



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2026, Accepted: 06.08.2026, Published: 10.08.2026

УДК 616.127-005.8+ 616-053.9+ 616-08-039.71

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ БУХАРЫ

Рахматова Дилбар Бахриддиновна <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>
e-mail: dilbar_raxmatova09@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Сердечно – сосудистые патологии, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на широкое изучение остается ведущей причиной «конечных точек» - смертности и инвалидности, особенно у долгожителей, а также у геронтологической и гериатрической популяции. Разрыв между профилактическими рекомендациями и практическим применением снижает эффективность наблюдения/лечения у значительной части населения – долгожителей. Предотвращение рисков, связанных с ИБС и её факторами риска в отношении «популяционного здоровья» долгожителей во всем мире и, в том числе, в Узбекистане, представляется одной из важнейших глобальных задач в клиничко – профилактической науке и сфере здравоохранения сегодня.

Ключевые слова: факторы риска, общая популяция долгожителей (ОПД), гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ), ожирение, артериальная гипертензия (АГ), психосоциальные факторы, индекс массы тела (ИМТ), гиподинамия, курение, употребление алкоголя, метаболический синдром, мультиморбидность.

BUXORODA YASHOVCHI UZOQ UMR KO 'RUVCHI AHOLI ORASIDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARI

Raxmatova Dilbar Baxriddinova <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>
e-mail: dilbar_raxmatova09@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.
A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Yurak ishemik kasalligi (YuIK), keng o'rganilganiga qaramay, ayniqsa uzoq umr ko'ruvchilar, shuningdek gerontologik va geriatric populyatsiyalar orasida o'lim va nogironlik kabi «yakuniy nuqtalar»ning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Profilaktik tavsiyalar va ularning amaliyotda qo'llanilishi o'rtasidagi tafovut uzoq umr ko'ruvchi aholining salmoqli qismida tibbiy kuzatuv va davolash samaradorligini pasaytiradi. Dunyo miqyosida, shu jumladan O'zbekistonda ham, uzoq umr ko'ruvchilarning «populyatsion salomatligi» nuqtai nazaridan ishemik yurak kasalligi va uning xavf omillari bilan bog'liq xavflarni oldini olish bugungi kunda klinik profilaktik tibbiyot va sog'liqni saqlash sohasidagi eng muhim global vazifalardan biri hisoblanadi.

Kalit so'zlar: xavf omillari, uzoq umr ko'ruvchilar populyatsiyasi, giperxolesterinemiya, gipertriglitsideridemiya, semizlik, arterial gipertoniya (AG), ruhiyijtimoiy omillar, tana vazni indeksi (TVI), jismoniy faollikning pasayishi, chekish, spirtli ichimliklar iste'moli, metabolik sindrom, multimorbidlik (ko'p kasalliklilik).

RISK FACTORS FOR ISCHEMIC HEART DISEASE AMONG THE CENTENARIAN POPULATION OF BUKHARA

Rakhmatova Dilbar Bakhriddinovna <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>
e-mail: dilbar_raxmatova09@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

Despite extensive study, cardiovascular pathologies—particularly ischemic heart disease (IHD)—remain a leading cause of adverse clinical outcomes, such as mortality and disability, especially among centenarians and the elderly population. The gap between preventive recommendations and their practical implementation reduces the effectiveness of monitoring and treatment among a significant proportion of the long-lived population. Prevention of risks associated with IHD and its risk factors, with regard to the “population health” of long-lived individuals worldwide, including in Uzbekistan, represents one of the most important global challenges in clinical preventive medicine and healthcare today.

Key words: risk factors, long-lived populations, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, obesity, arterial hypertension (AH), psychosocial factors, body mass index (BMI), physical inactivity, smoking, alcohol consumption, metabolic syndrome, multimorbidity.

Актуальность

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (2016) сегодня все ещё не простая клиничко – эпидемиологическая ситуация остаётся в отношении ИБС [4]. Неменьшей озабоченности вызывает проблема разработки эффективных стратегий их профилактики с продлением жизни современного населения – долгожителей. В последние годы наблюдаемое увеличение ожидаемой продолжительности жизни и старение населения, в том числе в Узбекистане, сопровождается увеличением числа сердечно – сосудистых заболеваний, особенно нарастает проблема ИБС. Поэтому все более актуальными становится изучение клиничко – эпидемиологических современных характеристик ИБС, а также оптимальных подходов к их ранней диагностике, прогнозированию.

Следует отметить, что несмотря нарастающую с каждым годом популяцию населения – долгожителей, эпидемиология и профилактика ИБС в этих группах остается мало исследованной и освещенной темой. Исследования показывают, что старение – может рассматриваться в качестве факторов риска: выявляется прямая зависимость между возникновением ИБС и возрастом населения [9]. Возросшая продолжительность жизни в значительной степени объясняется со снижением смертности среди старших возрастных групп, в основном от ИБС. Основными сердечно – сосудистыми заболеваниями и проблемами у долгожителей являются: гиперлипидемия, стенокардия, инфаркт сердечной мышцы, гипертензия, инфаркт головного мозга, высокая распространенность возникновения, высокая инвалидность, большие расходы на лечение и снижение качества жизни. Факторами риска развития ИБС у долгожителей являются высокий холестерин, сахарный диабет, курение, избыточный вес и стресс. С возрастом функциональные возможности организма снижаются, поэтому долгожители становятся более восприимчивы к возникновению, прогрессированию и осложненному течению ИБС, чем молодые. Следовательно, период между началом ИБС и развитием «ишемических конечных точек» (смертность, инвалидность) крайне важен для до нозологической диагностики, профилактики и лечения этой патологии, так как раннее выявление, прогнозирования с профилактированием и стандартизованное (лучшее) лечение ИБС может эффективно замедлить их прогрессирование [13].

В Узбекистане среди приоритетных мер по совершенствованию системы профилактического здравоохранения науки выделяются задачи по раннему выявлению сердечно – сосудистых заболеваний, ежегодному скринингу населения старше 30 лет, снижению инвалидности на 30 % и преждевременной смертности на 15%. Исходя из этого, особое значение приобретают разработки с целью улучшения и систематизации качество скрининга, основных схем и шкал и формирование рекомендаций по ранней диагностике, прогнозированию и профилактике ишемической болезни сердца у долгожителей [7].

В целом, проведенные ранее эпидемиологические исследования утверждали, что остановить рост «конечных точек», снизить или смягчить распространенность ИБС можно только с помощью научно – обоснованных комплексных мер. Преимущественно скрининго – профилактической направленности, на индивидуальном и популяционном уровнях, проводимых как среди всего населения пожилого возраста, так и в популяции долгожителей.

Вместе с тем, по имеющимся данными современных исследований, остаётся неизученными практически все вопросы эпидемиологии и профилактики ИБС в популяции долгожителей: сколько долгожителей Узбекистана имеют ИБС (в примере регионов в частности); какова величина вклада в ИБС каждого отдельного фактора риска; имеются ли этнические и гендерные различия; насколько велик вклад эндемических риск – факторов в распространенности ИБС (острого и хронического) среди населения – долгожителей; имеются ли отличительные особенности в типичности и атипичности клинических проявлений ИБС [10].

В Узбекистане нет исследовательской работы, позволяющие получить ответы на эти и другие вопросы, касающиеся ИБС у долгожителей. А данные мировой литературы последних лет в этих вопросах противоречивы и являются предметом дискуссии и неизученным объектом популяционных исследований.

Цель исследования: является изучение клинико-эпидемиологических характеристик, путей оптимизации методов ранней диагностики, прогнозирования и профилактики ИБС у долгожителей региона Бухары Узбекистана.

Материал и методы

В исследование включены репрезентативная выборка – 824 неорганизованная группа популяции 90 + лет (517 женщины долгожители и 307 мужчины долгожители) региона Бухары Узбекистана. Будет проведено одномоментное эпидемиологическое исследование в популяции Бухары. В организации и реализации исследования для выявления ИБС и её факторов риска будет использована методология и инструменты ВОЗ (STEPS-WHO), учитывающий накопленный мировой опыт популяционно-профилактических исследований в области превентивной геронто-кардиологии. Впервые с помощью стандартных эпидемиологических методов и унифицированных критериев оценки результатов будет проведено комплексное популяционное исследование для изучения клинико-эпидемиологической характеристики и выявления путей оптимизации известных способов ранней диагностики, прогнозирования и профилактики ИБС у долгожителей.

В общей выборке популяции долгожителей, женщин популяции долгожителей (ЖПД) и мужчин популяции долгожителей (МПД) распространенность наследственного фактора риска ИБС 19,9%, 52,3% и 17,7% соответственно (таблица 1/1,1/2.).

Таблица 1/1

Распространенность важнейших факторов, усиливающих риск ИБС в популяции долгожителей Бухары

Факторы риска	Распространенность ФР							RR	95%CL (max-min)	χ^2	r ⁺⁺
	ЖПД 517		P	МПД 307		ОПД					
	n	%		n	%	n	%				
Семейная история преждевременного ИБС (СИП ИБС) (n=111)	215	52,3	P<0,05	196	17,7	111	19,9	0,66	0,78–0,56	18,6	0,16
ИМТ (n=555)	329	59,3	P<0,05	226	10,7	555	67,1	0,86	0,96–0,78	7,3	0,09
Гиперхолестеринемия (ГХС) (n=238)	177	71,1	P<0,05	61	25,6	238	28,9	1,72	2,20–1,31	29,1	0,19
Гипертриглицеридемия (ГТГ)(n=262)	251	96,9	P<0,05	8	3,1	262	31,8	18,9	37,3–9,60	187	0,18
Ожирение (n=269)	188	69,9	P<0,05	81	30,1	269	32,6	1,38	1,68–1,13	11,1	0,12
Гипергликемия (ГГЛ) (n=222)	117	52,7	P<0,05	105	17,3	222	26,9	0,55	0,70–0,13	23,5	0,17
Гиперурикемия (ГУ) (n=105)	75	71,1	P<0,05	30	28,6	105	12,7	1,19	2,20–1,01	1,2	0,07
Абдоминальное ожирение (АО) (n=165)	399	85,8	P<0,05	66	11,2	165	56,1	3,58	1,18–2,86	175	0,16
Артериальная гипертензия (АГ) (n=160)	289	62,8	P>0,05	171	37,2	160	55,8	1,01	1,13–0,90	0,03	0,01

Наиболее устойчивые ассоциации демонстрируют – ИМТ, гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ), ожирение, гипергликемия (ГГЛ), гиперурикемия (ГУ), абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертензия (АГ), психосоциальные факторы (ПСФ), гиподинамия, курение, употребление алкоголя (УА), недостаточное потребление овощей и фруктов (НПОФ), метаболический синдром (МС), хроническая болезнь почек (ХБП), наличие хотя бы одного фактора риска (НОФР), наличие двух факторов риска (НДФР), наличие более двух факторов риска (НБДФР), мултиморбидность (ММ) и отсутствие факторов риска (ОФР), как региональные факторы риска – детерминанты ИБС. Полученные результаты подтверждают, что распространенность ИМТ в группе обследованных ОПД, ЖПД и МПД составляет по 67,1%, 59,3% и 10,7% соответственно. Преваленс ГХС в отмеченных группах населения долгожителей установлен в уровнях 28,9%, 71,1% и 25,6% соответственно. Распространенность ГТГ среди обследованных ОПД, ЖПД и МПД подтверждается с частотой 31,8%, 96,9% и 3,1% соответственно.

Таблица 1/2

Распространенность важнейших факторов, усиливающих риск ИБС в популяции долгожителей Бухары

Факторы риска	Распространенность ФР							RR	95%CL (max-min)	χ^2	r ⁺⁺
	ЖПД 517		P	МПД 307		ОПД					
	n	%		n	%	n	%				
Гиподинамия(n=205)	93	15,1	P<0,05	112	51,6	205	21,9	0,77	0,99–0,60	1	0,07
Курение (n=52)	7	13,5	P<0,05	15	86,5	52	6,3	0,09	0,20–0,01	61,2	0,28
Употребление алкоголя (УА)(n=272)	89	32,7	P<0,05	183	67,3	272	33,0	0,27	0,35–0,21	81,3	0,31
Недостаточное потребление овощей и фруктов (НПОФ) (n=258)	121	18,1	P<0,05	131	51,9	258	31,3	0,55	0,69–0,15	25,8	0,18
Метаболический синдром (МС) (n=253)	168	66,1	P>0,05	85	33,6	253	30,7	1,17	1,13–0,95	2,2	0,05
Хроническая болезнь почек (ХБП) (n=36)	25	69,1	P>0,05	11	30,6	36	1,1	1,35	2,61–0,70	0,9	0,03
Наличие хотя бы одного факторы риска (НОФР) (n=16)	31	67,1	P>0,05	15	32,6	16	5,6	1,23	2,21–0,68	0,5	0,02
Наличие двух факторов риска (НДФР) (n=198)	125	63,1	P>0,05	73	36,9	198	21,0	1,01	1,27–0,80	0,01	0
Наличие более двух факторов риска (НБДФР) (n=565)	311	55,0	P<0,05	251	15,0	565	68,6	0,73	0,81–0,63	17,7	0,15
Мультиморбидность (ММ) (n=151)	98	63,6	P>0,05	56	36,1	151	18,7	1,01	1,38–0,78	0,06	0,01
Отсутствие факторов риска (ОФР) (n=15)	12	80,0	P>0,05	3	20,0	15	1,8	2,37	8,33–0,67	1,3	0,01

Наши результаты также показали, что выявляемость частоты ожирении среди долгожителей довольно высока – наблюдается по 32,6% (в группе ОПД), 69,9% (в группе ЖПД) и 30,1% (в группе МПД) соответственно. Результаты проведенного исследования продемонстрировали сравнительно высокие показатели распространенности долгожителей с ГГЛ. Так, 52,7% ЖПД имели ГГЛ, у 17,3% МПД наблюдалась ГГЛ и у 26,9% ОПД подтверждается наличие данного фактора риска. Следует отметить, что частота распространенности ГУ составила 71,1% среди женщин и 28,6% среди мужчин долгожителей, 12,7% – у ОПД. Частота АО выше среди ЖПД (85,8%) в сравнении с МПД (11,2%), частота АО среди общей популяции долгожителей исследованного региона составила 56,1%. Распространенность АГ в узбекской популяции долгожителей Бухары составила 55,8%, однако этот показатель статистически незначимо выше среди ЖПД (62,8%) в сравнении с мужчинами (37,2%).

Распространенность ПСФ в группах ОПД, ЖПД и МПД составила 16,5%, 77,2% и 22,8% соответственно. Показатели выявляемости гиподинамии выше у МПД (51,6%) чем у ЖПД (15,1%); в ОПД её распространенность составляет 21,9%. В общей выборке долгожителей

Бухары распространенность курения составила 6,3 том числе 13,5% среди ЖПД и 86,5% среди МПД. Анализ полученных результатов показали, что доля лиц – долгожителей, употребляющих алкоголь составляет 32,7% (ЖПД), 67,3% (МПД) и 33,0% (ОПД). Частота распространенности НПОФ констатируется в уровнях 18,1% (у ЖПД), 51,9% (у МПД) и 31,3% (у ОПД). МС в качестве фактора риска наблюдается с частотой распространенности 66,1% среди женщин, 33,6% среди мужчин и 30,7% среди общей популяции долгожителей. Выявляемость ХБП составила 69,1%, 30,6% и 1,1% соответственно среди ЖПД, МЖП и ОПД. Установлено, что наличие хотя бы одного фактора риска наблюдается у 67,1% ЖПД, 32,6% МПД и у 5,6% ОПД. Отмеченные показатели при НДФР составляет соответственно по 63,1%, 36,9% и 21,0%. В обследованных группах долгожителей наличие МБДФ наблюдалось с частотой выявляемости 55,0%, 15,0% и 68,6% соответственно. Распространенность ММ составила среди ЖПД 63,6%, среди МПД 36,1% и среди ОПД 18,7%. Следует отметить, что ОФР имело место у 8,0% ЖПД, у 20,0% МПД и у 1,8% ОПД. Полученные данные дают возможность отслеживать изменения ФР с течением времени, выявлять группы долгожителей с высоким уровнем ФР, а также определить региональную политику и стратегии практического здравоохранения в этой области, т. е. в предиктивно – профилактической геронтокардиологии. Проведенное нами одномоментное эпидемиологическое исследование также позволило оценить распространенность важнейших факторов, усиливающих риск ИБС среди коренного и некоренного населения долгожителей Бухарского региона Узбекистана (рис 1.).

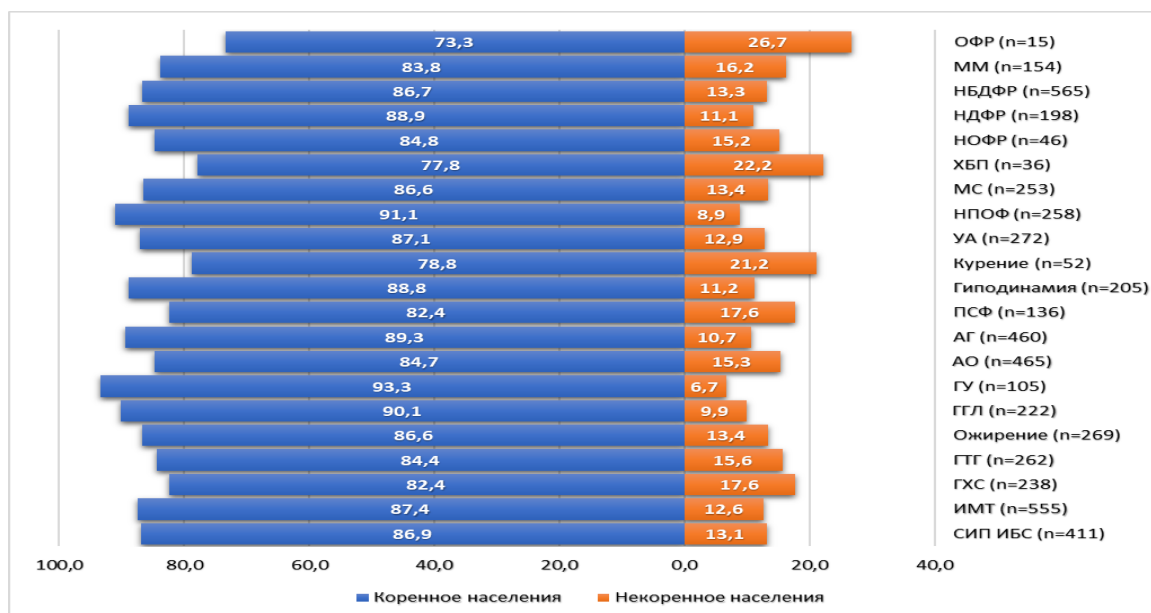


Рис 1. Структура распространенности факторов риска ИБС в группах коренного и некоренного населения 90+ лет, в %

Из представленных результатов видно, что ФР ИБС среди населения коренных и некоренных жителей Бухары определяются со следующими уровнями распространенности соответственно у коренного (КПД) и некоренного (НКПД) популяции 90 лет: 1) семейная история преждевременного ИБС – по 86,9% и 13,1%; 2) ИМТ – по 87,1% и 12,6%; 3) гиперхолестеринемия по 82,1% и 17,6%; 4) гипертриглицеридемия по 81,1% и 15,6%; 5) ожирение по 86,6% и 13,1%; 6) гипергликемия по 90,1% и 9,9%; 7) гиперурикемия по 93,3% и 6,7%; 8) абдоминальное ожирение по 81,7% и 15,3%; 9) артериальная гипертензия по 89,3% и 10,7%; 10) психосоциальные факторы по 82,1% и 17,6%; 11) гиподинамия по 88,8% и 11,2%; 12) курения по 78,8% и 21,2%; 13) употребление алкоголя по 87,1% и 12,9%; 14) недостаточное потребление овощей и фруктов по 91,1% и 8,9%; 15) метаболический синдром по 86,6% и 13,1%; 16) хроническая болезнь почек по 77,8% и 22,2%; 17) наличие хотя бы одного фактора риска по 81,8% и 15,2%; 18) наличие двух факторов риска по 88,9% и 11,1%; 19) наличие двух факторов риска по 86,7% и 13,3%; 20) мультиморбидность по 83,8% и 16,2%; 21) отсутствие факторов риска по 73,3% и 26,7%.

Можно будет резюмировать, судя по результатам анализа полученных данных, что все ведущие факторы риска ИБС сравнительно высокой частотой определяются среди некоренных населения долгожителей. Высокой частотой выявляемостью характеризуются, особенно у некоренных в возрасте 90+ лет, такие ФР как ГГЛ, ГУ, НПОФ и НДФР.

Следующей задачей настоящего исследования была оценка популяционных механизмов формирования факторов, усиливающих риск ишемической болезни сердца среди сельского и городского населения долгожителей Бухары. Выявленные данные представлены в таблице 2.

Оказалось, что распространенность СНП ИБС среди сельского (СНД) и городского (ГНД) населения долгожителей составляет 81,9% и 15,1% соответственно. Частота распространенности ИМТ среди СНД и ГНД составляет по 88,0% и 18,0% соответственно. ГХС среди отмеченных групп популяции долгожителей наблюдается с частотой выявляемости 78,6% и 21,1%. В популяции сельчан и горожан долгожителей распространенность ГТГ составила 71,0% и 29,0%. Отмечено, что распространенность ожирения наблюдается с частотой 78,1% (среди СНД) и 21,9% (среди ГНД) [$p > 0,05$; $RR = 1,21$; 95% $CI = 1,21-0,78$; $\chi^2 = 0,1$; $r^{++} = 0,05$]. Распространенность ГТЛ в популяции сельских и городских долгожителей составляла 82,0% и 18,0% соответственно.

Таблица 2

Популяционные механизмы формирования факторов, усиливающих риск ИБС среди сельского и городского населения долгожителей Бухары

Факторы риска	Распространенность ФР							RR	95 %CL (max- min)	χ^2	r ⁺ +
	Сельское населения долгожителей 665		P	Городское населения долгожителей 159		ОПД 821					
	n	%		n	%	n	%				
Семейная история преждевременного ИБС (СИП ИБС) (n=111)	319	81,9	P>0,05	62	15,1	111	19,9	0,99	1,23– 0,80	0,01	0
ИМТ (n=555)	155	82,0	P>0,05	100	18,0	555	67,1	1,01	1,22– 0,89	0,18	0,02
Гиперхолестеринемия (ГХС) (n=238)	187	78,6	P<0,05	51	21,1	238	28,9	0,7	0,90– 0,55	6,8	0,09
Гипертриглицеридемия (ГТГ)(n=262)	186	71,0	P<0,05	76	29,0	262	31,8	0,81	1,02– 0,61	3,9	0,07
Ожирение (n=269)	210	78,1	P>0,05	59	21,9	269	32,6	0,97	1,21– 0,78	0,1	0,01
Гипергликемия (ГТЛ) (n=222)	182	82,0	P<0,05	10	18,0	222	26,9	1,37	1,89– 1,00	1	0,07
Гиперурикемия (ГУ) (n=105)	70	66,7	P<0,05	35	33,3	105	12,7	2,11	3,23– 1,38	7,1	0,09
Абдоминальное ожирение (АО) (n=165)	362	77,8	P<0,05	103	22,2	165	56,1	0,83	1,01– 0,68	3,8	0,07
Артериальная гипертензия (АГ) (n=160)	369	80,2	P<0,05	91	19,8	160	55,8	1,26	1,55– 1,02	1,6	0,07
Психосоциальные факторы (ПСФ) (n=136)	93	68,1	P<0,05	13	31,6	136	16,5	0,7	1,02– 0,18	1,1	0,07
Гиподинамия(n=205)	118	72,2	P>0,05	57	27,8	205	21,9	1,19	1,69– 0,81	1,5	0,01
Курение (n=52)	11	78,8	P<0,05	11	21,2	52	6,3	0,56	1,01– 0,31	1,1	0,07
Употребление алкоголя (УА)(n=272)	219	80,5	P>0,05	53	19,5	272	33,0	1,02	1,30– 0,80	0,03	0,01
Недостаточное потребление овощей и фруктов (НПОФ) (n=258)	206	79,8	P<0,05	52	20,2	258	31,3	1,53	2,15– 1,09	6,6	0,09
Метаболический синдром (МС) (n=253)	192	75,9	P>0,05	61	21,1	253	30,7	0,97	1,26– 0,75	0,06	0,01
Хроническая болезнь почек (ХБП) (n=36)	28	77,8	P<0,05	8	22,2	36	1,1	0,53	1,01– 0,28	1	0,07
Наличие хотя бы одного факторы риска (НОФР) (n=16)	29	63,0	P>0,05	17	37,0	16	5,6	0,81	1,51– 0,16	0,3	0,02
Наличие двух факторов риска (НДФР) (n=198)	153	77,3	P>0,05	15	22,7	198	21,0	1,21	1,71– 0,85	1,7	0,05
Наличие более двух факторов риска (НБДФР) (n=565)	110	77,9	P>0,05	125	22,1	565	68,6	0,98	1,15– 0,83	0,05	0,01
Мультиморбидность (ММ) (n=151)	116	75,3	P>0,05	38	21,7	151	18,7	0,78	1,11– 0,55	3,1	0,06
Отсутствие факторов риска (ОФР) (n=15)	10	66,7	P<0,05	5	33,3	15	1,8	0,11	1,13– 0,15	3,9	0,07

В популяции сельского и городского населения долгожителей частота распространенности ГУ составляет 66,7% и 33,3%. В нашем исследовании частота выявляемости АО у сельского населения составила 77,8%, а у городского населения долгожителей 22,2%. Высокий уровень АГ отмечается в популяции сельского населения долгожителей (80,2%); среди ГНД её частота выявляемости составляет 19,8%. ПСФ в указанных группах долгожителей отмечается с частотой распространенности 68,1% и 31,6%. Гиподинамия наблюдается с частотой выявляемости 72,2% (у СНД) и 27,8% (у ГНД)]. Распространенность курения составила среди долгожителей – сельчан и горожан соответственно по 78,8% и 21,2%. Употребление алкоголя отмечается у 80,5% сельского населения и у 19,5% городского населения долгожителей. Среди популяций сельских и городских долгожителей Бухары распространенность НПОФ составила 79,8% и 20,2% соответственно. МС встречался с частотой выявляемости 75,9% (среди СНД) и 21,1% (среди ГНД). Среди популяции долгожителей сельчан и горожан частота распространенности ХБП составляет 77,8% и 22,2% соответственно. Также было установлено (табл. 2), что среди СНД и ГНД частота выявляемости НОФР составляет 63,0% и 37,0% соответственно.

В этих группах обследованной популяции долгожителей наличие двух ведущих факторов риска встречается с частотой распространенности 77,3% и 22,7% соответственно. Частота встречаемости НБДФР составляет 77,9% (у сельских долгожителей) и 22,1% (у городского населения долгожителей).

В группах СНД и ГНД распространенность ММ отмечается с частотой 75,3% и 21,7% соответственно. Частота выявляемости ОФР составила среди сельского населения долгожителей 66,7% и, среди городского населения долгожителей 33,7%. Обобщая приведенных данных можно будет отметить, что все ведущие факторы риска ИБС статистически значимой высокой частотой наблюдаются среди сельского населения долгожителей; наиболее высокими уровнями распространенности, в основном среди сельского населения долгожителей, подтверждаются СИП, ИБС, ИМТ, ГГЛ, АГ и УА.

Заключение

В популяции долгожителей наиболее устойчивой распространенности и ассоциации с ИБС демонстрируют следующие факторы риска: семейная история преждевременного ИБС (49,9%), избыточная масса тела (28,9%), гипертриглицеридемия (31,8%), ожирение (32,6%), гипергликемия (26,9%), гиперурикемия (12,7%), абдоминальное ожирение (56,4%), артериальная гипертензия (55,8%), психосоциальные факторы (16,5%), гиподинамия (24,9%), курение (6,3%), употребление алкоголя (33,0%), недостаточное потребление овощей и фруктов (31,3%), метаболический синдром (38,7%), хроническая болезнь почек (4,4%), наличие хотя бы одного фактора риска (5,6%), наличие двух факторов риска (24,0%), наличие более двух факторов риска (68,6%), мультиморбидность (18,7%) и отсутствие факторов риска (1,8%). Факторы риска по частоте выявляемости преобладают среди – женского населения, коренного населения, сельского населения, у популяции умственного труда и популяции долгожителей ≥ 90 – 99 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аблакулова МХ, Хусинова ША, Юлдашева НЭ. Распространенность ишемической болезни сердца в городской неорганизованной популяции города Самарканда. Журнал кардиореспираторных исследований. 2022;(1):23–25. DOI: 10.5281/zenodo.6401043.
2. Андреева АВ, Якушин СС, Филимонова АА и др. Психофизиологическая реабилитация с применением гипоксии-гипероксической терапии у пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда и хронической сердечной недостаточностью. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2026;25(1):4704. DOI: 10.15829/1728-8800-2026-4704.
3. Артамонова ГВ, Максимов СА, Цыганкова ДП и др. Динамика факторов сердечно-сосудистого риска у жителей Сибирского региона (по данным эпидемиологических исследований). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021;17(3):362–368. DOI: 10.20996/1819-6446-2021-06-02.
4. Баланова ЮА, Капустина АВ, Шальнова СА, Имаева АЭ, Муромцева ГА, Евстифеева СЕ и др. Поведенческие факторы риска в российской популяции: результаты обследования по

модифицированной методологии STEPS. Профилактическая медицина. 2020;23(5):56–66. DOI: 10.17116/profmed20202305156.

5. Ташкенбаева ЭН, Пулатова ПХ. Ишемическая болезнь сердца и хроническая болезнь почек: распространенность и факторы риска. Журнал кардиореспираторных исследований. 2021;(2):15–52.
6. Abohashem S, Sayed A, Aldosoky W, et al. Burden and disparities in cardiovascular mortality rates associated with obesity prevalence in United States: county level analysis from 2010 to 2019. Eur Heart J. 2022;43(Suppl 2):ehac511.2198. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac511.2198.
7. Barbarash OL, Karpov YuA, Panov AV, et al. 2021 Clinical practice guidelines for stable coronary artery disease. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(9):6110. (In Russ).
8. Cao B, Zhao Y, Ren Z, et al. Are physical activities associated with perceived stress? The evidence from the China Health and Nutrition Survey. Front Public Health. 2021;9:697181. DOI: 10.3389/fpubh.2021.697181.
9. Hageman S, Pennells L, Ojeda F, et al. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J. 2021;42(25):2439–2454. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab309.
10. Галимзянов АФ, Галиуллин АН, Галиуллин ДА и др. Медико-социальные проблемы управления факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к заболеваемости, инвалидности и смертности населения (обзорная статья). Скорая медицинская помощь. 2021;21(1):51–58.
11. Викторова ИА, Ширлина НГ, Стасенко ВЛ и др. Распространенность традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Омском регионе по результатам исследования ЭССЕ-РФ2. Российский кардиологический журнал. 2020;25(6):1815.
12. Вышлов ЕВ, Алексеева ЯВ, Усов ВЮ и др. Синдром микрососудистого повреждения миокарда у пациентов с первичным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST: распространенность и связь с клиническими характеристиками. Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2022;17(1):16–16.
13. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. Eur Heart J. 2023;44(6):452–469. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac747.
14. Fedulaev YuN, Makarova IV, Orlova NV, et al. Opportunities in noninvasive evaluation of coronary atherosclerosis severity. Lechebnoe Delo. 2021;(1):78–82. DOI: 10.24412/2071-5315-2021-12293.
15. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks 2023 Collaborators. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases and risk factors in 204 countries and territories, 1990–2023. J Am Coll Cardiol. 2025;86(22):2167–2243. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.08.015.

Поступила 20.07.2026