

کاهش سن بروز بیماری‌های قلبی - عروقی در جهان

نضال صراف زادگان

استاد بیماری‌های قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

اتفاق می‌افتد.^۵ این تفاوت احتمالاً به‌دنبال بروز زودرس این بیماری‌ها در این کشورها به‌همراه کمتر بودن امکانات درمانی و مراقبت از بیماران می‌باشد.^۵ نسبت مرگ به‌علت سکته در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال در کشور تانزانیا حدود ۳ تا ۸ برابر بیشتر از کشور انگلستان است^۵ و نزدیک به ۹/۳ میلیون نفر از ۲۴ میلیون نفری که قرار است در سال ۲۰۲۰ به‌علت بیماری‌های قلبی - عروقی فوت کنند، در گروه سنی ۳۰ تا ۶۹ سال قرار دارند و بیشتر آن‌ها در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته خواهند بود.^۵

مرگ و میر و ناتوانی به‌علت بیماری‌های قلبی - عروقی که به‌طور زودرس و در سنین جوانی اتفاق می‌افتد، عواقب ناگواری برای خود بیماران و خانواده‌های آن‌ها از نظر اقتصادی و اجتماعی به‌دنبال داشته و با تأثیر بر درآمدزایی، در نهایت بر اقتصاد ملی تأثیر گذار است.

افزایش اپیدمی روز افزون بیماری‌های قلبی - عروقی معلول تغییرات اجتماعی و اقتصادی وسیعی است که تأثیر زیادی بر شیوه زندگی افراد داشته است. شهرنشینی، صنعتی شدن و جهانی شدن مهم‌ترین زمینه‌هایی است که باعث روبرو شدن کشورهای در حال رشد با اپیدمی بیماری‌های قلبی - عروقی شده است.^۲ این عوامل باعث تحول عمیق دموگرافیک شده به طوری که طول عمر در اغلب این کشورها افزایش یافته، از طرفی نحوه تغذیه تغییرات عمده - ای پیدا کرده و بی‌حرکی افزایش یافته است. این عوامل خود نیز باعث افزایش احتمال روبرو شدن افراد با ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی - عروقی منجمله افزایش فشارخون، قندخون و لیپیدهای سرم و افزایش وزن شده‌اند. افزایش چشمگیر شیوع دیابت در آینده که باعث افزایش شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی خواهد شد، می‌تواند به‌دنبال اپیدمی افزایش وزن و چاقی که در سال‌های اخیر شاهد آن هستیم باشد، هم‌چنین افزایش روند استفاده از دخانیات، مشکل را چند برابر خواهد کرد.^۵

شیوع اغلب ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته در دو دهه گذشته افزایش شدیدی داشته است. متأسفانه گروه‌های آسیب‌پذیر و کم درآمد و با تحصیلات کمتر بیشتر در معرض خطر قرار دارند.^۶

در ایران مانند سایر کشورهای با درآمد متوسط، شیوع بیماری‌های سیستم گردش خون به‌ویژه بیماری‌های عروق کرونر در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است.^۷ هم‌چنین مهم‌ترین علت مرگ و میر از سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ یعنی حدود ۳۵ درصد کل مرگ‌ها در مردان و زنان ایرانی و مهم‌ترین علت افزایش میزان شاخص سال‌های تطبیق شده برای ناتوانی (DALYs) در زنان در سال ۱۳۸۲ بیماری‌های عروق کرونر بوده است.^۸ از همه مهم‌تر این که

قرن بیستم برای بیشتر کشورهای دنیا، بهترین وضعیت سلامتی را در تاریخ طب به‌دنبال داشته است. امید به زندگی از ۴۶ سال در سال ۱۹۵۰، به ۶۶ سال در سال ۱۹۹۸ رسیده است. از طرفی سلامت جوامع و الگوی بیماری‌ها به وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد بستگی دارد. با صنعتی شدن جوامع، علل مهم مرگ و از کار افتادگی‌ها از بیماری‌های عفونی و کمبود تغذیه به بیماری‌های مزمن یا غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و دیابت تغییر یافت. این تغییر را تحول اپیدمیولوژیکی (گذر اپیدمیولوژیکی) می‌نامند.^{۱،۲} نمایه بیماری‌های قلبی - عروقی نیز در سال‌های گذشته تغییر یافته است، به‌طوری‌که بیماری‌های ناشی از کمبود تغذیه یا بیماری‌های روماتیسمال قلبی، جای خود را به بیماری‌های عروقی کرونر و سکته، یا دژنراسیون و کلسیفیکاسیون دریچه‌ها یا نارسائی قلبی در افراد مسن داده است.^۲

نگرانی‌های جهانی در سال‌های اخیر به‌دلیل افزایش نسبت مرگ و میر به علت بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته، افزایش یافته است.^۳ متأسفانه نزدیک به ۸۰ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی و ۸۷ درصد از ناتوانی‌ها در حال حاضر در کشورهای با درآمد متوسط و پائین اتفاق می‌افتد.^۲

پیشرفت سریع اپیدمی بیماری‌های قلبی - عروقی، با در نظر گرفتن این که مرگ به‌علت بیماری‌های قلبی - عروقی، از ۲۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به بیش از ۴۰ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش می‌یابد، بهتر خود را نمایان می‌سازد.^۴ در کشور چین تعداد مرگ‌ها به‌علت بیماری‌های قلبی - عروقی در دو دهه گذشته دو برابر شده و حداکثر افزایش در افرادی که در گروه سنی ۳۵ تا ۵۴ سال هستند دیده می‌شود.^۴ از طرفی شیوع بیماری عروق کرونر در مناطق شهری کشور هند حدود ۶ تا ۸ برابر افزایش یافته، به‌ویژه در افراد بین سنین ۳۵ تا ۶۴ سال. از سوی دیگر درحالی که سکته شایعترین فرم تظاهر بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای چین، جنوب شرق آسیا و کشورهای آفریقائی در سال‌های اخیر بوده است، بیماری‌های عروق کرونر بیشترین فرم تظاهر بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای آمریکای لاتین، خاورمیانه و مناطق شهری کشور هند می‌باشد.^۳ هم‌چنین فقط ۲۰ درصد مرگ‌ها به‌علت بیماری‌های قلبی - عروقی به‌طور زودرس در کشورهای غربی اتفاق می‌افتد، در مقابل یک دوم مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته در سنین زیر ۷۰ سالگی دیده می‌شود.^۳ به‌طور کلی مرگ به‌دنبال بیماری‌های قلبی - عروقی در این کشورها نزدیک به یک یا دو دهه زودتر از کشورهای غربی

ریسک فاکتورها تا ۸۰ درصد قابل پیشگیری هستند.^{۱۱} از طرفی دو راهبرد مهم پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی که می‌بایستی توأم با یکدیگر انجام شوند وجود دارند. این‌ها شامل مداخلات در سطح عموم مردم و مداخلاتی است که برای افراد در معرض خطر انجام می‌شود.^{۱۲} مداخلات در سطح جامعه لازمست از دوران کودکی و حتی قبل از آن آغاز شوند تا بتوانند از بروز ریسک فاکتورها و سپس بیماری‌ها در سنین جوانی جلوگیری نمایند.^{۱۳} این مداخلات شامل بهبود وضع تغذیه در سطح جامعه، افزایش تحرک و فعالیت بدنی، کنترل مصرف دخانیات، آموزش‌های لازم و درمان صحیح پرفشاری خون، دیابت، هیپرکلسترولمی، کنترل وزن و پیشگیری از چاقی می‌باشند.

نهایت این‌که اگر مسئولان و سیاست‌گذاران سلامت، پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری‌های قلبی - عروقی را در چارچوب نظام جامع سلامت ادغام نمایند، می‌توان به یکی از مهم‌ترین راه‌حل‌های موفقیت‌آمیز پیشگیری از این بیماری‌ها دست یافت.

در جهت دستیابی به اهداف فوق‌الذکر مقاله‌ای تحت عنوان "تاثیر دو روش تغذیه‌ای در تغییرات شاخص‌های تن‌سنجی والدین چاق و فرزندان آن‌ها" در این شماره به چاپ رسیده است که مطالعه آن خالی از لطف نیست.

References

- 1- Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. *Lancet* 2000; 356: 577-582.
- 2- Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, et al. Global burden of cardiovascular diseases. *Circulation* 2001; 104: 2746-2753.
- 3- Reddy KS. Cardiovascular disease in non-western countries. *NEJM* 2004; 350(24): 2438-2440.
- 4- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality & morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 & projected to 2020. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
- 5- Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions determinate, dynamics & directions for public health action. *Public Health Nutr* 2002; 5: 231-7.
- 6- The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 7- Sarrafzadegan N, Sayed-Tabatabaei FA, Bashardoost N, et al. The prevalence of coronary artery disease in an urban population in Isfahan, Iran. *Acta Cardiologica* 1999; 54(5): 257-263.
- 8- Jafari N, Abdolhassani F, Naghavi M, et al. National burden of disease and study in Iran. *Iran J Pub Health* 2009; 38(suppl I): 71-73.
- 9- Sarrafzadegan N, Oveisgharan Sh, Toghianifar N, et al. Acute myocardial infarction in Isfahan, Iran: Hospitalization and 28th day case-fatality rate. *Arya Atherosclero J* 2009; 5(3).
- 10- Sarrafzadegan N, Boshtam M, Rafiei M. Risk factors for coronary heart disease in Isfahan. *Europe J Pub Health* 1999; 9(1): 20-26.
- 11- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937-52.
- 12- Sarrafzadegan N, Kelishadi R, Esmailzadeh A, et al. Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan Healthy Heart Program in Iran. *Bulletin of World Health Organization* 2009; 87: 39-50.
- 13- Kelishadi R. Healthy heart program: heart health promotion from childhood. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 26: 15-26.