ва 68% аёлларда АГ ва камида яна икки хавф омили биргаликда учраган ҳолатларда рўй берган [19].

Хулоса. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) тарқалиши ёш ўсиши билан ортиб боради ва бу кўплаб ривожланган мамлакатларда қайд этилган. 40–59 ёшда ЮИК кўрсаткичи аёллар ва эркаклар орасида 5–6% бўлса, 60–79 ёшда бу кўрсаткич икки ва ундан зиёд марта ошган. Россия, АҚШ ва Буюк Британиядаги маълумотлар пенсия ёшидаги аҳолида ЮИК тарқалиши анча юқори эканини кўрсатади. Шунингдек, қарияларда ЮИКга туртки берадиган хавф омиллари (ХО) — АГ, қандли диабет, ожирлик, гиперхолестеринемия ва тамаки чекиш каби ҳолатлар ўрта ёшдагиларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, бир нечта ХО бир вақтда мавжуд бўлиши ЮИК ва инфаркт ривожланиши хавфини бир неча марта оширади. Масалан, 55 ёшдан катта беморларда камида 2–3 та ХО 70% га яқин ҳолатда қайд этилган. ХОлар шартли равишда ўзгартириб бўлмайдиган (ёш, жинс, ирсий мойиллик) ва ўзгартирилиши мумкин бўлган (АГ, семизлик, гиперлипидемия, ҚД) турларга бўлинади. Ёш ўсиши билан ХО таъсири кучаяди, аммо уларни бартараф этишдан фойда нисбатан камаяди.

Артериал гипертония (АГ) ЮИК ва бошқа ССЗ ривожланишида асосий хавф омилларидан ҳисобланади. АҚШ ва Россияда олиб борилган тадқиқотлар АГ тарқалиши ёш билан ортиб боришини ва кекса ёшда унинг 3-босқичи кўпроқ учрашига ишора қилади. Аммо айрим манбаларда АГнинг кекса ёшдаги инсонлардаги таъсири мутлақ эмаслиги таъкидланган. Шунга қарамасдан, САБ >140 мм сим. уст. бўлиши миокард инфаркти ва стенокардия хавфини икки баробаргача ошириши мумкин.

Ҳозирги пайтда мутахассислар АГни алоҳида эмас, балки умумий хавфни шакллантирувчи омиллар қаторида комплекс баҳолаш зарурлигини таъкидламоқда. Зеро, АГ бошқа ХОлар билан бирга учраганда ЮИК хавфини сезиларли даражада оширади. Бу эса профилактика ва коррекция чора-тадбирларини ёшга мос равишда белгилаш зарурлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 131(24): e535.
2. Townsend N, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease statistics 2014 edition. British Heart Foundation: London, 2014.
3. Statistical book “Healthcare in Russia 2015”. Rosstat 2015; 175 p. Russian (Статистический сборник “Здравоохранение в России 2015”. Росстат 2015; 175 с).
4. Statistical materials “The incidence rate of all the population of Russia 2014”. Ministry of Health 2014. Russian (Статистические материалы “Заболеваемость всего населения России 2014”. Минздрав 2014).
5. Odden MC, Coxson PG, Moran A, et al. The impact of the aging population on coronary heart disease in the United States. *Am J Med* 2011; 124(9): 827-33.



6. Betuganova LV, Elgarov AA, Baysultanova MB, et al. Myocardial infarction — frequency, professional, clinical and sex-related peculiarities, medical rehabilitation. CardioSomatika 2014; 2: 10-4. Russian (Бетуганова Л.В., Эльгаров А.А., Байсултанова М.Б. и др. Инфаркт миокарда: частота, половозрастные, профессиональные и клинические особенности. CardioСоматика 2014; № 2: с. 10-74).
7. Ryzhova TA, Bichan NA. Risk Factors and the Course of Myocardial Infarction in Elderly Women. Kardiologiia 2012; 52(12): 24-7. Russian (Рыжова Т.А., Бичан Н.А. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста. Кардиология 2012; 52(12): 24-7).
8. Leifheit-Limson EC, Spertus JA, Reid KJ, et al. Prevalence of traditional cardiac risk factors and secondary prevention among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI): variation by age, sex, and race. J Womens Health (Larchmt) 2013; 22(8): 659-66.
9. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease overall findings and differences by age for 316099 white men. Arch Intern Med 1992; 152(1): 56-64.
10. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA 2002; 287(8): 1003-10.
11. Primatesta P, Poulter NR. Lipid concentrations and the use of lipid lowering drugs: evidence from a national cross sectional survey. BMJ 2000; 321(7272): 1322-5.
12. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? BMJ 1994; 308(6925): 367-72.
13. Truthmann J, Busch MA, Scheidt-Nave C, et al. Modifiable cardiovascular risk factors in adults aged 40–79 years in Germany with and without prior coronary heart disease or stroke. BMC Public Health; 15: 701.
14. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012- 2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13(6): 4-11).
15. Casiglia E, Mazza A, Tikhonoff V, et al. Weak effect of hypertension and other classic risk factors in the elderly who have already paid their toll. J Human Hypertens 2002; 16: 21-31.
16. MacMahon S, MacMahon S, Peto R, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335: 765-74.
17. O'Donnell CJ, Ridker PM, Glynn RJ, et al. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. Circulation 1997; 95: 1132-7.
18. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1•25 million people. Lancet 2014; 383(9932): 1899-911.
19. Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. Am J Hypertens 2000; 13(1 Pt 2): 3S-10.

