

ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАТАР ОМИЛЛАРИ БЎЙИЧА ФАРҚЛАНУВЧИ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ



Мамасолиев Нейматжон Солиевич, Сирожидинов Комилжон Бобожонови, Ботиров Акрамжон Қодиралиевич, Мамасолиев Зоҳиджон Нематович
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ДОЛГОЖИВУЩИХ ЛЮДЕЙ, РАЗЛИЧНЫХ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА

Мамасолиев Нейматжон Солиевич, Сирожидинов Комилжон Бобожонови, Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Мамасолиев Зоҳиджон Нематович
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

PREVALENCE OF COMORBID DISEASES IN A POPULATION OF LONG-LIVING PEOPLE DIFFERENT BY EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS

Mamasoliev Nematjon Solievich, Sirojiddinov Komiljon Bobojonovich, Botirov Akramjon Kodiralievich, Mamasoliev Zokhidjon Nematovich
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Муаллифлар Кўп сонли хатар омилларини турлича қўшилувларига боғлиқ ҳолда $\geq 90-106$ ёшли аҳолида коморбид касалликлар хос тарқалиши билан ифодаланиб аниқланади: “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 72,60%, “АГ+ДЛП+ОТВ+Чекши”да – 83,06%, “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 82,25% ва “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да- 82,66% дан. Хулоса қилиши мумкинки, коморбид касалликларни геронт аҳолида шаклланиши ва тарқалиши частотасида хатар омиллари худудий ҳослик кўрсатиб рол ўйнашади ва айниқса, липидлар алмашинувини бузилишини уларга алоқадорлиги (то 28,5% га етиб) сезиларли тасдиқланади.

Калит сўзлар: коморбид касалликлар; юқумли бўлмаган сурункали касалликларни (ЮБСК); юрак – қон томир касалликлари (ЮҚК), сурункали респиратор касалликларни (СРК), қандли диабет (ҚД₂), артериал босим (АБ); сурункали ноинфекцион касалликларнинг (СНК); юрак – қон томир касалликлари (ЮҚК), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК), ОИК (ошқозон ичак касаллиги), буйраклар сурункали атеросклеротик касаллиги (БСАТК), ЎК (ўтқир касалликлар), ДЛП– дислипидемия, ОТВ – ортиқча тана вазни, МСПМКИ– мевасабзавотларни меъёрдан кам истеъмоли.

Abstract. The author's large number of age-related cancers with different layers $\geq 90-106$ and dependence on expression with the distribution of comorbid characteristics: “AH+DLP+BMI” - 72.60%, “AH+DLP+ BMI+Smoking” - 83.06%, “AH + DLP + BMI + physical inactivity” - 82.25% and “AG + DLP + BMI + NPOIF” - 82.66%. It is likely that the role and frequency of risk factors in the geriatric population and ix distribution are played by concomitant diseases, and the frequency of lipid metabolism has been confirmed to be associated with them (up to 28.5%).

Key words: comorbid diseases; non-communicable chronic diseases (NCDs); cardiovascular diseases (CVD), chronic respiratory diseases (CRD), diabetes mellitus (DM2), blood pressure (BP); chronic non-communicable diseases (CND); heart - vascular diseases (CVD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), gastrointestinal diseases (GIT), chronic atherosclerotic kidney disease (CALD), acute diseases (OD), DLP - dyslipidemia, BMI - overweight, APFIO - low consumption of fruits and vegetables.

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Умр кўришни узайиши коморбид касалликларни, бир вақтда 2 тадан кам бўлмаган касалликлари бўлган геронт аҳоли сонини, ортишига олиб келди. Коморбидлик турли аъзолар функциясини камайишига, когнитив бузилишлар ва гериатрик синдромларни келиб чиқишига, ногиронлик ва барвақт ўлим кўпайишига олиб келувчи хатар омили бўлиб хисобланади [1;4]. Геронт аҳолида нисбтан кўп

учрайдиган коморбид касалликларни бўлиши умр кўришни 12 йилдан 15 йилгача етиб қисқариши билан ассоциацияланади [2].

Аксарият ички касалликлар коморбидлиги юрак- қон томир касалликлари респиратор касалликлар коморбидлиги ва яна – ошқозон –ичак касалликлари коморбидлиги, уронфрологик коморбидлик, қандли диабет ва инфекциялар коморбидлиги, бўғим касалликлари коморбидлиги

юқори частоталарда қайд қилинади [3]. Коморбид касалликлар ёшга боғлиқ холда ортиб боради ва полипрагмазия хавфини кескин оширади, натижада айниқса геронт аҳоли учун иккинчи хатар – фармакоэпидемиологик омил пайдо бўлади. Хусусан, геронтологик ёшда бўлиб ўлимидан олдин 5 йил давомида 10 та ва ундан ортиқ кунига дори истеъмол қиладиганларни хиссаси 30 % дан то 47% гача ортган [5].

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

Тадқиқот материаллари ва усуллари.

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

Эпидемиологик тадқиқотнинг хослиги ва талабларидан келиб чиқиб текширувни геронт – супергеронт аҳолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотларни қайта ишлаш, натижаларни таҳлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

I – босқич: юқумли бўлмаган сурункали касалликларни (ЮБСК), хусусан, юрак – қон томир касалликларини (ЮҚК), ўсма касалликларини, сурункали респиратор касалликларни (СРК), қандли диабетни (ҚД₂) ва руҳий бузилишларни сўровнома билан ўрганиш ва баҳолашни таркибига киритади.

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

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

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

Натижалар ва муҳокамаси. Овқатланиш хусусиятлари бўйича фарқланувчи узоқ умр кўрувчилар популяциясида коморбид касалликларни тарқалиши. Маълум бўлдики, “Мунтазам овқатланиш хусусияти”га эга бўлган геронт аҳолида коморбид касалликлар 55,75% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади, асосан иккита касаллик билан таркибланган (60,0%), учта касалликлар билан ифодаланган

(55,56%), тўртта касалликлар билан таркибланган (54,55%) ва 5 та касалликлар билан (55,84%) коморбидлик тасдиқланади [RR=0,92; 95% CI=0,74 – 1,13; $\chi^2=1,2$; P>0,05].

“Номунтазам овқатланиш” хусусиятга эга геронт аҳолида – 2 та касаллик қўшиливи билан коморбидлик – 40,0%, учта сурункали касаллик қўшиливи билан ифодаланган коморбидлик – 44,44%, тўртта касаллик қўшиливи билан ифодаланган коморбидлик – 45,45% ва бешта касаллик билан таркибланган коморбидлик – 44,16% аниқланиш частоталари билан аниқланади. Жами коморбид касалликлар ушбу популяцияда “номунтазам овқатланиш” омилига боғлиқ холда – 44,25% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади [RR=0,95; 95% CI=0,76 – 1,18; $\chi^2=0,37$; P>0,05]. “Таркибид аёғи кам (ёғсиз)” таом истеъмолига боғлиқ холда ≥ 90 ёшли аҳолида 58,43% частотада тарқалиш билан коморбид касалликлар ифодаланади. Ушбу одатга эга бўлган геронтларда 2 та таркибланган касалликлар билан коморбидлик – 60,0%, 3 та таркибланган касаллик билан коморбидлик – 51,85%, 4 та касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 52,73% ва 5 та касаллик билан таркибланган коморбидлик – 59,31% аниқланиш частоталарида тасдиқланади [RR=0,9; 95% CI=0,72 – 1,12; $\chi^2=1,84$; P>0,05].

Коморбид касалликларни “Таркибид аёғи кўп (ёғли таом) таом” истеъмоли одати бўлган геронт аҳолида аниқланиш частотаси – 41,57%ни ташкил қилади. 2 та касаллик қўшиливи билан коморбидлик – 40,0%, 3 тали тури – 48,15%, 4 та касаллик қўшиливида ифодаланган коморбидлик – 47,17% ва 5 та касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 40,69% аниқланиш частотаси билан кузатилади [RR=0,97; 95% CI=0,79 – 1,19; $\chi^2=0,13$; P>0,05].

“Мева – сабзавотларни кунига 400 гдан кўп истеъмол қилиш” одати бўлган (меъёрда овқатланиш) геронт аҳолида 2 та касаллик билан коморбидлик – 60,0%, 3 та касаллик билан коморбидлик – 48,15%, 4 та касаллик билан коморбидлик – 47,17% ва 5 та касаллик билан коморбидлик – 53,83% тарқалиш частоталарида қайд қилинади [RR=0,88; 95% CI=0,70 – 1,12; $\chi^2=2,2$; P>0,05]. Коморбид касалликларни жами тарқалиш частотаси ушбу популяцияда – 53,07%ни ташкил қилади.

“Мева – сабзавотларни кунлик истеъмоли меъёрдан кам (<400г)” бўлган геронт аҳолида коморбид касалликларни тарқалиш частотаси – 46,93%ни ташкил қилади, 2 та касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 40,0%, 3 тали касаллик билан шаклланган коморбидлик – 51,85%, 4 тали касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 52,73% ва 5 тали касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 46,17% частоталар тарқалиш билан қайд қилинади [RR=0,98; 95% CI=0,81 – 1,18; $\chi^2=0,08$; P>0,05].

Овқатланиш хусусиятларига боғлиқ холда коморбид касалликларни аниқланиш частотаси 12,0% зиёдга фарқ билан қайд қилинади.

Узоқ умр кўрувчилар популяциясида ёшга боғлиқ хола коморбид касалликларни тарқалиши (ёшни хатар омили сифатида ифодаланиши). Улардан кўринадик ≥ 90 -106 ёшли популяцияда 1 та сурункали ноинфекцион касалликларнинг (СНК) ни қайд қилиниши кузатилмайди (0,00%), 2 та СНК

комбинацияси – 0,5%, 3 та СНК комбинацияси – 5,6%, 4 СНК комбинацияси – 9,3% ва 5 СНК комбинацияси – 84,6% частоталарда қайд қилинади. Аксарият барча ёш гуруҳларида – 90-99 (84,4%), 100-105 (82,6%) ва ≥ 106 ёшлиларда (95,0%) 5 та СНК комбинацияси қайд қилинади, ёш ортиши билан бундай комбинацияланиш частотаси -1,2баробарга ёки 12,4% га етиб ортади ($P<0,05$).

Аёллар популяциясида ($\geq 90-106$ ёшли) -1 СНК – 0,0%, 2 СНК – 0,5, 3 та СНК – 5,6%, 4 та СНК – 9,3% ва 5 та СНК комбинацияланиши то 84,6%гача етиб қиёсан кўп аниқланиш билан қайд қилинади. 5 та СНК – 90-99 ёшли аёлларда – 84,4%, 100-109 ёшлиларда – 82,6% ва ≥ 106 ёшлиларда – 95,0% дан, яъни ёшга боғлиқ холда 10,6% га ортиш частотаси билан аниқланади (иловада, 8.3-жадвал ва 8.3-расмларда келтирилган) ($P<0,05$).

Худди шундай тенденцияда, яъни ёшга боғлиқ холда СНК комбинацияланишлари частотасини кўпайиш билан аниқланиши геронт эркакларда ҳам кузатилади. Масалан, 5 СНКни комбинациясини тарқалиш частотаси – 90-99 ёшли эркакларда – 88,1%, 100-109 ёшлиларда – 90,9% ва ≥ 106 ёшлиларда – 100,0% дан аниқланади ёки салкам 12,0% ўсиш частотаси билан ёшга боғлиқ холда тасдиқланади ($P<0,05$). Эътибор жалб қилинадиган эпидемиологик вазият – супергеронт эркакларда (≥ 106 ёшли аҳоли) 100,0% 5 та ва ундан зиёд СНК бир вақтда аниқланади.

Эркакларда ($\geq 90-106$ ёшлиларда) 1 та СНК ни аниқланиши кузатилмади, 2 СНК -1,2%, 3 СНК комбинацияси -2,3%, 4 СНК -7,8% ва 5 СНК 88,8% частотада ёки 44 баробарданга етиб ортиб бориш частотаси билан СНКни комбинациялашиб аниқланиши тасдиқланади. Шундай ўсиш 90-99, 100-109 ва ≥ 106 ёш гуруҳларида ҳам бирдай кузатилади.

Ёш коморбид касалликлар ва СНК комбинацияланиши холатларини геронт аҳолида кучли хатар омили бўлиб ҳисобланади деб ҳулоса чиқаришга қайд этилган маълумотлар тўла асос бўла олади деб ҳисоблаш мумкин бўлади.

Уларнинг тахлилидан қуйидагилар келиб чиқади: 1) 90-100 ёшлиларнинг фақат 1,6% тида коморбид касаллик аниқланмади (90-99 ёшлиларда 1,6%, 100 – 105 ёшлиларда - 2,0% ва ≥ 106 ёшлиларда – 0,0%); 2) юрак – қон томир касалликлари (ЮҚК)+ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) $\geq 90-106$ ёшлиларда – 97,8% частотада кузатилади (90-99 да – 98,0%; 100-105 да – 96,1%; ≥ 106 ёшда – 100,0%); 3) ЮҚК+ОИК (ошқозон ичак касаллиги) – 98,1% (90-99да – 98,4%, 100-105 да – 96,1% ва ≥ 106 ёшлиларда 100,0%; 4) Буйраклар сурункали атеросклеротик касаллиги (БСАТК) + ЮҚК – 98,1% ($\geq 90-106$ ёшлиларда), 98,0% (90-99да), 98,0% (100-105 да) ва 100,0% (≥ 106 ёшда); 5) ЮҚК+ОИК+БСАТК – 98,3% ($\geq 90-106$ ёшда), 98,4% (90-99да), 97,1% (100-105да) ва 100,0% (≥ 106 ёшда); 6) сийдик – тош касаллиги (СТК) + ЮҚК + ОИК + БСАТК+ЎК (ўткир касалликлар) – 98,4% ($\geq 90-106$ ёшлиларда), 98,4% (90-99да), 98,0% (100-105да) ва 100,0% (≥ 106 ёшлиларда).

$\geq 90-106$ ёшли геронт эркаклар популяциясида – коморбид касалликлар фақат 1,2% текширилганларда қайд этилмади холос (90-99 ёшлиларда бу кўрсаткич – 1,4%ни, 100-105 ёшлиларда – 0,0%ни ва ≥ 106 ёшлиларда ҳам 0,0%ни ташкил қилади). Уларда

тасдиқландики, $\geq 90-106$ ёшли аёллар популяциясида “ЮҚК+ЎСОК” кўшиливи – 97,1%, “ЮҚК+ОИК” кўшиливи – 97,6%, “БСАТК+ЮҚК” – 97,6%, “ЮҚК+ОИК+БСАТК” – 97,9% ва “СТК+ЮҚК+ОИК+БСАТК+ЎК” – 98,1% аниқланиш частоталарида ифодаланиб тасдиқланади.

Геронт ёшларнинг фақат – 1,9% тида СНК кўшиливи холати қайд этилмади. СНК кўшиливи – иккили, учли ва 5ли шаклларда ифодаланиб – 94% дан то 100,0% гача тарқалиш частоталари билан қайд этилади. Супергеронт аёллар популяциясида (≥ 106 ёшлилар) бундай вўшилувли коморбидлик 100,0% частоталар билан аниқланиши алоҳида, фаол профилактик дастурларни объекти сифатида, эътиборни жалб қилади.

Узоқ умр кўрувчи, 90-106 ёшли, популяцияда 2 тадан кам ва 2 тадан кўп сон билан СНК – 0,89% ва 99,2% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади ($P<0,05$). Ёшга боғлиқ холда бу кўрсаткичлар мувофиқ холда – 90-99 ёшлиларда 1,0% ва 99,0% дан ($P<0,05$), 100-105 да – 0,0% ва 100,0% дан ($P<0,05$) ва ≥ 106 ёшлиларда – 0,8% ва 99,2% дан ($P<0,05$) тасдиқланади.

Турлича кўшилувли сурункали полиаъзоли патологияларни геронт аёлларда аниқланиши частоталари қуйидагича қайд қилинади: 90-106 ёшлиларда 2 тадан кам СНК ва 2 тадан кўп СНК кўшиливи мувофиқ холда – 0,5% ва 99,5% дан ($P<0,05$), 90-99 ёшлиларда – 0,7% ва 99,3% дан ($P<0,05$), 100-105 ёшлиларда – 0,0% ва 100,0% дан ($P<0,05$) ≥ 106 ёшдан ошганларда – 0,5% ва 99,5% дан ($P<0,05$). 2 тадан кам сон билан СНК ва 2 тадан кўп СНК геронт эркакларда мувофиқ бўлиб, турли ёш гуруҳларида, қуйидагича частоталар билан тасдиқланади: 90-99 ёшлиларда – 1,4% ва 98,6% дан ($P<0,05$), 100-105 ёшда – 0,0% ва 100,0% дан ($P<0,05$), ≥ 106 ёшда – 0,0% ва 100,0%дан ($P<0,05$), 90-106 ёшлиларда – 1,2% ва 98,8% дан ($P<0,05$).

Ҳулоса қилиш мумкинки, геронт ёшдаги аҳолида, ҳам аёлларда ва ҳам эркакларда, - ёш омили сурункали полиаъзоли патологияларни турлича кўшилувларини кескин оширувчи хатар омили сифатида тасдиқланади. Буни ҳисобга олиб прогнозга асосланган предиктив, превентив, профилактик ва терапевтик чора- тадбирларни такомиллаштириш ҳамда узлуксиз амалга ошириш, сўзсиз “қаттиқ эпидемиологик нукта”ларни камайтириб аҳамият касб этади.

Дислипротендемияга боғлиқ холда коморбид касалликларни узоқ умр кўрувчилар популяциясида тарқалиши. Дислипидемияни хатар омили сифатида геронт аҳоли популяциясида ўрганилди ва баҳоланади. 90-99 ёшли геронт аҳолида, ДЛП тасдиқланган ва тасдиқланмаганлар гуруҳида, коморбид касалликлар мувофиқ бўлиб – 29,6% ва 65,8% тарқалиш частоталарида қайд қилинади [RR=0,45; 95% CI=0,39 – 0,57; $\chi^2=142,12$; $P<0,05$]. 100-105 ёшлиларда ДЛПга боғлиқ холда коморбид касалликлар – 25,5% (ДЛП “+” популяцияда) ва – 67,6% (ДЛП “-” популяцияда) тарқалиш частоталарида аниқланади [RR=0,39; 95% CI=0,28 – 0,55; $\chi^2=38,44$; $P<0,05$]. ДЛП аниқланган ва аниқланмаган ≥ 106 ёшли геронт аҳолида коморбид касалликлар – 18,5% ва 81,5% частоталарда тарқалиш билан тасдиқланади [RR=0,23; 95% CI=0,10 – 0,51; $\chi^2=21,41$; $P<0,05$].

Липид даражасига боғлиқ холда кўп сонли сурункали касалликларни (коморбидликни) узоқ умр кўрувчилар - $\geq 90-106$ ёшлиларда жами тарқалиш частотаси – 28,5% (ДЛП аниқланган популяцияда) ва 66,8% (ДЛП бўлган популяцияда) кўрсаткичлар билан тасдиқланади [RR=0,43; 95% CI=0,38 – 0,49; $\chi^2=198,34$; P<0,05].

Узоқ умр кўрувчи эркаларда коморбид касалликларни қондаги липидлар даражасига боғлиқ холда турли ёшларда тарқалиши ва ифодаланиши 8.13-расм ва 8.13-жадвалда келтирилган.

Жадвал ва расм маълумотларидан келиб чиқадики, 90-99 ёшли геронт эркаларда, ДЛП аниқланган ва аниқланмаганларда, коморбид касалликлар – 13,2% ва 28,9% тарқалиш частоталарида қайд қилинади ёки тафовутланиш фарқи бу икки гуруҳдаги эркаларда – 15,6% ни ташкил қилади [RR=0,46; 95% CI=0,37 – 0,57; $\chi^2=60,13$; P<0,05].

Шундай тенденция 100-105 ёшли геронт аҳоли – эркалар популяциясида ҳам кузатилади. Хусусан, коморбид касалликларни тарқалиши ДЛП аниқланмаган эрка – геронтларда – 17,6%ни ташкил қилса, ДЛП аниқланган гуруҳдаги эркаларда 12,7% тарқалиш частотасида тасдиқланади. Тафовутланиш даражаси – 4,9%ни ташкил этади [RR=0,73; 95% CI=1,56 – 1,98; P>0,05]. ≥ 106 ёшда ўтган супергеронт эркалар популяциясида коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 3,7% (ДЛП “+” геронгда) ва 22,7%ни (ДЛП “-” геронгда) ташкил қилади ёки тафовутланиш кўрсаткичи – 19,0%ни ташкил этади [RR=0,17; 95% CI=0,03 – 1,05; $\chi^2=7,14$; P<0,05].

Жами $\geq 90-106$ ёшли эркаларда, ДЛП аниқланган ва аниқланмаганларда, 12,8% ва 26,8% тарқалиш частоталарида коморбид касалликлар тасдиқланади [RR=0,48; 95% CI=0,39 – 0,58; P<0,05]. 90-99 ёшли аёлларда, ДЛП аниқланган ва аниқланмаганларда, коморбид касалликлар – 16,4% ва 37,5%дан тарқалиш частоталари билан қайд қилинади [RR=0,45; 95% CI=0,17 – 0,54; $\chi^2=82,02$; P<0,05]. Шу гуруҳлардаги 100-105 ёшли аёлларда бўлса коморбид касалликларни тасдиқланиш частотаси фарқлиб – 12,7% ва 50,0%дан кўрсаткичлар билан қайд қилинади [RR=0,27; 95% CI=0,17 – 0,43; $\chi^2=44,6$; P<0,05]. ≥ 106 ёшдаги геронт аёлларда коморбид касалликлар – 14,8% (ДЛП “+” гуруҳда) ва 59,3% (ДЛП “-” гуруҳда) частоталарда тарқалиш билан қайд қилинади [RR=0,25; 95% CI=0,10 – 0,62; $\chi^2=14,4$; P<0,05]. $\geq 90-106$ ёшли геронтлар, аёллар популяциясида, коморбид касалликлар, ДЛП аниқланмаган ва аниқланганларда, 40,0% ва 15,7% тарқалиш частоталари билан қайд қилинади [RR=0,40; 95% CI=0,34 – 0,47; $\chi^2=135,7$; P<0,05].

Хулоса. Кўп сонли хатар омилларини турлича кўшилувларига боғлиқ холда $\geq 90-106$ ёшли аҳолида коморбид касалликлар хос тарқалиш билан ифодаланиб аниқланади: “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 72,60%, “АГ+ДЛП+ОТВ+Чекиш” да – 83,06%, “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” да – 82,25% ва “АГ+ДЛП+ОТВ+МСТПМКИ” да- 82,66% дан. Хулоса қилиш мумкинки, коморбид касалликларни геронт аҳолида шаклланиши ва тарқалиши частотасида хатар омиллари худудий хослик кўрсатиб рол ўйнашади ва

айниқса, липидлар алмашинуви бузилшини уларга алоқадорлиги (то 28,5% га етиб) сезиларли тасдиқланади.

Адабиётлар:

1. Ибадова М.У. Патогенетическая значимость метаболического синдрома в формировании полиморбидных заболеваний //Автореф дисс...докт. философии (PhD) по мед. наукам. -2024. -С. 3.
2. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням под ред Ф.И. Белялова. 11-е изд. М: ГЭО-ТАР-Медил. -2021. -С.410-414.
3. АНА/АСС/НHS strategies to enhance application of clinical practice guidelines in patients with cardiovascular disease and comorbid conditions//Circulation. -2024.-Vol. 130.-N18. - P. 1662-1665.
4. Horodinschi R.N., Stanescu A.M.A., Bratu O.G. et al. Treatment with statins in Elderly Patients//Medicina. (Kaunas). -2019. -Vol.55. -N.11. -P.720. DOI: 10.3390/medicina 55110721. PMID: 31671689. PMCID: PMC6915405.
5. Morin L., Vetrano D.Sh., Rizzuto D. Et al. Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide, longitudinal cohort study//Am. J. Med. -2017. -Vol.130. -N8. -5.922-934.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ДОЛГОЖИВУЩИХ ЛЮДЕЙ, РАЗЛИЧНЫХ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА

Мамасолиев Н.С., Сирожидинов К.Б., Ботиров А.К., Мамасолиев З.Н.

Резюме. Авторами выявлено значительное количество возрастных случаев рака с различным телосложением, варьирующих в пределах $\geq 90-106$, в зависимости от экспрессии и распространения коморбидных характеристик. Наибольшая частота отмечена при сочетании следующих факторов риска: «АГ + ДЛП + ИМТ» – 72,60%, «АГ + ДЛП + ИМТ + курение» – 83,06%, «АГ + ДЛП + ИМТ + гиподинамия» – 82,25% и «АГ + ДЛП + ИМТ + НПОИФ» – 82,66%. Предполагается, что распространение факторов риска в геронтологической популяции может быть связано с сопутствующими заболеваниями, в частности, подтверждена взаимосвязь с нарушениями липидного обмена (до 28,5%).

Ключевые слова: коморбидные заболевания; неинфекционные хронические заболевания (НХЗ); сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), хронические заболевания органов дыхания (ХЗОД), сахарный диабет (СД2), артериальное давление (АД); хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ); сердце - сосудистые заболевания (ССЗ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) хроническая атеросклеротическая болезнь почек (ХАБП), острые заболевания (ОЗ), ДЛП - дислипидемия, ИМТ - избыточная масса тела, НПОИФ - низкое потребление фруктов и овощей.