



Всемирная организация
здравоохранения



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

ВСЕМИРНЫЙ БАНК

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН (STEPS ВОЗ)

2014



Данное исследование в Узбекистане проведено впервые в рамках реализации проекта «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения Республики Узбекистана и Всемирного банка при технической и методологической поддержке ВОЗ. Все права принадлежат Министерству здравоохранения Республики Узбекистан. Любая репродукция, копирование с целью распространения данного отчета возможны только после письменного разрешения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. При использовании данных отчета ссылка обязательна. За дополнительной информацией можно обратиться к представителем проекту «Здоровье-3» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, e-mail: office@jpib.uz; тел.: (+99871) 268-12-13.

Рекомендуемая ссылка:

Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» (STEPS ВОЗ, 2014 г.). Отчет. Ташкент, Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

**Проект «Совершенствование системы здравоохранения
(Здоровье-3)»**

Всемирная организация здравоохранения

Всемирный банк

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
(STEPS ВОЗ, 2014 г.)**

ОТЧЕТ

Ташкент – 2015

РЕЗЮМЕ

В Узбекистане в 2014 году было проведено национальное исследование распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), базируемое на стандартной методологии STEPS ВОЗ, включающей 3 основных этапа: опрос, проведение физикальных и биохимических измерений.

Исследование было проведено среди взрослого населения страны в возрасте 18-64 лет. Для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки по трем возрастным группам: 18-29, 30-44 и 45-64 года с распределением показателей по полу в каждой возрастной группе. Дополнительно был проведен анализ данных в разрезе «город-село».

Общий размер выборки составил 4350 респондентов. Общий охват исследованием составил 88,1% от планируемого числа респондентов.

Общие результаты исследования представлены ниже:

- ежедневно две трети населения (67,2%) потребляют недостаточное количество овощей и фруктов с учетом того, что исследование проведено в зимне-весеннее время;
- около трети (31,5%) взрослого населения всегда или часто (более 3 раз в неделю) употребляет продукты с высоким содержанием соли;
- половина населения (50,1%) имеет избыточный вес ($ИМТ \geq 25$ кг/м²), ожирение ($ИМТ \geq 30$ кг/м²) выявлено у каждого пятого взрослого жителя (20,1%);
- у 46,3% населения отмечается повышенный уровень холестерина в крови ($\geq 5,0$ ммоль/л), включая тех, кто уже принимает гиполипидемические препараты; следует подчеркнуть, что в эту группу входят 39% молодой возрастной группы;
- потребление алкоголя и табака (с дымом и без дыма) в настоящее время характерно преимущественно для мужчин (30,7% и 42,4% соответственно); у женщин эти показатели значительно ниже - 5,7% и 1,5% соответственно;
- почти у трети населения (30,8%) отмечается повышенное артериальное давление ($\geq 140/90$ мм.рт.ст.), включая тех, кто принимает гипотензивную терапию;
- 9,1% населения имеет повышенный уровень глюкозы в крови натощак ($\geq 6,1$ ммоль/л) и/или уже находится на лечении по поводу сахарного диабета.

При сравнительном анализе показателей в возрастных группах и распределении по полу, выявлены такие факты:

- Для мужчин, в молодой возрастной группе преобладают такие факторы риска, как недостаточное потребление овощей/фруктов, потребление табака, а также наличие избыточного веса и повышенный уровень холестерина в крови ($\geq 5,0$ ммоль/л), включая тех, кто уже принимает гиполипидемические препараты, в 2-х остальных группах старшего возраста наряду со значительным увеличением распространенности этих факторов выявлено преобладание потребления алкоголя и повышенного артериального давления ($\geq 140/90$ мм.рт.ст.), включая тех, кто находится на лечении от гипертонии.
 - Ведущим фактором риска у женщин во всех возрастных группах является недостаточное потребление овощей/фруктов, а также наличие избыточного веса, особенно ожирения и повышенный уровень холестерина в крови ($\geq 5,0$ ммоль/л), включая тех, кто уже принимает антихолестериновые препараты. В старшей возрастной группе отмечается высокая распространенность повышенного артериального давления ($\geq 140/90$ мм.рт.ст.), включая тех, кто находится на лечении от гипертонии.
- Кроме этого, следует отметить, что 14,0% женского населения 30-49 лет проходило скрининг рака шейки матки.

Анализ результатов исследования в разрезе «город-село» выявил отсутствие статистически значимых различий практически по всем показателям, за исключением распространенности следующих факторов риска:

- показатель употребления алкоголя в городе (21,0%) выше, чем на селе (15,2%);
- распространенность повышенного уровня общего холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л) включая тех, кто в настоящее время принимает гиполипидемические препараты, выше на селе (51,4%), чем в городе (39,1%).

Анализ распространенности всех изученных факторов риска в комплексе показал, что 22,6% населения имеет 3-5 факторов риска НИЗ, 66,4% населения имеет 1-2 фактора риска и один из десяти населения страны (11%) не имеет ни одного фактора риска НИЗ, и эта группа в основном представлена молодыми представителями.

Пятая часть (20,1%) населения 40-64 лет имеет 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 30\%$ или любое сердечно-сосудистое заболевание на момент исследования. Данный показатель указывает на высокую вероятность развития серьезных осложнений, таких как инфаркты миокарда, инсульты и заболевания почек в ближайшие 10 лет у данной группы населения.

Таким образом, данный отчет представляет комплексный аналитический обзор ситуации по распространенности основных факторов риска НИЗ в Узбекистане. Он может служить платформой для планирования и осуществления эффективных мер борьбы с НИЗ в Узбекистане на всех уровнях и быть использован в качестве отправной точки для мониторинга выполнения Глобальных целей НИЗ к 2025 году и установления целевых показателей для страны.

Результаты исследования, при необходимости, могут стать основой для планирования дополнительных, более глубоких тематических исследований в области НИЗ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕЗЮМЕ.....	4
ОГЛАВЛЕНИЕ.....	6
I. ВВЕДЕНИЕ.....	7
Ситуация в мире по неинфекционным заболеваниям.....	7
Цели и задачи исследования.....	8
II. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
Этапы и инструменты.....	8
Формирование выборки.....	9
Подбор и обучение персонала.....	11
Тестирование вопросника.....	12
Информирование населения об исследовании.....	12
Сбор данных.....	12
Ввод и обработка данных.....	13
Анализ и интерпретация данных.....	13
Охват респондентов.....	14
III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	16
Потребление табака.....	16
Потребление алкоголя.....	21
Питание.....	25
Физическая активность.....	30
Скрининг на рак шейки матки.....	34
Данные физикального обследования.....	35
Антропометрические измерения.....	38
Биохимические измерения.....	40
Риск сердечно-сосудистых заболеваний.....	43
Совокупные факторы риска НИЗ.....	43
IV. СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ С ДАННЫМИ ДРУГИХ СТРАН.....	45
V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	49
Список сокращений.....	50
Глоссарий.....	50
Выражение благодарности.....	52
Список использованной литературы.....	56
VI. ПРИЛОЖЕНИЯ.	
1. Информационный лист фактических данных (основные показатели исследования STEPS ВОЗ).	
2. Информационный лист фактических данных по потреблению табака (основные показатели по потреблению табака STEPS ВОЗ).	

Ситуация в мире по неинфекционным заболеваниям

Неинфекционные заболевания (НИЗ), в основную группу которых входят сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания органов дыхания и диабет, являются ведущими причинами инвалидности и смертности во всем мире¹. Сегодня почти три четверти всех случаев смерти от НИЗ (28 миллионов). По прогнозам ВОЗ глобально смертность от этих заболеваний будет увеличиваться каждые 10 лет, в среднем, на 17%².

Согласно второму докладу ВОЗ 2014 года по НИЗ, необходимы неотложные шаги правительств для достижения глобальных целей в отношении сокращения бремени НИЗ и предотвращения ежегодных 16 миллионов случаев преждевременной смерти в возрасте до 70 лет от болезней сердца и легких, инсульта, рака и диабета. Основная глобальная цель - 25%-ное сокращение преждевременной смертности к 2025 году.

Сегодня существуют доказательства того, что развитие около 80% случаев сердечно-сосудистых заболеваний, развитие сахарного диабета 2 типа, а также более трети всех злокачественных образований можно предотвратить³. Преждевременные случаи смерти от НИЗ можно существенно снизить с помощью мер государственной политики по сокращению употребления табака, вредного употребления алкоголя, нездорового питания и недостаточной физической активности, и обеспечению всеобщего медико-санитарного обслуживания.

НИЗ препятствуют усилиям по сокращению бедности и угрожают достижению целей в области устойчивого развития. Социально-экономические последствия НИЗ, ложась тяжелым бременем на отдельного человека и его семью, оказывают влияние на общество в целом, увеличивают нагрузку на систему здравоохранения и наносят ущерб экономическому развитию стран. Согласно данным отчета ВОЗ, Всемирного Экономического форума и Гарвардского университета, прогнозируемые общие экономические потери от 4-х основных групп заболеваний в развивающихся странах, превысят 7 трлн. долларов США за период 2011-2025 гг⁴. В 2010 году в этих странах годовые потери составили примерно 4% от ВВП. На данный момент в любой стране потери от НИЗ превышают государственные расходы на здравоохранение.

Результаты последних проведенных исследований ВОЗ показали, что стоимость внедрения рекомендуемого комплекса экономически выгодных вмешательств в области профилактики НИЗ сравнительно низкая. Вместе с миллионами жизней, спасенных от преждевременной смерти (до 70-летнего возраста), возврат средств от этих вложений заключается в большой экономии национальных средств, сохранении трудовых ресурсов страны, повышении производительности и экономическом росте.

В докладе указаны наиболее экономически выгодные или высоко результативные меры, рекомендуемые ВОЗ⁵, в том числе введение запрета на все формы рекламы табачных изделий, замена трансжиров полиненасыщенными жирами, введение ограничений или запрета на рекламу алкоголя, предотвращение инфарктов и инсультов, популяризация и защита грудного вскармливания и профилактика рака шейки матки с помощью скрининга.

Таким образом, проблема НИЗ выходит на первый план политики всех государств, что приводит к стимулированию и объединению общих усилий на национальном и глобальном уровне. С принятием Политической Декларации Совещания высокого уровня по НИЗ (Генеральная Ассамблея ООН, сентябрь 2011) страны-участницы ООН, в том числе и Узбекистан, обязались «содействовать разработке, создать или оказать поддержку и укрепить к 2013 году, в соответствующих случаях, многосекторальные национальные стратегии и планы в области профилактики НИЗ и борьбы с ними...», что непременно приведет к консолидации усилий стран в борьбе с одной из главных проблем человечества.

На данный момент ВОЗ разработаны и приняты 9 добровольных глобальных индикаторов мониторинга НИЗ вместе с 25 дополнительными индикаторами, по которым все страны-участницы ВОЗ предоставляют отчет к 2025 году⁶. Помимо этого, индикаторы НИЗ рекомендованы для включения в страновую программу содействия развитию ООН (ЮНДАФ) в качестве целевых индикаторов Целей развития тысячелетия после 2015 года.

Цели и задачи исследования

Целью настоящего исследования является изучение ситуации по распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди всего населения страны в возрасте 18-64 лет.

Основные задачи исследования включают:

- описание существующего уровня распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в данной популяции среди населения 18-64 лет;
- проведение стратификации риска НИЗ по полу, возрасту, в разрезе «город-село»;
- получение результатов исследования в качестве исходного уровня для дальнейшего отслеживания направленности и тенденций в отношении факторов риска в будущем;
- представление результатов исследования для определения приоритетов и эффективного планирования целевых мероприятий по профилактике и контролю НИЗ, направленных на решение выявленных пробелов и проблемных аспектов;
- проведение сравнительного анализа полученных результатов с другими странами.

II.МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Этапы и инструменты

В рамках реализации проекта «Здоровье-3» Министерством здравоохранения Узбекистана и Всемирным банком при технической и методологической поддержке ВОЗ в период с января 2012 г. по ноябрь 2014 г. проведено исследование по изучению распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в Узбекистане с использованием стандартной методологии и инструментов ВОЗ STEPS. На подготовительном этапе исследования стандартные методология и инструменты STEPS были адаптированы к местным условиям.

Все работы по исследованию условно разделены на 4 основных этапа:

1-й этап – подготовительный - включал:

ознакомление с методологией; проведение ориентационного и обучающего семинара; создание координационной и технической группы; формирование репрезентативной выборки исследования; составление плана и бюджета исследования; подготовку перечня и закуп необходимого оборудования; адаптацию стандартного вопросника, специальных форм ВОЗ, перевод и их тиражирование.

2-й этап – проведение исследования - включал:

выбор социологической компании; отбор команды исследователей; планирование полевых работ; проведение практического семинара по методологии сбора данных; апробирование вопросника и его адаптацию.

Полевые работы начались с проведения серии повторных тренингов по сбору данных. Непосредственный сбор данных проводился в период с 22 января по 5 апреля 2014 г. В связи с потерей, по техническим причинам, части данных в течение следующего месяца было проведено уточнение ответов респондентов по телефону и имеющимся записям лаборантов и интервьюеров по шагам 2 и 3.

3-й этап - анализ и интерпретация данных - включал:

консолидацию и чистку электронной базы данных; составление стандартных аналитических таблиц; проведение обучающего семинара по составлению стандартных фактических листов и сборников данных, по анализу и интерпретации данных, написанию финального отчета.

4-й этап – принятие управленческих решений, на основе полученных данных - включал:

проведение мероприятий для широкого освещения результатов исследования; проведение семинаров по принятию управленческих решений по результатам исследования; включение эффективных мероприятий в национальные планы и программы по НИЗ.

Стандартные методы исследования STEPS состоят из 3 основных Шагов, и все они были включены в исследование в Узбекистане.

ШАГ 1 включает **проведение опроса отобранного населения** с использованием стандартного вопросника STEPS ВОЗ с основными и расширенными модулями по изучению распространенности факторов риска развития хронических заболеваний. Наряду с демографическими и социально-экономическими сведениями вопросник STEPS ВОЗ позволяет получить информацию об образе жизни (вредных привычках, физической активности и привычках питания) и имеющихся неинфекционных заболеваниях (гипертонии, сахарном диабете 2 типа, гиперхолестеринемии) у каждого участника.

В настоящее исследование включены вопросы о потреблении разных видов табачной продукции и алкоголя, о рационе питания (потребление фруктов и овощей, жиров), о физической активности, об истории повышенного артериального давления, диабета, повышенного общего холестерина, о наличии сердечно-сосудистых заболеваний, о полученных советах по здоровому образу жизни, а также для женщин – о проведенном скрининге рака шейки матки. Помимо основных модулей вопросника, по предложению технической группы исследования, экспертной комиссией Министерства здравоохранения было принято решение включить дополнительные модули по потреблению соли населением и анти табачной политике государства.

ШАГ 2 представляет собой **сбор данных физического осмотра** с измерением артериального давления, частоты пульса, роста и веса (для подсчета индекса массы тела - ИМТ), охвата талии и бедер (для подсчета соотношения охвата талии к охвату бедра - СОТБ).

ШАГ 3 представляет собой **лабораторные исследования** с определением уровня глюкозы и общего холестерина в крови натощак.

Все инструменты, включая вопросники STEPS ВОЗ, были переведены на русский язык и адаптированы с учетом местных условий. Затем вопросники были переведены на английский язык и представлены для согласования экспертам ВОЗ.

В целях обеспечения качественного сбора данных все адаптированные инструменты были переведены на узбекский, русский и каракалпакский языки.

Методология и инструменты исследования согласованы с Национальным этическим комитетом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Дополнительно, в процессе исследования использовалась письменная форма согласия респондентов на участие в исследовании на каждый из 3-х шагов в отдельности.

Формирование выборки

Расчет выборки

Целевой группой исследования определено взрослое население в возрасте 18-64 лет. Исследуемый контингент был представлен, в целом, 6 группами с делением на 3 возрастные группы - 18-29 лет, 30-44 года и 45-64 года, а также со стратификацией по полу (мужчины и женщины) в каждой возрастной группе.

Для репрезентативной статистической выборки был применен взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки с применением метода случайных чисел.

Размер выборки исследования определен с помощью специального инструмента STEPS ВОЗ (sample_size_calculator формата Excel) по ниже следующей методике.

Первоначальный размер выборки - n определен с учетом доверительного интервала – 95% (Z=1,96); предела допустимых погрешностей – 5% (e=0,05); базового уровня индикаторов - 50% (P=0,5).

$$n = Z^2 \times \frac{P \times (1-P)}{e^2}$$

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,5 \times (1 - 0,5)}{0,05^2} = 384,16 = 384$$

Дополнительные поправки к размеру выборки проведены с учетом количества групп по половозрастной категории (6 групп); дизайн-эффекта для кластерной выборки (Дефф=1,5); уровня предположительных потерь в 20% (0,8):

$$\text{Размер выборки} = \frac{384 \times 6 \times 1,5}{0,8} = 4320$$

Этапы выборки

Отбор статистически репрезентативной случайной выборки был выполнен с применением инструментов, разработанных ВОЗ (*Sapmling.xls*, *Randhold.xls*).

- **Отбор первичной единицы выборки – районов и городов**

В качестве первичной единицы выборки (ПЕВ) была использована единица административно-территориального деления – район и город. Информация о районах и городах в разрезе Республики Каракалпакстан, г. Ташкента и всех 12 областей получена из Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан. На момент отбора (к 1 января 2012 г.) в стране существовало 194 административно-территориальные единицы. С помощью специального инструмента *STEPSsampling.xls* (в формате Excel) методом случайных чисел с вероятностью отбора, пропорционального размеру населения в каждой административно-территориальной единице, из 194 городов и районов было отобрано 50 ПЕВ. При этом каждой ПЕВ был присвоен идентификационный номер от 01 до 50.

- **Отбор вторичной единицы выборки - учреждений ПЗЗ**

В качестве вторичной единицы выборки (ВЕВ) служили учреждения первичного звена здравоохранения (ПЗЗ). С учетом выделенных средств на исследование был рекомендован выбор 3 учреждений ПЗЗ в каждой из 50 отобранных ранее ПЕВ (районов и городов), т.е. всего 150 учреждений ПЗЗ.

Для выборки ВЕВ из Института Здоровья и медицинской статистики был получен регистр учреждений ПЗЗ с указанием численности обслуживаемого населения. На момент отбора таких учреждений было 2053. Затем из каждого отобранного ПЕВ с помощью специального инструмента *STEPSsampling.xls* были отобраны по 3 ВЕВ (учреждения ПЗЗ) методом случайных чисел и с вероятностью, пропорциональной численности обслуживаемого населения в каждом учреждении. В связи с тем, что в двух отобранных ПЕВ (в г. Алмалыке Ташкентской области и в г. Термезе Сурхандарьинской области) имелось всего лишь по 2 учреждения ПЗЗ, общее количество отобранных ВЕВ составило 148 вместо запланированных 150. Каждому ВЕВ был присвоен свой идентификационный номер от 001 до 148.

- **Отбор третичной единицы выборки - домохозяйств и респондентов**

В качестве третичной единицей выборки (ТЕВ) служили домохозяйства. Размер домохозяйств на каждое учреждение ПЗЗ был вычислен с помощью следующей формулы:

$$\text{Размер домохозяйств на одно учреждение ПМСП} = \frac{4320}{150} = 28,80$$

Округлив цифру 28,8 на 29 был получен окончательный размер выборки:

$$\text{Общий размер выборки} = 150 \times 29 = 4350$$

Таким образом, общий размер выборки составил 4350 респондентов.

В связи с сокращением количества выбранных ранее ВЕВ, т.е. учреждений ПЗЗ со 150 до 148, 58 домохозяйств были дополнительно выбраны для ПЕВ Кашкадарьинской и Ферганской областей, т.к. эти области были отобраны в качестве пилотных областей по укреплению здоровья и профилактике НИЗ в рамках проекта «Здоровье-3».

Для отбора ТЕВ был получен список домохозяйств, обслуживаемых 148 отобранными учреждениями ПЗЗ. Затем из каждого учреждения с помощью инструмента Randhold.xls методом случайных чисел были отобраны домохозяйства для участия в исследовании. При этом было выбрано по 30-31 домохозяйству из каждого медицинского учреждения Кашкадарьинской и Ферганской областей, а во всех остальных регионах республики - по 29. В процессе отбора каждому домохозяйству был присвоен свой 7-значный персональный идентификационный номер (PID), состоящий из идентификационных номеров ПЕВ (от 01 до 50), ВЕВ (от 001 до 148) и номеров домохозяйств (от 01 до 31). Таким образом, общее количество отобранных домохозяйств составило 4350.

Заключительный **отбор респондентов** в возрасте 18-64 лет из каждого выбранного домохозяйства проводился с использованием метода Киша⁷. Данный метод отбора проводился по специальной методологии, включающей случайный отбор респондента в зависимости от пола и возраста всех жителей домохозяйства, подходящих по критериям для включения в данное исследование.

Персональные идентификационные номера домохозяйств также являлись персональными идентификационными номерами для респондентов.

Отбор респондентов чаще всего проводился супервайзерами и интервьюерами непосредственно при посещении выбранных домохозяйств с помощью программного обеспечения eSTEPS, методом Киша и был инсталлирован в персональный цифровой помощник (personal digital assistant - PDA). Исключением стала Бухарская область, где отбор респондентов методом Киша был проведен супервайзером в медицинских учреждениях (а не лично при посещении выбранных домохозяйств) на основании заранее представленных списков членов домохозяйств с указанием количества, возраста и пола каждого члена домохозяйства, составленных патронажными медсестрами учреждений ПМСП.

Критериями включения в исследование при отборе методом Киша были все жители выбранного домохозяйства в возрасте от 18 до 64 лет включительно. В выборку также включались все лица данной возрастной группы, временно проживающие по данному адресу.

В исследование изначально не включались лица постоянно проживающие в данном домохозяйстве, доступ к которым практически невозможен в связи с отсутствием этих членов семьи в течение периода проведения всего исследования, т.е. 3 месяцев. В частности, это лица, проживающие в военных гарнизонах, общежитиях милиции и других специальных служб, дополнительно студенты, проходящие обучение в другом городе и лица, находящиеся в долгосрочных командировках или в отъезде. Кроме того, из исследования исключались лица, находящиеся в стационарах, санаториях, тюрьмах, домах престарелых, интернатах и аналогичных учреждениях. Дополнительно в отбор респондентов методом Киша изначально не включались недееспособные члены домохозяйства.

Таким образом, в исследовании приняли участие 3834 респондента в возрасте 18-64 лет из всех 12 областей страны, г. Ташкента и Республики Каракалпакстан, из них 1545 мужчин и 2289 женщин. Все респонденты подразделены на 3 возрастные группы: 18-29 лет – 1135 человек, 30-44 года – 1550 человек, 45-64 года – 1149 человек.

Подбор и обучение персонала

На этапе подготовки к исследованию проектом «Здоровье-3» была нанята социологическая компания для проведения полевых работ. Компанией были отобраны интервьюеры, лаборанты из числа работников государственных учреждений системы здравоохранения согласно списку, представленному региональными управлениями здравоохранения. В частности, были выбраны специалисты Института здоровья и медицинской статистики и его территориальных подразделений, врачи и лаборанты учреждений первичной медико-санитарной помощи.

В рамках проведения исследования STEPS для всей команды супервайзеров, интервьюеров и лаборантов экспертами штаб-квартиры и странового офиса ВОЗ был проведен основной курс обучения по методологии сбора данных, а также дополнительные тренинги непосредственно перед началом исследования. Всего было обучено 123 человека.

В сборе данных исследования участвовало 14 супервайзеров, 45 интервьюеров и 53 лаборанта. Из них были сформированы команды, состав и количество которых менялись в разных регионах в зависимости от размера выборки. В среднем, каждая команда состояла из 4-8 человек: 1 супервайзер, 2-4 интервьюера и 1-3 лаборанта.

В целях обеспечения стандартного и качественного подхода к сбору данных было подготовлено “Руководство по методологии сбора данных с использованием подходов STEPS ВОЗ” для супервайзеров и исследовательских команд на русском и узбекском языках.

Тестирование вопросника

Тестирование вопросника STEPS проводилось в рамках тренинга по сбору данных, при этом использовались две языковые версии анкет - на русском и узбекском языках. Тестирование проведено в отобранных учреждениях ПЗЗ г. Ташкента одновременно всеми командами, обученными в рамках проводимого семинара. Продолжительность тестирования составила 2 дня. В процессе тестирования были апробированы инструменты по всем 3-м шагам, включая измерение физических данных и определение биохимических показателей.

На основе результатов тестирования была пересмотрена формулировка некоторых вопросов на узбекском языке.

Информирование населения об исследовании

В целях информирования населения о проводимых полевых работах по сбору данных были подготовлены информационные сообщения для средств массовой информации (СМИ). Перед сбором данных организаторы исследования выступили по радио, а также были опубликованы статьи в печатных СМИ. В сообщениях основной упор был сделан на оповещение населения о целях и задачах данного исследования, призыв к активному участию и на повышение осведомленности населения об основных изучаемых факторах риска неинфекционных заболеваний в рамках данного исследования.

Сбор данных

Проведение полевых работ

С 22 января по 5 апреля 2014 г. проведены полевые работы.

Команды супервайзеров и интервьюеров посещали выбранные домохозяйства, проводили отбор респондентов методом Киша из числа жителей в возрасте 18-64 лет.

После получения письменного согласия на участие в Шагах 1 и 2, проводился опрос респондента и физические измерения с введением ответов и результатов осмотра в специальное электронное устройство (PDA).

Для проведения Шага 3 участник давал отдельное устное согласие для проведения биохимических анализов крови, после чего ему предоставлялось «Направление для проведения биохимических анализов крови» и «Инструкция по воздержанию от еды».

Перед проведением Шага 3 лаборант дополнительно получал письменное согласие респондента для определения биохимических показателей крови. Результаты по содержанию глюкозы и общего холестерина в крови вносились в специальную бумажную анкету.

В большинстве случаев биохимический анализ крови был проведен в учреждениях ПМСП (поликлиника или сельский врачебный пункт). В случае если респондент не имел возможности прийти в медицинское учреждение, лаборант проводил анализы на дому или в удобном для респондента месте.

Мониторинг

Ежедневно супервайзеры каждой команды проводили мониторинг качества сбора данных, в частности в их обязанности входило ежедневное обсуждение возникающих проблем в команде, проверка данных в PDA и выборочный контроль работы лаборантов.

Дополнительно, по инициативе координационной группы, проводился мониторинг проведения полевых работ специалистами Министерства здравоохранения, Института здоровья и медицинской статистики, проекта «Здоровье-3», которые изначально принимали участие в подготовке исследования и прошли обучение на тренингах STEPS ВОЗ. Для обеспечения единого подхода к процессу мониторинга сбора данных были подготовлены инструменты мониторинга. По результатам выявленных недостатков в процессе мониторинговых визитов в феврале и марте было проведено дополнительное консультирование координаторов и супервайзеров и представлены рекомендации для улучшения качества сбора данных на следующих этапах.

Ввод и обработка данных

Как упоминалось выше, каждый супервайзер и интервьюер проводил и регистрировал результаты выбора респондента в каждом домохозяйстве в специальный персональный электронный помощник (PDA), ответы каждого респондента и результаты физических измерений также вводились в данное устройство.

Лаборанты, проводившие биохимические анализы, заносили все необходимые данные вручную в специальные бумажные формы. Позже супервайзеры каждой команды вводили данные лабораторных анализов в PDA с использованием персонального идентификационного номера, изначально присвоенного каждому респонденту.

По окончании полевых работ все данные были загружены в компьютер в течение апреля-мая 2014 года по мере освобождения PDA от полевых работ.

В процессе обработки данных возникли такие проблемы, как повреждение одного PDA, утеря данных со второго PDA при загрузке и синхронизации данных в компьютере, а также выявлено несовпадение данных по одному и тому же PID в нескольких случаях. В течение апреля-мая большинство утерянных или вызывающих сомнение данных было восстановлено и уточнено по телефону.

После загрузки данных проведено совмещение данных по 3 шагам исследования, ориентируясь на PID каждого респондента. После консолидации все данные были выверены. Объективно и заведомо ошибочные данные (например, нереально огромные дозы алкоголя и количества выкуриваемых сигарет, несовпадения между ответами на аналогичные вопросы и т.п.) были перекодированы в ошибку.

Позже сформированная база данных была трансформирована в формат ACCESS, а также обработана в программном обеспечении STATA.

Анализ и интерпретация данных

Взвешивание данных

Для экстраполяции полученных данных от 3834 респондентов на всю взрослую популяцию Республики Узбекистан была использована корректировка данных с помощью метода взвешивания двух типов:

Препопуляционная поправка - для коррекции неравной вероятности выборки по формуле:

$$W_{\text{препопуляционная}} = \frac{1}{\text{Вероятность выбора ПЕВ}} * \frac{1}{\text{Вероятность выбора ВЕВ}} * \frac{1}{\text{Вероятность выбора ТЕВ}} * \frac{1}{\text{Вероятность выбора респондента в пределах одного домохозяйства}}$$

Ввиду большого количества ошибок при вводе PID при отборе методом Киша и отдельных данных по количеству проживающих в выбранных домохозяйствах респондентов в возрасте 18-64 лет, расчет вероятности выбора респондента в пределах одного домохозяйства был невозможен. Расчет препопуляционной поправки проводился с учетом среднего значения количества взрослых жителей, приходящегося на одно участвующее в исследовании домохозяйство.

Постстратификационная поправка к общей популяции 18-64 лет проводилась с учетом пола, возрастной категории и дополнительного распределения по переменной «город-село».

Для этого проведено взвешивание данных с учетом пропорционального соотношения каждой из 6 групп исследования в соответствии с реальными данными распределения населения в этих группах, предоставленными Государственным комитетом по статистике.

$W_{\text{постстратификационная}} = \frac{\text{Доля группы согласно данным Государственного комитета по статистике}}{\text{Доля группы согласно полученным данным}}$

Оба типа взвешивания были использованы для корректировки всех полученных данных с целью экстраполяции данных на взрослое население страны.

Следует отметить, что при взвешивании уровень отсутствия ответов не был учтен при статистической обработке ввиду невозможности точного определения пола и возраста потенциального респондента, не участвовавшего в исследовании по разным объективным причинам (Гл. III. Результаты исследования. 1. Охват обследованием респондентов).

Статистическая обработка

Статистическая обработка данных проведена при содействии команды специалистов штаб квартиры ВОЗ в Женеве.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием:

- Базы данных STEPS в программах Epi Info;
- Руководств по анализу листов данных (Fact Sheet Analysis Guide and Data book);
- Специального инструмента Excel STEPSsampling.xls.

Использование программы Epi Info позволило провести статистический анализ комплексных данных исследования с подсчетом взвешенных средних показателей и стандартной ошибки (SE) с 95% доверительным интервалом.

Для оценки средних значений отдельных показателей, в частности, уровня физической активности населения, также рассчитывали медиану для характеристики распределения населения между 25-й и 75-й процентилями.

Результаты данного исследования могут считаться репрезентативными для населения в возрасте 18-64 лет, т.к. данные были стандартизированы по полу и возрасту, а также по месту жительства населения страны.

В ходе проведенного исследования наличие статистически значимых отличий в разрезе «город-село» было выявлено при изучении распространенности только двух факторов риска НИЗ. В связи с этим при представлении результатов исследования и в основных выводах описываются именно эти случаи. В остальных случаях распространенность факторов риска НИЗ в Узбекистане мало зависит от места проживания населения.

Охват респондентов

Планируемое количество респондентов согласно расчетным данным выборки составило 4350 человек. В ходе работы некоторые объективные факторы привели к уменьшению числа респондентов на различных этапах работы, а именно:

- на подготовительном этапе: в результате перепроверки и в ходе уточнения адресов домохозяйств выявлены реконструкция и снос некоторых домов в областных городах, что привело к потере числа домохозяйств;
- на этапе сбора данных: на момент исследования обнаружено отсутствие проживающих или подходящих по возрасту жильцов;
- на разных этапах получены отказы от участия в исследовании;

- объективно и заведомо ошибочные данные перекодированы в ошибку и исключены из анализа данных;
- на этапе ввода, анализа и обработки были случаи ошибочного введения данных;
- потеря данных при загрузке в компьютер;
- по причине повреждения одного PDA произошла потеря нескольких записей респондентов.

В результате, доля охвата респондентов каждым шагом исследования отличается друг от друга. Для анализа данных использовалось максимальное количество полученных ответов, биометрических показателей и биохимических показателей (таб.1).

Таблица 1. Охват респондентов исследованием

	Планируемое количество респондентов	Фактическое количество участников	Доля охвата обследованием
Количество участников – шаг 1	4350	3834	88,1%
Количество участников - шаг 2	4350	3845	88,4%
Количество участников - шаг 3	4350	3695	84,9%

Таким образом, общий охват респондентов исследованием составил 88,1%. Такой уровень охвата респондентов допустим в рамках данного исследования, т.к. первоначально планируемый уровень потерь на этапе подсчета выборки закладывался в 20%.

III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Потребление табака

Потребление табака является одной из самых значительных и предотвратимых угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. По оценкам ВОЗ около шести миллионов человек в год умирают по причинам, связанным с потреблением табака, причем 600 000 человек погибают от воздействия вторичного табачного дыма (из них 170 000 детей)⁴. К 2030 году число смертей, связанных с потреблением табака возрастет до 8 миллионов⁸.

Для выявления распространенности данного фактора риска в Узбекистане респонденты тщательно опрошены на предмет потребления различных видов табака (с дымом и без дыма) в настоящее время и в прошлом, о стаже и частоте потребления табака, о вторичном воздействии табачного дыма.

Для обеспечения единого подхода, а также в помощь выбора верного ответа в ходе опроса использовались карточки возможных ответов с фотографиями различных табачных изделий.

Потребление табака с дымом

За курильщиков в настоящее время принимали респондентов, куривших табак с дымом как минимум 1 раз за последний месяц на момент опроса.

За ежедневных курильщиков принимали респондентов, курящих табак с дымом ежедневно на момент опроса как минимум 1 раз в день.

Бывшие курильщики – лица, курившие табак с дымом когда-либо в прошлом, но некурящие более 1 месяца на момент опроса.

Взрослые, подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма – лица, которые сами не курят, но вынуждены вдыхать табачный дым.

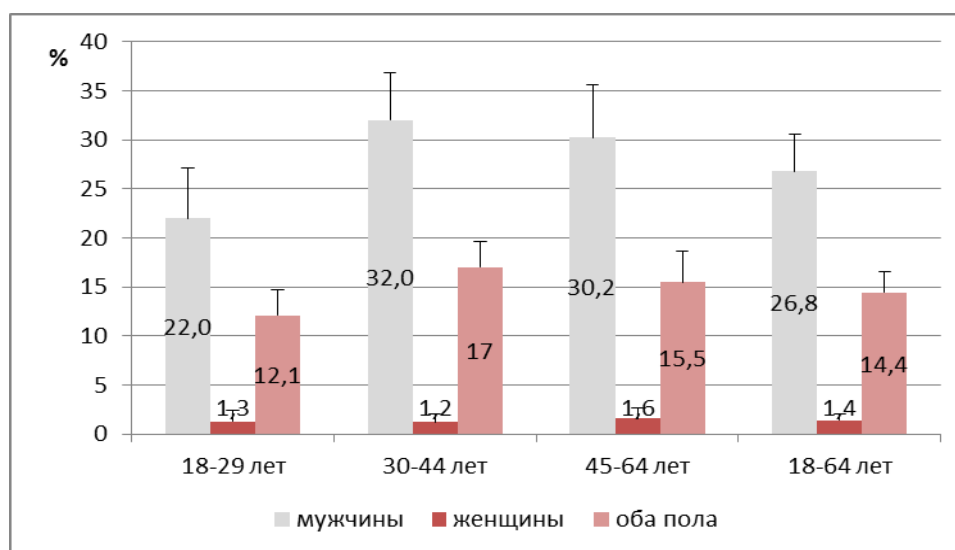


Рисунок 1. Доля курильщиков дымного табака в настоящее время

Исследование показало (рис.1), что каждый седьмой (14,4% (ДИ 95%: 12,3-16,4)) взрослый житель страны курит табак с дымом в настоящее время, с разницей на порядок между мужчинами - 26,8% (ДИ 95%: 23,0-30,5) и женщинами - 1,4% (ДИ 95%: 0,7-2,0). У мужчин имеется статистически значимая разница между количеством курящих в молодой и средней возрастных группах (22,0% (ДИ 95%: 16,9-27,0) и 32,0% (ДИ 95%: 27,2-36,8) соответственно).

Среди курильщиков табака с дымом в настоящее время 83,2% (ДИ 95%: 78,5-87,8) курят сигареты промышленного производства; 7,7% (ДИ 95%: 4,1-11,3) курят сигареты-самокрутки; 1,6% (ДИ 95%: 0,0-3,5) курят табачные трубки; 5,3% (ДИ 95%: 2,2-8,4) курят сигары, сигары с обрезанными концами, сигариллы; 2,0% (ДИ 95%: 0,4-3,5) курят кальян и 2,4% - другие типы дымного табака.

Четверо из пяти взрослых жителей 79,8%, (ДИ 95%: 77,5-82,0) никогда не курили табак с дымом, это 62,7% (ДИ 95%: 58,3-67,2) мужчин и 97,7% (ДИ 95%: 96,7-98,7) женщин. 5,9% (ДИ 95%: 4,8-6,9) являются бывшими курильщиками: 10,5% (ДИ 95%: 8,3-12,7) мужчин и 1,0% (ДИ 95%: 0,2-1,7) женщин (таб. 2). У мужчин с возрастом их доля статистически значимо увеличивается с 6,9% (ДИ 95%: 4,2-9,6) среди молодых лиц до 17,2% (ДИ 95%: 12,7-21,8) у старшей возрастной группы (45-64 лет).

Таблица 2. Статус курения

Пол	Курильщики в настоящее время					Некурящие			
	n	%, ку- рящие еже- дневно	95% ДИ	%, не курящие ежеднев но	95% ДИ	%, бывшие куриль- щики	95% ДИ	%, некурящ ие	95% ДИ
Мужчины	1523	16,6	14,0-19,2	10,1	7,9-12,4	10,5	8,3-12,7	62,7	58,3-67,2
Женщины	2287	0,9	0,3-1,5	0,4	0,1-0,8	1,0	0,2-1,7	97,7	96,7-98,7
Оба пола	3810	9,0	7,5-10,4	5,4	4,2-6,6	5,9	4,8-6,9	79,8	77,5-82,0

В среднем, 62,4% (ДИ 95%: 56,6-68,2) потребителей табака с дымом курят ежедневно. С возрастом у мужчин их доля увеличивается с 49,1% (ДИ 95%: 38,8-59,4) среди молодых лиц до 74,4% (ДИ 95%: 66,7-82,1) у старшей возрастной группы (45-64 лет) (таб. 3).

Таблица 3. Доля ежедневно курящих табак с дымом в настоящее время (среди всех курящих)

Возрастн ые группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%, ежеднев ные куриль- щики	95% ДИ	n	%, ежеднев ные куриль- щики	95% ДИ	n	%, ежеднев ные куриль- щики	95% ДИ
18-29	100	49,1	38,8-59,4	7	50,9	6,1-95,6	107	49,2	38,9-59,5
30-44	188	67,1	58,9-75,3	11	79,9	56,3-100,0	199	67,6	59,6-75,6
45-64	144	74,4	66,7-82,1	15	78,2	56,5-100,0	159	74,6	67,3-82,0
18-64	432	62,2	56,4-67,9	33	67,3	42,3-92,2	465	62,4	56,6-68,2

Исследование показало, что мужчины начали курить табак с дымом в среднем в 20 лет (ДИ 95%: 19,2-20,8) и женщины – в 21,4 (ДИ 95%: 17,0-25,9) года (таб. 4).

Таблица 4. Средний возраст начала курения табака с дымом

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Средний возраст, лет	95% ДИ	n	Средний возраст, лет	95% ДИ	n	Средний возраст, лет	95% ДИ
18-29	45	19,4	18,0-20,7	3	17,9	12,7-23,1	48	19,3	18,0-20,6
30-44	128	19,9	18,9-20,8	6	24,3	14,9-33,8	134	20,0	19,1-20,9
45-64	101	20,7	19,4-22,0	10	22,4	17,8-26,9	111	20,8	19,6-22,0
18-64	274	20,0	19,2-20,8	19	21,4	17,0-25,9	293	20,1	19,3-20,8

Среди ежедневных курильщиков табака с дымом 90,2% (ДИ 95%: 84,8-95,6) предпочитают курить сигареты промышленного производства. Доля курильщиков сигареты промышленного производства, среди всех курящих в настоящее время составляет 89,2% (ДИ 95%: 85,3-93,1).

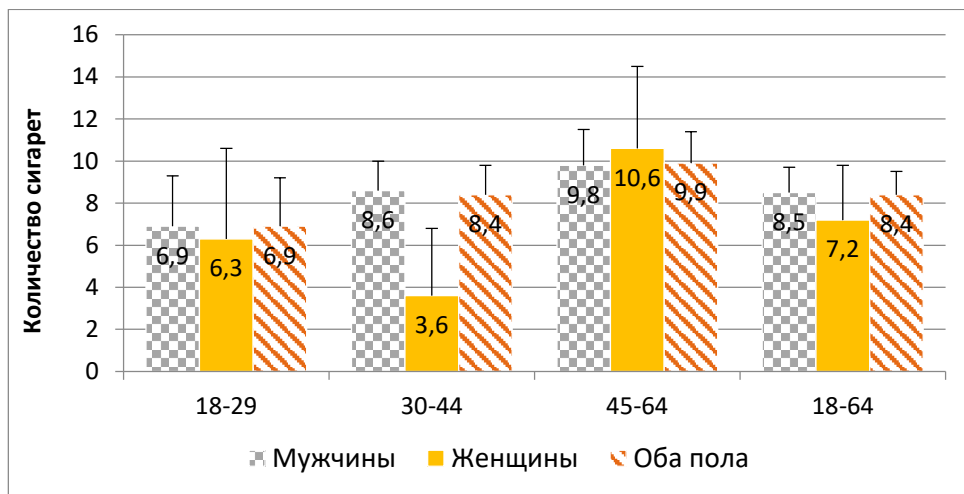


Рисунок 2. Среднее число сигарет, выкуриваемых ежедневными курильщиками за день

Выявлено, что в среднем выкуривается по 8,4 (ДИ 95%: 7,3-9,5) сигареты в день, мужчинами - 8,5 (ДИ 95%: 7,3-9,7) штук и женщинами - 7,2 (ДИ 95%: 4,7-9,8) штуки (рис.2).

Половина ежедневных курильщиков выкуривает меньше 10 сигарет в день: 28,4% (ДИ 95%: 21,6-35,3) – менее 5 штук и 21,3% (ДИ 95%: 14,5-28,0) – от 5 до 9 штук, другая половина выкуривает более 10 сигарет в день: 23,1% (ДИ 95%: 16,7-29,6) - по 10-14 сигарет и 26,5% (ДИ 95%: 19,6-33,5) – по 15-24 сигареты в день. Потребление более 25 сигарет в день отмечено как редкие случаи, составляющие 0,6% (ДИ 95%: 0,0-1,4) населения, представленного исключительно мужчинами среднего возраста. Существенных различий не отмечено в объеме выкуриваемых сигарет в день между возрастными группами среди ежедневных курильщиков у мужчин (рис.3).

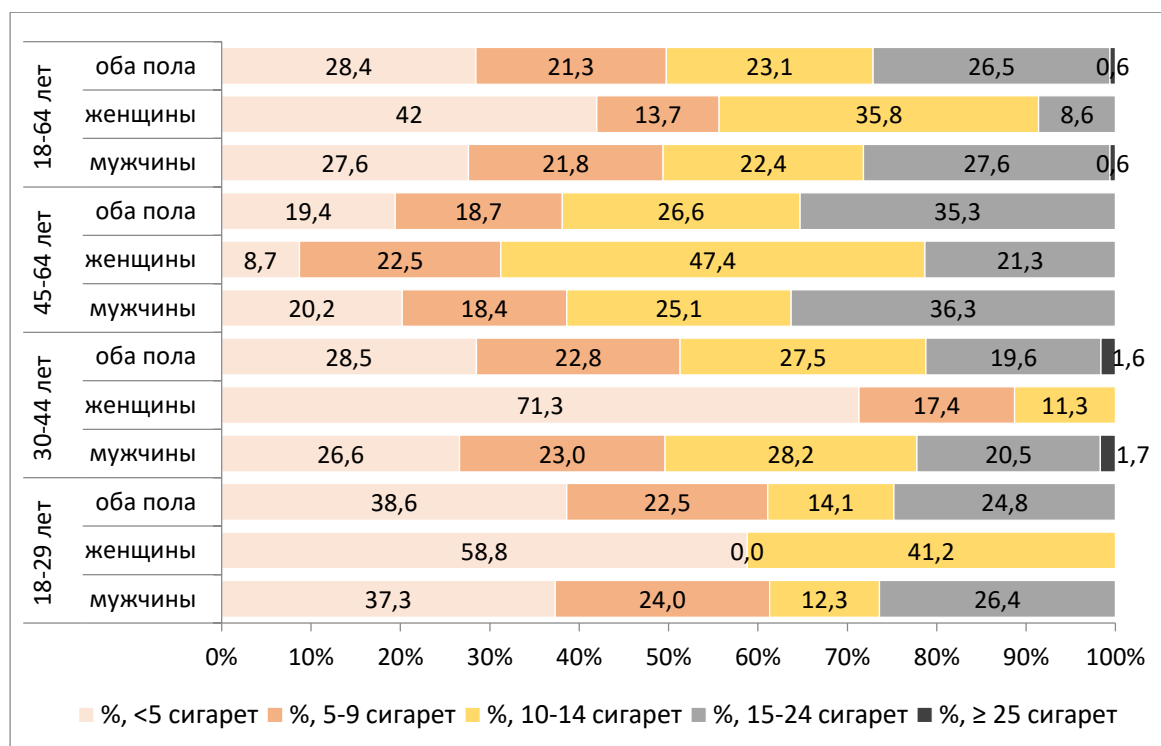


Рисунок 3. Распределение ежедневных курильщиков табака с дымом по количеству выкуриваемых за день сигарет и самокруток

За последние 12 месяцев трое из пяти курильщиков в настоящее время табака с дымом пытались бросить курить - 61,3%, (ДИ 95%: 55,5-67,0), и таких лиц статистически незначимо больше среди молодой возрастной группы мужчин и женщин (таб. 4).

Таблица 4. Доля курильщиков табака с дымом в настоящее время, пытавшихся бросить курить в течение последних 12 месяцев

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%, пытались бросить	95% ДИ	n	%, пытались бросить	95% ДИ	n	%, пытались бросить	95% ДИ
18-29	100	70,0	59,6-80,4	7	65,8	28,5-100,0	107	69,8	59,6-79,9
30-44	188	53,8	45,3-62,2	11	53,4	18,5-88,3	199	53,8	45,5-62,0
45-64	144	59,7	50,0-69,4	15	31,5	0,0-63,0	159	58,2	49,0-67,3
18-64	432	61,8	55,7-67,8	33	51,2	29,2-73,2	465	61,3	55,5-67,0

Потребление бездымного табака

Традиционно в Узбекистане распространено использование насвай – разновидности бездымного табака. Кроме насвай употребляются жевательный и нюхательный табак. Перечисленные табачные продукты, также как и курительный табак, существенно увеличивают риск развития опухолевых заболеваний, в частности, рака губ, языка, рта⁹.

Исследование показало, что 12,0% (ДИ 95%: 10,2-13,9) населения в настоящее время потребляют различные виды бездымного табака. В основном, это мужчины, а именно почти четверть 23,2%, (ДИ 95%: 19,6-26,8) мужского населения в возрасте 18-64 лет. Из них девять из десяти потребляют его ежедневно (20,7% (ДИ 95%: 17,3-24,0) мужчин). Среди женщин отмечаются спорадические случаи употребления бездымного табака, в основном, это женщины 45-64 лет, употребляющие насвай (таб. 5).

Таблица 5. Распределение потребления бездымного табака

Пол	Потребители в настоящее время					Не потребляющие			
	n	%, Ежедневные	95% ДИ	%, не ежедневные	95% ДИ	%, бывшие потребители	95% ДИ	%, не потребляют	95% ДИ
Мужчины	1541	20,7	17,3-24,0	2,5	1,7-3,4	3,4	2,3-4,4	73,4	69,4-77,5
Женщины	2287	0,2	0,0-0,4	0,0	0,0-0,1	0,1	0,0-0,3	99,7	99,4-100,0
Оба пола	3828	10,7	9,0-12,4	1,3	0,9-1,8	1,8	1,3-2,3	86,2	84,1-88,2

Самым распространенным продуктом среди мужчин является насвай, его выбирают 97,5% (ДИ 95%: 95,8-99,2) мужчин, употребляющих бездымный табак, и употребляют в среднем 6,5 (ДИ 95%: 6,0-6,9) раз в день, без особых отличий между возрастными группами. 5,3% (ДИ 95%: 2,4-8,2) мужчин отмечают употребление других видов бездымного продукта (нюхательный или жевательный табак).

Каждый восьмой взрослый житель 12,5%, (ДИ 95%: 8,6-16,4), потреблявший когда-либо бездымный табак ежедневно, отказался от него.

Потребление табака с дымом и без дыма

Среди взрослого населения страны 22,4% (ДИ 95%: 20,1-24,7) являются потребителями различных видов табака (с дымом и без дыма) в настоящее время, из них мужчин - 42,4% (ДИ 95%: 37,9-46,8), женщин - 1,5% (ДИ 95%: 0,8-2,3) (рис.4). 17,6% (ДИ 95%: 15,8-19,5) являются ежедневными потребителями дымого и бездымного табака, это 33,4% (ДИ 95%: 29,8-37,0) мужчин и 1,1% (ДИ 95%: 0,4-1,7) женщин. Мужчины употребляют различные виды табака почти в 30 раз больше, чем женщины.

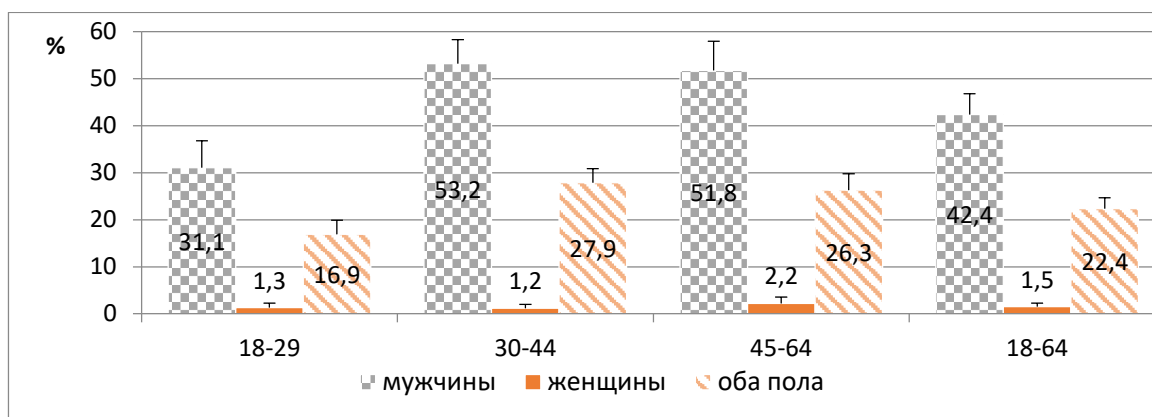


Рисунок 4. Потребление различных видов табака (с дымом и без дыма) в настоящее время

Воздействие вторичного табачного дыма

Ранее было отмечено, что воздействие вторичного табачного дыма является причиной повышенного (на 25-35% больше) риска развития заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем¹⁰. В связи с этим, в проведенном опросе также изучена подверженность населения вторичному табачному дыму как фактору риска.

Таблица 2. Подверженность населения воздействию вторичного табачного дыма дома за последние 30 дней

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%, подвергались	95% ДИ	n	%, подвергались	95% ДИ	n	%, подвергались	95% ДИ
18-29	463	22,1	17,0-27,3	670	21,8	17,5-26,1	1133	22,0	18,2-25,7
30-44	627	23,8	18,8-28,8	923	18,8	15,3-22,3	1550	21,4	18,0-24,8
45-64	453	19,1	14,6-23,6	694	18,6	14,4-22,7	1147	18,8	15,7-21,9
18-64	1543	21,8	18,4-25,3	2287	20,1	17,1-23,1	3830	21,0	18,5-23,5

Исследование показало, что в среднем пятая часть населения 21,0%, (ДИ 95%: 18,5-23,5) подвергается воздействию вторичного табачного дыма дома, без особых отличий между полами и возрастными группами (таб. 6).

Таблица 6. Подверженность населения воздействию вторичного табачного дыма на работе за последние 30 дней

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%, подвергались	95% ДИ	n	%, подвергались	95% ДИ	n	%, подвергались	95% ДИ
18-29	426	22,3	17,2-27,4	620	6,5	4,2-8,8	1046	14,9	11,8-17,9
30-44	557	29,7	23,9-35,5	869	7,7	5,3-10,0	1426	18,7	15,1-22,4
45-64	409	20,9	15,7-26,1	643	7,0	4,6-9,5	1052	13,8	10,6-16,9
18-64	1392	23,9	20,2-27,7	2132	7,0	5,5-8,5	3524	15,6	13,2-18,0

15,6% (ДИ 95%: 13,2-18,0) населения подвергается воздействию вторичного табачного дыма на работе. Дома и на работе мужчины подвержены воздействию вторичного табачного дыма одинаково – 21,8% и 23,9% соответственно.

Статистически значимо женщины меньше подвержены на работе, чем дома (7,0% (ДИ 95%: 5,5-8,5) и 20,1% (ДИ 95%: 17,1-23,1) соответственно). Как следствие, мужчины находятся под воздействием вторичного табачного дыма больше, чем женщины.

Заключение

1. В Республике Узбекистан 22,4% населения в настоящее время является потребителями различных видов табака (с дымом и без дыма), и мужчин среди них в почти 30 раз больше, чем женщин.
2. 14,4% населения является курильщиками табачной продукции с дымом в настоящее время, при этом, мужчин почти в 20 раз больше, чем женщин.
3. Средний возраст начала курения табака с дымом составляет 20 лет для мужчин и 21,4 лет для женщин.
4. Трое из пяти курильщиков табака с дымом в настоящее время курят каждый день (62,4%), из них 90,2% предпочитают курить сигареты промышленного производства, выкуривая, в среднем, по 8,4 сигареты в день (8,5 штук мужчины и 7,2 штук женщины).
5. Более половины курильщиков табака с дымом в настоящее время (52,7%) отметили, что медработники рекомендовали им бросить курить.
6. 12,0% населения потребляют различные виды бездымного табака в настоящее время. В основном, это мужчины (23,2%), из них девять из десяти потребляют бездымный табак ежедневно. Преимущественно используется насвай, в среднем по 6,5 раз в день. Среди женщин отмечаются спорадические случаи.
7. Пятая часть населения (21,0%) подвергается воздействию вторичного табачного дыма дома, без особых отличий между полами. На рабочем месте вторичному табачному дыму подвержены 15,6% населения, но мужчин среди них в 3 раза больше (23,9%), чем женщин (7,0%).

Потребление алкоголя

В мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно умирает 3,3 миллиона человек, что составляет 5,9% всех случаев смерти. Среди населения в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем. Причиной более половины этих случаев являются НИЗ, включая рак, сердечно-сосудистые заболевания и цирроз печени⁵.

Потребление алкоголя оценивалось по информации о приеме алкогольных напитков за последние 7, 30 дней, 12 месяцев, о частоте случаев и о количестве принятого алкоголя, а также об отказе от данного продукта.

Для стандартизации различных напитков разной крепости алкогольные напитки соизмеряли стандартными дозами. Одна стандартная доза соответствует 10 гр. чистого спирта. Для удобства респондентам были показаны карточки возможных ответов с фотографиями различных алкогольных напитков с объемами, эквивалентными стандартной дозе.

Респондентов, принимавших алкоголь как минимум 1 раз в течение последнего месяца, расценивали как *употребляющих алкоголь в настоящее время*.

Прием 6 и более стандартных доз за один случай вне зависимости от пола принимали за *вредное употребление алкоголя*.

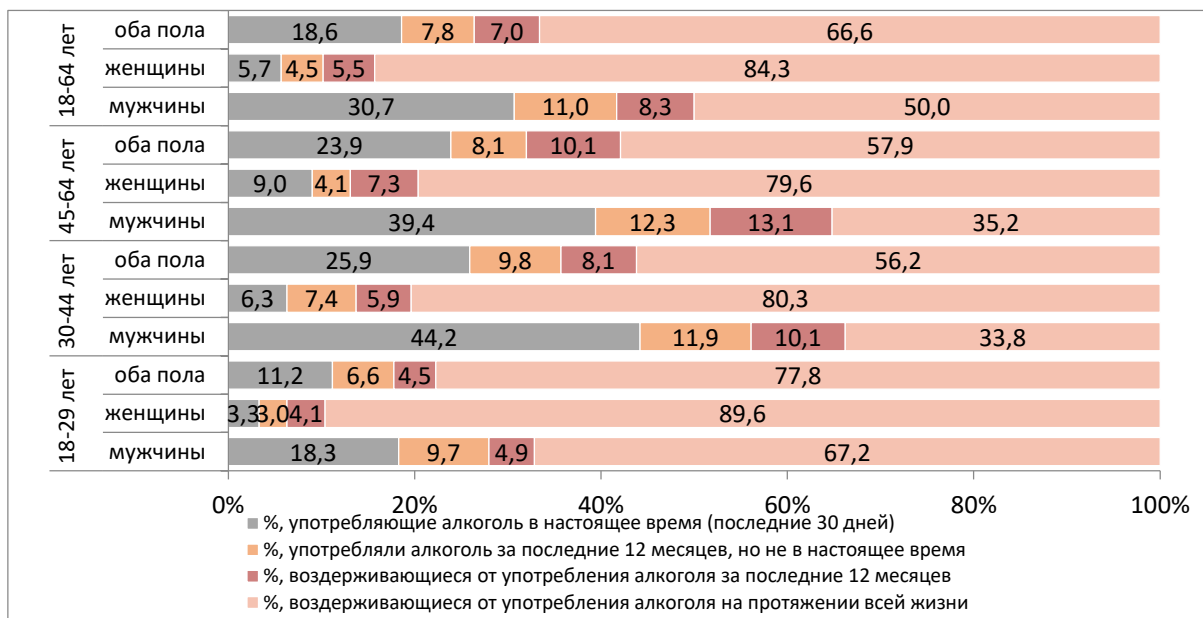


Рисунок 5. Статус употребления алкоголя среди населения

Исследование показало (рис.5), что 18,6% (ДИ 95%: 16,8-20,4) населения употребляют различные алкогольные напитки в настоящее время, среди них мужчин как минимум в 3 раза больше, чем женщин 30,7% (ДИ 95%: 27,4-34,0) против 5,7% (ДИ 95%: 4,3-7,1). Доля молодых мужчин, потребляющих алкоголь в настоящее время статистически значимо меньше, чем в более старших группах.

Две трети населения 66,6% (ДИ 95%: 63,9-69,3), воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни. Женщин среди них значительно больше 84,3% (ДИ 95%: 81,5-87,1), чем мужчин 50,0% (ДИ 95%: 45,5-54,4); также их значительно больше среди молодого населения - 77,8% (ДИ 95%: 74,5-81,0), чем в средней 56,2% (ДИ 95%: 52,6-59,8) и старшей 57,9% (ДИ 95%: 53,4-62,5) возрастных группах.

7,8% (ДИ 95%: 6,6-9,1) населения употребляли алкоголь за последние 12 месяцев, но не в настоящее время, женщин среди них значительно меньше, чем мужчин - разница статистически значима.

7,0% (ДИ 95%: 5,8-8,1) населения воздерживается от употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев. Из них 28,9% (ДИ 95%: 22,5-35,2) отказываются от алкоголя по причине ухудшения здоровья.

Изучение таких характеристик, как частота употребления алкоголя за последние 12 месяцев, количество случаев за последние 30 дней, а также количество выпиваемого алкоголя, позволяют увидеть полную картину потребления алкоголя в стране.

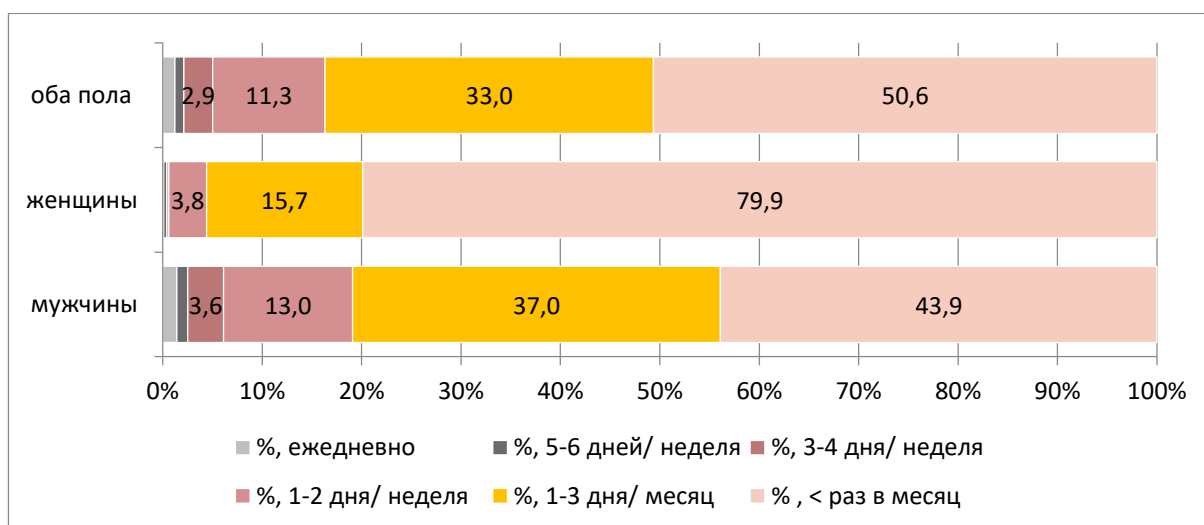


Рисунок 6. Частота употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев

Среди населения, употреблявшего алкоголь в течение последних 12 месяцев, половина 50,6% (ДИ 95%: 46,6-54,7) отметила менее 1 случая приема алкоголя в месяц, треть 33,0% (ДИ 95%: 29,1-36,9) – 1-3 случая в месяц, каждый девятый 11,3% (ДИ 95%: 8,8-13,8) – 1-2 случая в неделю, каждый сотый 1,2% (ДИ 95%: 0,3-2,1) – каждый день (рис.6).

Между мужчинами и женщинами выявлена значительная разница в показателях. 79,9% (ДИ 95%: 72,5-87,3) женщин употребляла алкоголь за последние 12 месяцев менее 1 раза, подобных мужчин значительно меньше - 43,9% (ДИ 95%: 39,2-48,5) и разница статистически значима, соответственно этому статистически значимо выше доля мужчин, выпивающих за последние 12 месяцев чаще 1-3 дня в месяц. Случаи ежедневного потребления алкоголя выявлены только среди мужчин – 1,4%, (ДИ 95%: 0,3-2,5).

На момент исследования средняя частота приема алкогольных напитков населением страны, употребляющими в настоящее время, составила 3,6 (ДИ 95%: 3,1-4,1) случая в месяц (таб. 7).

Таблица 7. Среднее число случаев употребления алкоголя среди употребляющих в настоящее время (в течение последних 30 дней)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число	95% ДИ	n	Среднее число	95% ДИ	n	Среднее число	95% ДИ
18-29	70	3,8	2,1-5,4	18	2,5	0,9-4,0	88	3,6	2,2-5,0
30-44	231	4,3	3,5-5,1	53	1,9	1,5-2,3	284	4,0	3,3-4,7
45-64	153	3,4	2,9-3,9	49	2,0	1,3-2,7	202	3,2	2,7-3,6
18-64	454	3,9	3,3-4,4	120	2,1	1,5-2,7	574	3,6	3,1-4,1

За один такой случай в течение последних 30 дней употреблялось в среднем 4 (ДИ 95%: 3,6-4,4) стандартные дозы алкоголя (рис.7).

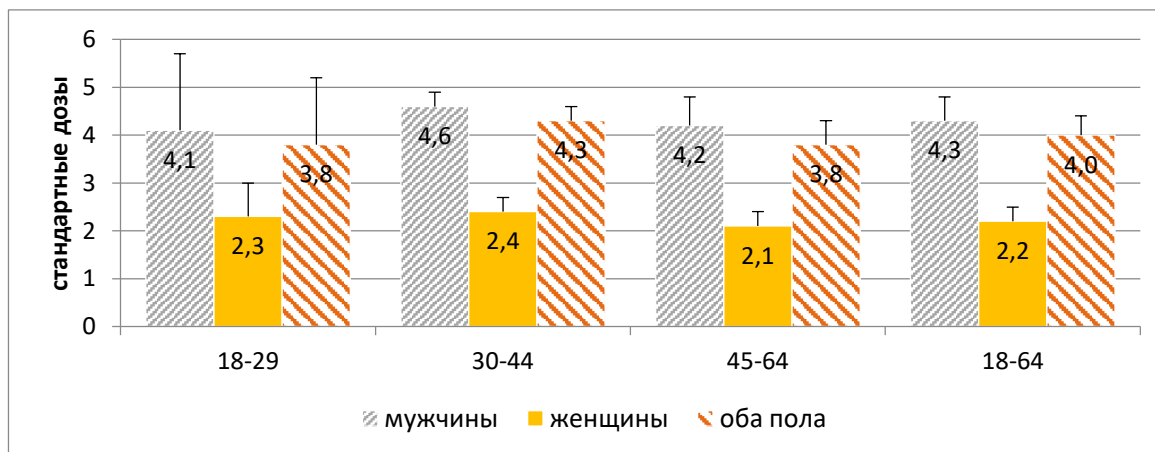


Рисунок 7. Среднее число стандартных доз алкоголя, выпиваемых за один случай среди употребляющих в настоящее время (в течение последних 30 дней)

Статистически значимо мужчины выпивали алкоголь значительно чаще и больше, чем женщины. Так, в течение последних 30 дней у мужчин отмечено 3,9 случая (ДИ 95%: 3,3-4,4) приема алкоголя и за один прием они выпивали в среднем 4,3 (ДИ 95%: 3,9-4,8) дозы, а у женщин отмечено 2,1 случая (ДИ 95%: 1,5-2,7) с приемом 2,2 (ДИ 95%: 2,0-2,5) дозы. Кроме этого, значительно разнится и среднее максимальное количество стандартных доз, принятых за один раз - 6,0 (ДИ 95%: 5,4-6,7) доз у мужчин и 2,7 (ДИ 95%: 2,1-3,2) дозы у женщин (таб. 8).

Таблица 8. Среднее максимальное количество стандартных доз алкоголя, употребленных за один случай в течение последних 30 дней

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее максимальное число	95% ДИ	n	Среднее максимальное число	95% ДИ	n	Среднее максимальное число	95% ДИ
18-29	74	5,6	3,9-7,3	17	3,2	1,4-5,0	91	5,3	3,8-6,8
30-44	245	6,8	5,9-7,6	49	2,7	2,2-3,2	294	6,3	5,5-7,1
45-64	159	5,4	4,7-6,2	50	2,3	1,9-2,8	209	4,9	4,2-5,5
18-64	478	6,0	5,4-6,7	116	2,7	2,1-3,2	594	5,6	5,0-6,1

Риск развития НИЗ, связанный с потреблением алкоголя, оценивали по среднему количеству принятого алкоголя за один прием в течение последних 30 дней. Основная часть населения, употребляющего алкоголь в настоящее время, 97,8% (ДИ 95%: 96,3-99,3) подвержена низкому риску развития НИЗ, связанному с потреблением алкоголя (таб. 9).

Таблица 9. Подверженность риску развития НИЗ, связанного с употреблением алкоголя, среди употребляющих в настоящее время (в течение последних 30 дней)

Пол	n	% высокий	95% ДИ	% средний	95% ДИ	% низкий	95% ДИ
Мужчины	426	1,2	0,0-2,4	0,9	0,0-1,9	97,9	96,4-99,3
Женщины	115	0	0	2,4	0,0-7,2	97,6	92,8-100,0
Оба пола	541	1,0	0,0-2,0	1,2	0,1-2,3	97,8	96,3-99,3

Высокому риску развития НИЗ в связи с употреблением алкоголя подвержен только 1,0% (ДИ 95%: 0,0-2,0) употребляющего алкоголь населения страны. Эта группа представлена только мужчинами, составляя 1,2% (ДИ 95%: 0,0-2,4) от всех употребляющих в настоящее время мужчин. Среди населения, употребляющего алкоголь в настоящее время, риску среднего уровня подвержены 1,2% (ДИ 95%: 0,1-2,3); 2,4% (ДИ 95%: 0,0-7,2) женщин и 0,9% (ДИ 95%: 0,0-1,9) мужчин.

В данном исследовании также изучали вредное потребление алкоголя среди населения и рассматривали его количественно как потребление 6 и более стандартных доз за один случай приема мужчинами и женщинами.

Анализ результатов показывает, что в течение последних 30 дней каждый девятый мужчина 11,4% (ДИ 95%: 9,0-13,8) отметил вредное потребление алкоголя в среднем 1,4 (ДИ 95%: 1,1-1,7) раза в месяц (таб. 10). Статистически значимо вредное потребление алкоголя выявлено значительно меньше среди молодых мужчин 6,0% (ДИ 95%: 3,4-8,6), чем среди мужчин среднего 17,9% (ДИ 95%: 14,1-21,8) и старшего возраста 14,5% (ДИ 95%: 10,1-18,8). Вредное потребление алкоголя у женщин отмечено в виде спорадических случаев 0,4% (ДИ 95%: 0,1-0,6) в среднем и старшем возрасте.

Таблица 10. Доля населения, отметившая вредное потребление алкоголя как минимум 1 раз в течение последних 30 дней

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%, ≥ 6 стандартных доз	95% ДИ	n	%, ≥ 6 стандартных доз	95% ДИ	n	%, ≥ 6 стандартных доз	95% ДИ
18-29	463	6,0	3,4-8,6	670	0,0	0,0-0,1	1133	3,2	1,8-4,5
30-44	627	17,9	14,1-21,8	923	0,5	0,0-1,1	1550	9,5	7,3-11,8
45-64	453	14,5	10,1-18,8	694	0,7	0,0-1,4	1147	7,4	5,2-9,7
18-64	1543	11,4	9,0-13,8	2287	0,4	0,1-0,6	3830	6,1	4,8-7,3

Заключение

1. Две трети взрослого населения (66,6%) воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни, 7,0% населения не употребляют алкоголь более года, из них около трети - по медицинским показаниям.
2. Четверть населения (26,4%) употребляли различные алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев.

3. Мужчин, употребляющих алкоголь в настоящее время, как минимум в 4 раза больше, чем женщин, при этом, мужчины пьют значительно чаще и значительно больше, чем женщины (4,3 стандартных доз против 2,2).
4. Каждый девятый мужчина отметил вредное употребление алкоголя хотя бы один раз за последний месяц.

Питание

Факторы риска, связанные с рационом питания на фоне недостаточной физической активности, вызывают 10% случаев неинфекционных заболеваний и инвалидности¹¹. В проводимом исследовании изучены употребление овощей и фруктов, соли, а также растительного масла и жиров.

Употребление фруктов и овощей

Наряду с такими вредными привычками как потребление алкоголя и курение, низкое потребление фруктов и овощей относится к факторам риска развития НИЗ. Ежедневное употребление как минимум 5 порций (400 гр.) овощей и фруктов рекомендовано в качестве профилактической меры развития сердечно-сосудистых заболеваний, рака желудка и толстой кишки¹².

Потребление фруктов и овощей (за исключением картофеля) населением страны оценивалось по частоте приема и количеству средних порций за один день. За одну порцию принимали продукт массой 80 гр. Для более точной оценки потребления фруктов и овощей респондентам представлялись карточки возможных ответов с указанием размеров порций.

В связи с тем, что опрос респондентов проведен в зимне-весеннее время, показатели употребления овощей и фруктов могут быть ниже по сравнению с другими временами года.

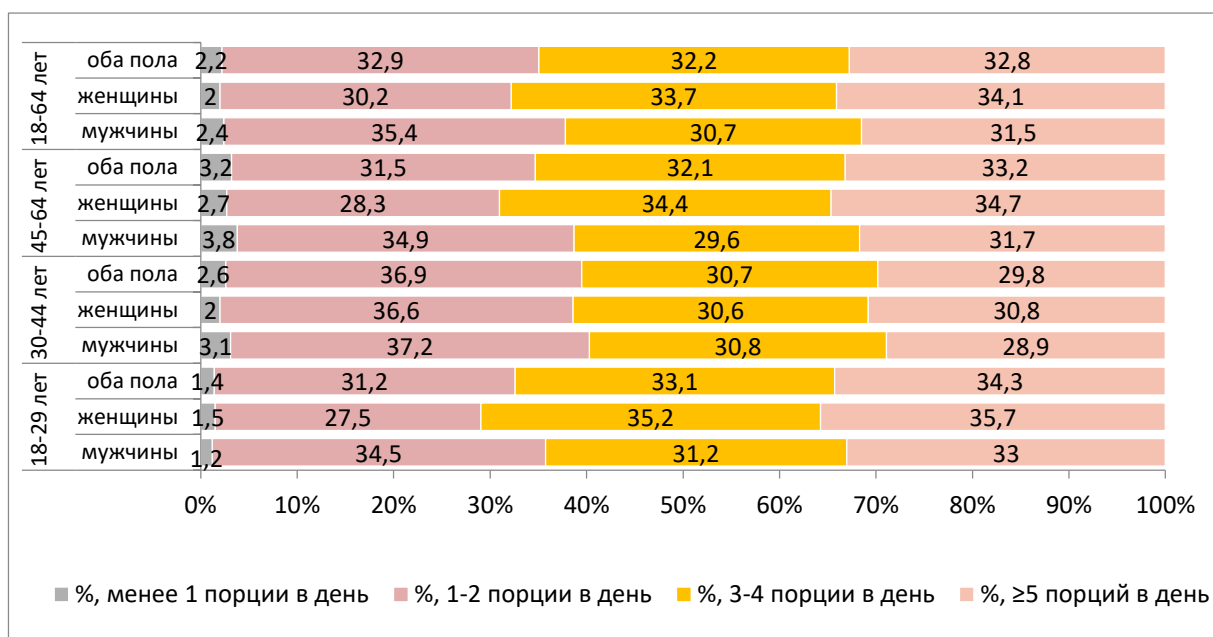


Рисунок 8. Число порций фруктов и/или овощей, употребляемых в среднем за день

Как показало исследование, население страны употребляет в среднем достаточное количество овощей и/или фруктов - в среднем 4,5 порции в день. Третья часть населения (32,8%, ДИ 95%: 28,4-37,1) употребляет 5 и более порций овощей и/или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ, треть (32,2 %, ДИ 95%: 29,4-35,0) - по 3-4 порции, и оставшаяся треть (32,9%, ДИ 95%: 29,2-36,5) – по 1-2 порции (рис. 8).

В ходе исследования также было выявлено, что население употребляет овощи чаще и больше, чем фрукты: так, овощи употребляют практически каждый день - 6,2 дня, (ДИ 95%: 6,1-6,3) в неделю, в среднем, по 2,9 порции (ДИ 95%: 2,6-3,1) в день, а фруктов - 4,5 дней (ДИ 95%: 4,3-4,6) в неделю, в среднем, по 1,7 порций (ДИ 95%: 1,6-1,8), выявлена статистическая значимость указанных различий (таб. 11-14).

Таблица 11. Среднее число дней потребления фруктов в течение обычной недели

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число дней	95% ДИ	n	Среднее число дней	95% ДИ	n	Среднее число дней	95% ДИ
18-29	461	4,3	4,1-4,6	669	4,9	4,7-5,1	1130	4,6	4,4-4,8
30-44	620	4,1	3,8-4,3	916	4,3	4,1-4,5	1536	4,2	4,0-4,4
45-64	448	4,3	4,1-4,6	690	4,7	4,5-5,0	1138	4,5	4,4-4,7
18-64	1529	4,3	4,1-4,4	2275	4,7	4,5-4,9	3804	4,5	4,3-4,6

Фрукты встречаются в рационе питания у мужчин реже и в меньшем количестве (4,3 дня (ДИ 95%: 4,1-4,4) в неделю по 1,6 порций (ДИ 95%: 1,4-1,7) в день), чем у женщин (4,7 дня (ДИ 95%: 4,5-4,9) в неделю по 1,8 порции (ДИ 95%: 1,7-1,9) в день).

Таблица 12. Среднее число дней потребления овощей в течение обычной недели

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число дней	95% ДИ	n	Среднее число дней	95% ДИ	n	Среднее число дней	95% ДИ
18-29	461	6,3	6,1-6,4	666	6,2	6,0-6,4	1127	6,2	6,1-6,4
30-44	625	6,2	6,0-6,3	922	6,3	6,2-6,4	1547	6,2	6,1-6,4
45-64	452	6,1	5,9-6,2	692	6,3	6,1-6,4	1144	6,2	6,0-6,3
18-64	1538	6,2	6,1-6,3	2280	6,2	6,1-6,4	3818	6,2	6,1-6,3

Таблица 13. Среднее количество порций фруктов, употребляемых за день

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число порций	95% ДИ	n	Среднее число порций	95% ДИ	n	Среднее число порций	95% ДИ
18-29	460	1,6	1,5-1,8	668	1,9	1,7-2,1	1128	1,8	1,6-1,9
30-44	618	1,4	1,3-1,6	914	1,5	1,4-1,7	1532	1,5	1,4-1,6
45-64	448	1,6	1,4-1,9	688	1,9	1,7-2,1	1136	1,8	1,6-2,0
18-64	1526	1,6	1,4-1,7	2270	1,8	1,7-1,9	3796	1,7	1,6-1,8

Таблица 14. Среднее количество порций овощей, употребляемых за день

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число порций	95% ДИ	n	Среднее число порций	95% ДИ	n	Среднее число порций	95% ДИ
18-29	457	2,8	2,5-3,2	662	2,8	2,5-3,1	1119	2,8	2,6-3,1
30-44	619	2,8	2,5-3,1	912	2,9	2,6-3,2	1531	2,8	2,6-3,1
45-64	440	3,0	2,6-3,4	680	3,1	2,7-3,4	1120	3,0	2,7-3,4
18-64	1516	2,9	2,6-3,2	2254	2,9	2,6-3,2	3770	2,9	2,6-3,1

Употребление растительного масла и жиров

Повышенное употребление насыщенных и химически гидрогенизированных жиров (трансжиры) и масел является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний⁵.

В данном исследовании изучалось использование масел и жиров при приготовлении домашней пищи, вследствие чего в данном модуле не были выделены половозрастные категории и результаты экстраполировались на домохозяйства.

96,1% (ДИ 95%: 95,1-97,0) населения потребляет пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле, 2,3% (ДИ 95%: 1,5-3,0) – на сливочном или топленом масле, 1,1% (ДИ 95%: 0,7-1,6) – на животном (говяжьём, бараньём, свином, конском, верблюжьём и т.д.) жире или сале. Дополнительно, 0,1% населения сообщает, что дома пища готовится преимущественно на маргарине, 0,4% - не отмечают преимущественное использование какого-либо вида масла или жира (таб. 15).

Таблица 15. Тип масла или жира, чаще всего используемый для приготовления еды дома

п (домох озяйств а)	%, расти- тельное масло	95% ДИ	%, сало	95% ДИ	%, сливоч ное масло	95% ДИ	%, мар гар ин	95% ДИ	%, использу ют другие виды	95% ДИ
3819	96,1	95,1-97,0	1,1	0,7-1,6	2,3	1,5-3,0	0,1	0,0-0,3	0,4	0,1-0,7

Узбекистан является страной, где исторически население предпочтительно употребляет домашнюю еду, но одновременно развита и система общественного питания. В ходе исследования было выявлено, что 2,4 раза (ДИ 95%: 2,1-2,7) в неделю (исходя из 3-х разового режима питания) взрослые жители едят вне дома, причем мужчины статистически значимо чаще (3,0 (ДИ 95%: 2,7-3,2) раза в неделю), чем женщины (1,8 (ДИ 95%: 1,4-2,2) раз в неделю) (таб. 16).

Таблица 16. Среднее число в неделю приемов пищи, потребляемой вне дома

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ
18-29	456	3,1	2,7-3,4	662	2,1	1,6-2,6	1118	2,6	2,3-2,9
30-44	623	3,1	2,8-3,5	904	1,8	1,3-2,2	1527	2,5	2,1-2,8
45-64	448	2,6	2,3-3,0	684	1,5	1,1-1,9	1132	2,1	1,7-2,4
18-64	1527	3,0	2,7-3,2	2250	1,8	1,4-2,2	3777	2,4	2,1-2,7

Употребление соли в рационе питания

Чрезмерное потребление пищевой поваренной соли связано с повышенным риском развития артериальной гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний. По оценкам ВОЗ, около 1,65 миллиона смертей в мире от сердечно-сосудистых заболеваний связаны с чрезмерным потреблением натрия. По текущим оценочным данным, среднее глобальное потребление соли в мире находится на уровне 10 гр. в день (3,95 гр. натрия в день). ВОЗ рекомендует сократить потребление соли до менее 5 гр. в день (2 гр. натрия в день), что позволит снизить артериальное давление и риск ишемической болезни сердца и инсульта⁴.

В связи с этим в исследование был включен дополнительный модуль по потреблению соли. В расширенном модуле «Употребление соли в рационе питания» респонденты были опрошены на предмет контроля потребления соли, добавления соли в пищу перед употреблением или во время приготовления пищи дома; употребления продуктов с высоким содержанием соли, таких как мясные и рыбные копчености, колбаса, сало, соленья, консервы, соленая сузьма, соленый курут, соленый миндаль (шурданак), соленые чипсы.

15,6% (ДИ 95%: 9,4-27,5) населения всегда или часто добавляют соль в пищу перед едой. Между полами и возрастными группами не отмечается статистически значимых отличий (таб. 17).

Таблица 17. Доля населения, всегда или часто добавляющая соль в пищу перед едой

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ
18-29	457	13,2	9,3-17,2	669	17,4	13,4-21,4	1126	15,2	0,0-0,0
30-44	626	16,9	13,5-20,4	921	16,1	12,9-19,3	1547	16,5	5,6-69,4
45-64	447	15,9	11,3-20,5	692	14,9	11,1-18,6	1139	15,4	7,8-28,4
18-64	1530	14,9	11,9-18,0	2282	16,3	13,6-19,1	3812	15,6	9,4-27,5

Более трети 36,1% (ДИ 95%: 32,3-39,9) населения всегда или часто добавляют соль (соленые приправы, соленые соусы или подливы) во время приготовления пищи дома, без статистически значимых различий между полами и возрастными группами (таб. 18).

Таблица 18. Доля населения, которая всегда или часто добавляет соль, соленые приправы, соленые соусы или соленые подливы во время приготовления пищи в быту

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-29	448	32,2	26,4-38,0	670	39,5	34,0-44,9	1118	35,7	30,9-40,5
30-44	617	37,4	31,3-43,6	922	37,0	32,6-41,4	1539	37,2	32,9-41,6
45-64	442	35,7	28,7-42,7	692	35,8	31,0-40,6	1134	35,7	31,1-40,4
18-64	1507	34,5	29,9-39,1	2284	37,8	33,8-41,8	3791	36,1	32,3-39,9

Около трети 31,5% (ДИ 95%: 28,1-34,9) взрослого населения сообщают о том, что всегда или часто (более 3 раз в неделю) употребляет продукты с высоким содержанием соли (таб. 19).

Таблица 19. Доля населения, всегда или часто употребляющая продукты с высоким содержанием соли (более 3 раз в неделю)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-29	459	31,5	26,2-36,9	669	35,1	29,8-40,4	1128	33,2	28,9-37,5
30-44	624	30,2	25,4-35,0	917	31,7	27,4-36,0	1541	30,9	27,3-34,6
45-64	449	24,8	19,3-30,2	692	33,0	27,6-38,5	1141	29,0	24,3-33,7
18-64	1532	29,5	25,8-33,2	2278	33,6	29,7-37,5	3810	31,5	28,1-34,9

Несмотря на это, только один из семи взрослых жителей 14,2% (ДИ 95%: 12,1-16,3) предполагает, что в его рационе питания соль присутствует в большом или очень большом количестве (рис. 9).

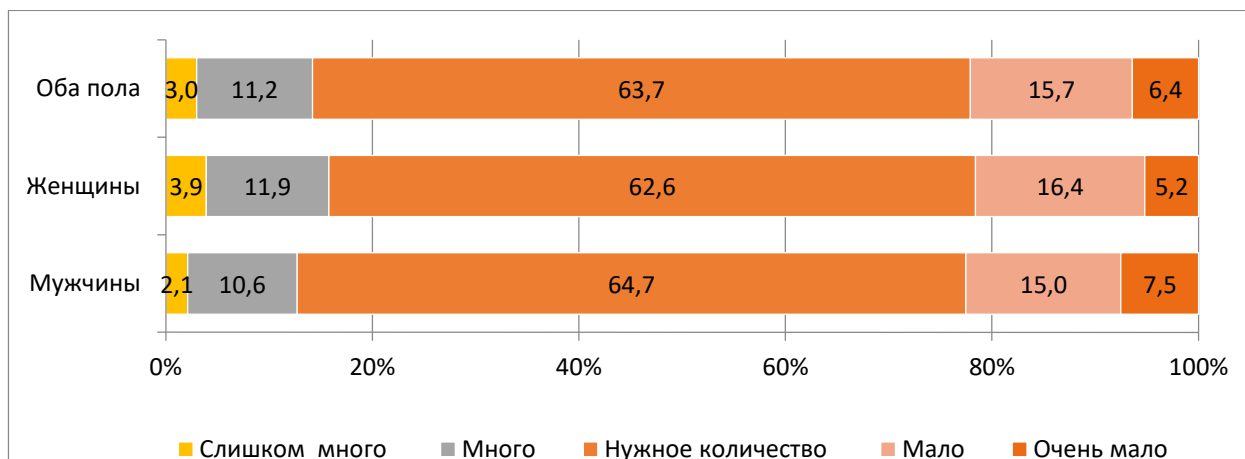


Рисунок 9. Мнение населения о количестве потребления соли и/или продуктов с высоким содержанием соли в их рационе питания

Около две трети 63,7% лиц (ДИ 95%: 60,4-67,0) полагают, что употребляют соль в нужном количестве, а каждый пятый (15,7%, ДИ 95%: 14,0-17,4) – в малом или 6,4% (ДИ 95%: 4,5-8,3) – в очень малом количестве.

Девять из десяти 91,3% (ДИ 95%: 88,8-93,9) взрослых жителей уверены, что употребление большого количества соли или продуктов с высоким содержанием соли может вызвать у них проблемы со здоровьем (таб. 20).

Таблица 20. Доля населения, предполагающая, что употребление большого количества соли/соленых соусов может вызвать проблемы со здоровьем

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-29	432	89,5	85,4-93,5	635	93,1	90,4-95,8	1067	91,2	88,2-94,2
30-44	584	91,2	87,7-94,7	877	92,2	89,1-95,2	1461	91,7	89,0-94,4
45-64	414	88,0	83,7-92,3	667	94,1	91,5-96,8	1081	91,2	88,3-94,2
18-64	1430	89,6	86,4-92,8	2179	93,1	90,8-95,4	3609	91,3	88,8-93,9

Несмотря на понимание важности регулирования количества потребляемой соли для здоровья, 46,8% (ДИ 95%: 42,9-50,6) населения считают очень важным уменьшение соли в рационе своего питания (рис.10).

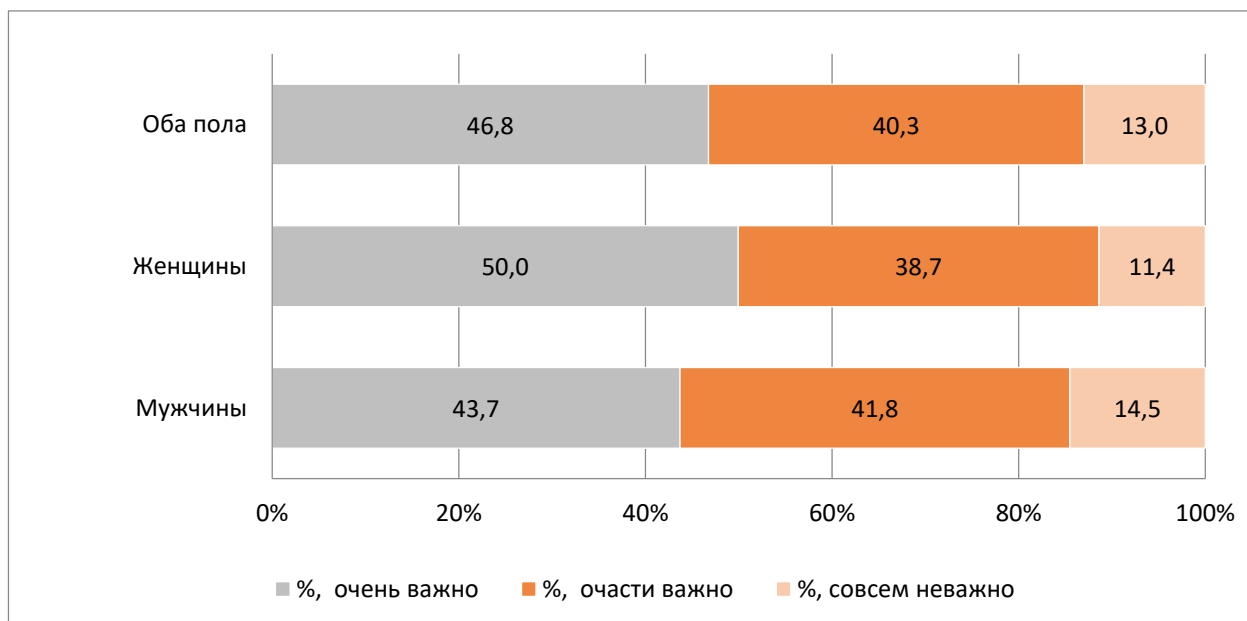


Рисунок 10. Мнение населения о важности уменьшения количества потребляемой соли и/или продуктов с высоким содержанием соли

Заключение

1. Среднее потребление овощей и фруктов составляет 4,5 порций в день (4,4 – мужчины и 4,7 – женщины).
2. Третья часть населения (32,8%) употребляет 5 и более порций овощей и/или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ.
3. В среднем, взрослое население потребляет фрукты 4,5 дня в неделю по 1,7 порции в день.
4. Овощи употребляются мужчинами и женщинами 6,2 дня в неделю по 2,9 порции в день.
5. 96,1% населения потребляет пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле.
6. 2,4 раза в неделю население питается вне дома, причем мужчины в среднем 3,0 раза, а женщины -1,8 раз в неделю.
7. 15,6% лиц, что всегда или часто добавляют соль в пищу перед едой.
8. Более трети (36,1%) взрослого населения всегда или часто добавляют соль (соленые приправы, соленые соусы или подливы) во время приготовления пищи дома.
9. Около трети (31,5%) взрослого населения всегда или часто (более 3 раз в неделю) употребляет продукты с высоким содержанием соли.
10. Каждый седьмой взрослый житель (14,2%) предполагает, что в его рационе питания соль присутствует в большом или очень большом количестве.
11. Девять из десяти (91,3%) опрошенных уверены, что употребление большого количества соли или продуктов с высоким содержанием соли может вызвать у них проблемы со здоровьем.
12. 46,8% населения считает очень важным уменьшение соли в рационе питания.

Физическая активность

Недостаточная физическая активность вызывает около 3,2 миллиона смертей ежегодно. У людей с недостаточной физической активностью риск смерти от всех причин возрастает на 20–30%. Регулярная физическая активность снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, включая высокое артериальное давление, сахарный диабет, рак груди и толстой кишки, а также депрессии⁴.

В проведенное исследование был включен комплекс вопросов по оценке выполняемой физической нагрузки взрослым населением. Для объективной оценки уровня физической активности населения рассчитывали среднее значение и медиану для характеристики распределения населения между 25-й и 75-й перцентилями.

Оценка физической активности

Оценку физической активности населения на работе, в свободное время, в ходе передвижения проводили по нескольким параметрам:

- *длительность, в минутах в день или в неделю;*
- *интенсивность;*
- *частота.*

Результат взаимодействия этих трех характеристик определяется как объем физических нагрузок.

Классификацию уровня физических нагрузок для людей 18-64 лет в зависимости от выполняемого объема проводили согласно ВОЗ¹³.

- *Высокий уровень нагрузок:* более 300 минут в неделю занятий средней интенсивности или более 150 минут в неделю занятий высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности;
- *Умеренный уровень нагрузок:* от 150 до 300 мин минут в неделю занятий средней интенсивности или от 60 до 150 минут в неделю занятий высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности;
- *Низкий уровень нагрузок:* менее 150 мин минут в неделю занятий средней интенсивности или менее 60 минут в неделю занятий высокой интенсивности.

Отдельно определяли группу населения, ведущего преимущественно сидячий или малоподвижный образ жизни.

За критериями активного или малоподвижного образа жизни была взята общая рекомендация ВОЗ касательно физической активности лиц 18-64 лет, согласно которой взрослые должны быть физически активными не менее 150 минут в неделю при занятиях средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю при занятиях высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности.

Для обеспечения единого подхода, а также в помощь выбора верного ответа в ходе опроса использовались карточки возможных ответов с фотографиями различных видов физической активности.

Анализ всех этих показателей показал, что 57,6% опрошенного населения имеют высокий уровень физической активности, 20,1% - умеренный и 22,3% - низкий. Статистически значимо мужчин с низким 15,4% (ДИ 95%: 12,3-18,4) и умеренным 16,0% (ДИ 95%: 12,8-19,1) уровнями физической активности значительно меньше, чем таковых среди женщин (29,9%, ДИ 95%: 26,1-33,6 и 24,5%, ДИ 95%: 21,7-27,3 соответственно), а с высоким уровнем, наоборот, значительно больше (68,7%, ДИ 95%: 64,7-72,6), чем таковых женщин (45,6%, ДИ 95%: 41,5-49,8) (рис.11).

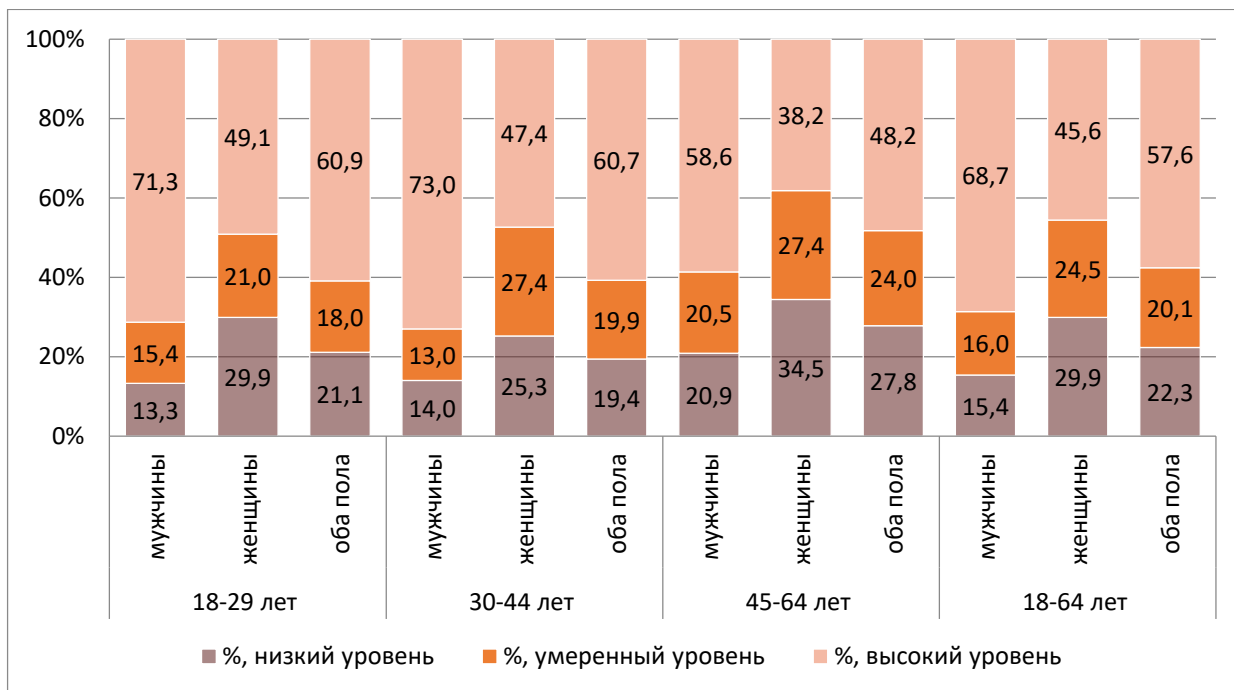


Рисунок 11. Распределение населения по интенсивности физической активности

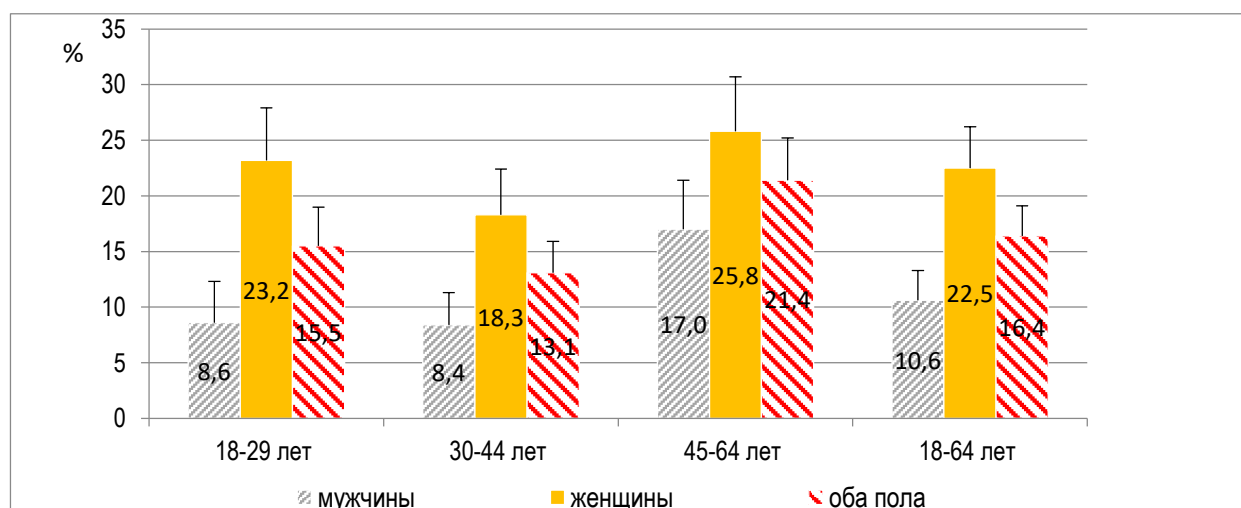


Рисунок 12. Доля населения, не следующая рекомендациям ВОЗ по физической активности

Как показало исследование (рис. 12), каждый шестой взрослый житель страны (16,4%, ДИ 95%: 13,6-19,1) не соответствует рекомендациям ВОЗ по физической активности. Статистически значимо среди них женщин значительно больше (22,5%, ДИ 95%: 18,9-26,2), чем среди мужчин (10,6%, ДИ 95%: 7,9-13,3).

Среди возрастных групп наименее активным оказалось население в возрасте 45-64 лет, и у мужчин различия данного показателя в сравнении с молодой или средней возрастными группами являются статистически значимыми.

Опрошенные физически активны в среднем 195,4 минут в день (ДИ 95%: 181,3-209,4), и мужчины заняты в 2 раза дольше (257,4 мин., ДИ 95%: 234,2-280,5), чем женщины (128,8 мин., ДИ 95%: 119,6-138,1), однако статистически значимых различий между возрастными группами и у мужчин, и у женщин не выявлено (таб. 21).

Таблица 21. Среднее число минут, затрачиваемых на общую физическую деятельность в среднем за день

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число минут	95% ДИ	n	Среднее число минут	95% ДИ	n	Среднее число минут	95% ДИ
18-29	448	261,1	230,7-291,5	641	128,5	115,6-141,4	1089	198,9	181,0-216,8
30-44	606	273,2	244,9-301,6	870	142,2	129,2-155,1	1476	210,3	191,4-229,2
45-64	430	232,2	190,6-273,9	650	116,0	102,1-129,9	1080	173,1	152,0-194,1
18-64	1484	257,4	234,2-280,5	2161	128,8	119,6-138,1	3645	195,4	181,3-209,4

Для видения реальной картины физической активности населения была определена срединная медиана времени, затрачиваемого на общую физическую деятельность в среднем за день, а также 25 и 75 процентиля. В результате выявлено, что распределение физической занятости не подчиняется законам нормального распределения из-за наличия небольшой группы высокоактивных лиц среди населения, при этом, у мужчин обнаружено более ассиметричное распределение (таб. 22).

Таблица 22. Медиана минут, затрачиваемых на общую физическую деятельность в среднем за день

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Медиана на минут	Интерквартильный диапазон (P25-P75)	n	Медиана на минут	Интерквартильный диапазон (P25-P75)	n	Медиана на минут	Интерквартильный диапазон (P25-P75)
18-29	448	210,0	85,0-385,7	641	94,3	25,7-185,7	1089	132,9	55,7-287,1
30-44	606	205,0	90,0-384,3	870	102,9	38,6-205,7	1476	145,7	57,9-300,0
45-64	430	145,7	51,4-332,9	650	77,1	17,1-171,4	1080	100,7	25,7-235,7
18-64	1484	188,6	75,7-377,1	2161	92,1	25,7-185,7	3645	128,6	51,4-278,6

Согласно медианному показателю половина населения физически активна менее 128,6 мин (P25-P75: ДИ 95%: 51,4-278,6) в день, при этом, половина женщин физически активна менее 92,1 мин (P25-P75: ДИ 95%: 25,7-185,7) и половина мужчин – менее 188,6 мин (P25-P75: ДИ 95%: 75,7-377,1). Данные показатели значительно ниже соответствующих средних величин, но с сохранением соотношения активности между мужчинами и женщинами. У женщин самыми активными оказались представители средней возрастной группы, но у мужчин положение изменилось. Так, половина молодых мужчин 18-29 лет оказалась физически более активной, чем половина мужчин среднего возраста 30-44 лет (хотя именно эта возрастная группа была отмечена как наиболее физически активная при определении средних показателей).

Основную физическую активность население проявляет на работе, в среднем 121,6 (ДИ 95%: 110,0-133,2) мин в день. Однако этот показатель зависит от пола: мужчины статистически значимо более активны на работе (157,9 мин, ДИ 95%: 139,4-176,4), чем женщины (82,7 мин, ДИ 95%: 75,1-90,3). В среднем, население активно передвигается 50,4 (ДИ 95%: 45,9-54,9) мин в день, при этом мужчины статистически значимо больше, чем женщины (рис.13).

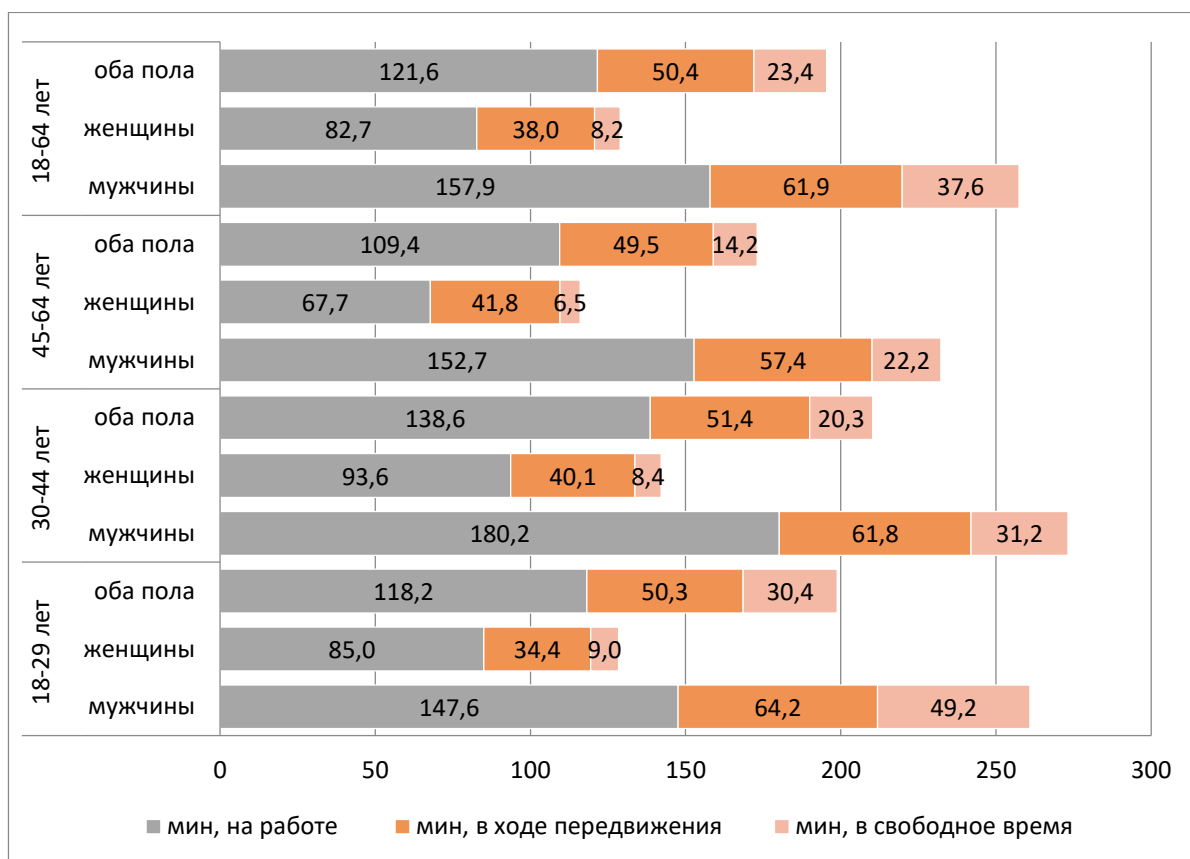


Рисунок 13. Распределение физической нагрузки, связанной с работой, с передвижением, с проведением досуга, мин/день

Меньше всего времени население тратит на активный отдых, в среднем 23,4 мин в день (ДИ 95%: 20,4-26,4) с очень большой, статистически значимой разницей между мужчинами (37,6, ДИ 95%: 32,2-42,9 мин/день) и женщинами (8,2, ДИ 95%: 6,4-10,0 мин/день). Статистически значимо самыми активными на отдыхе оказались молодые мужчины 18-29 лет, затрачивающие 49,2 (ДИ 95%: 40,7-57,8) мин/день.

Также здесь необходимо отметить, что 60,4% (ДИ 95%: 57,7-63,1) населения, 44,5% (ДИ 95%: 40,6-48,4) мужчин и 77,5% (ДИ 95%: 74,1-80,8) женщин, не выделяют времени для физической активности во время отдыха.

В итоге, половина всего объема физической активности осуществляется населением на работе 51,5% (ДИ 95%: 48,7-54,3), 36,0% (ДИ 95%: 33,5-38,5) – в процессе передвижения и 12,4% (ДИ 95%: 11,2-13,6) – в процессе активного отдыха.

Как показали последние исследования, для предотвращения развития неинфекционных заболеваний, в частности, метаболического синдрома, большое значение имеет наличие интенсивных физических нагрузок, приводящих к увеличению мышечной массы (что для умеренных физических нагрузок не характерно)¹⁴. По указанной причине в проводимом исследовании отдельно изучали отсутствие интенсивных физических нагрузок как фактор риска (таб. 23).

Таблица 23. Доля населения, не выполняющая интенсивных физических нагрузок

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%, не выполняю интенсивных нагрузок	95% ДИ	п	%, не выполняю интенсивных нагрузок	95% ДИ	п	%, не выполняю интенсивных нагрузок	95% ДИ
18-29	448	33,5	28,0-38,9	641	83,4	80,0-86,9	1089	56,9	52,8-61,0
30-44	606	38,8	33,8-43,8	870	80,7	76,8-84,7	1476	58,9	54,6-63,3
45-64	430	56,0	49,7-62,4	650	84,0	80,5-87,5	1080	70,3	66,5-74,0
18-64	1484	40,5	36,4-44,6	2161	82,8	80,4-85,3	3645	60,9	57,9-64,0

Было выявлено, что в течение дня 60,9% населения (ДИ 95%: 57,9-64,0) не выполняют интенсивных физических нагрузок, причем таковых женщин в 2 раза больше 82,8% (ДИ 95%: 80,4-85,3), чем мужчин (40,5%, ДИ 95%: 36,4-44,6). Между возрастными группами у женщин особых отличий не выявлено, но у мужчин, напротив, обнаружены статистически значимые различия: в старшем возрасте выполняется значительно меньше интенсивных физических нагрузок (56,0%, ДИ 95%: 49,7-62,4) чем в молодом (33,5%, ДИ 95%: 28,0-38,9) или среднем возрасте (38,8%, ДИ 95%: 33,8-43,8).

Заключение

1. У 22,3% населения страны отмечен низкий уровень физической активности.
2. Физическая активность у 16,4% населения не соответствует рекомендациям ВОЗ по физической активности для сохранения здоровья.
3. Среднее значение физической активности населения составляет 195,4 минуты в день, половина населения физически занята менее 128,6 мин в день.
4. Больше половины всей физической активности населения связана с работой 51,5%, 36,0% – с передвижением и 12,4% – с активным отдыхом.
5. 60,9% населения не выполняют интенсивных физических нагрузок.
6. По всем показателям (продолжительность, интенсивность, частота) мужчины значительно более физически активнее, чем женщины.

Скрининг на рак шейки матки

Рак шейки матки — второй по распространенности вид рака у женщин в мире. Вследствие низкой доступности скрининга и лечения большинство смертей от этого заболевания приходится на развивающиеся страны.

В связи с этим, в вопросник данного исследования был включен вопрос для оценки охвата скринингом рака шейки матки.

Женщины информировали о том, проходили ли они скрининг рака шейки матки одним из методов: визуальная проба уксусной кислотой шейки матки, тест по Папаниколау на атипичные клетки или тест на наличие Вируса папилломы человека.

Результаты исследования показали, что 12,3% (ДИ 95%: 9,5-15,1) женщин 18-64 лет прошли скрининг рака шейки матки, при этом не обнаружено особых отличий между возрастными группами (рис. 14).

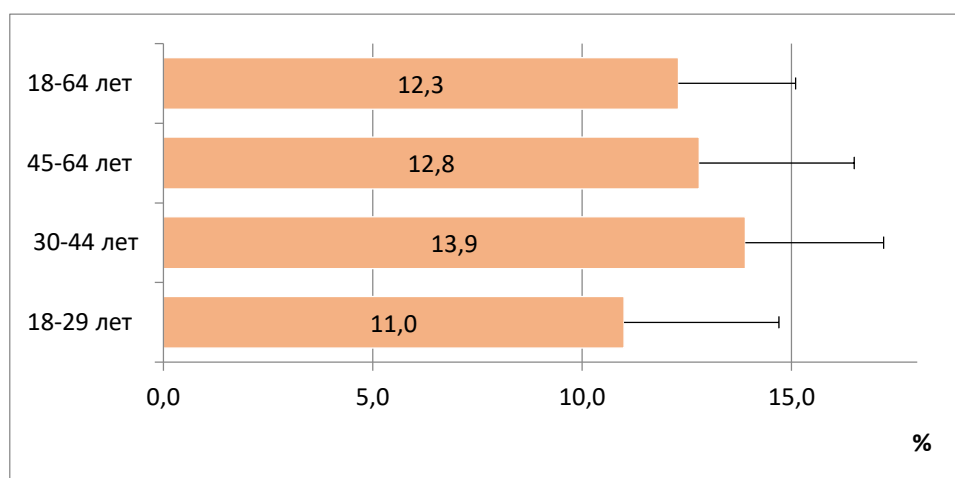


Рисунок 14. Доля женщин, обследованная в рамках скрининга рака шейки матки

Согласно рекомендациям ВОЗ¹⁵, в национальную программу скрининга следует включать, как минимум, женщин 30-49 лет. Интервалы между обследованиями в рамках скрининга рака шейки матки (частота проведения) должны быть не менее 5 лет. Приоритет следует отдавать максимальному охвату целевой возрастной группы, а не увеличению числа исследований на протяжении жизни женщины.

В данном исследовании отдельно представлена информация об охвате скринингом женщин 30-49 лет, как целевой группы. Согласно полученным данным каждая седьмая женщина в возрасте 30-49 лет проходила скрининг рака шейки матки (14,0%, ДИ 95%: 10,9-17,2) (таб. 24).

Таблица 24. Доля женщин в возрасте 30-49 лет, обследованная в рамках скрининга рака шейки матки

Возрастная группа (лет)	Женщины		
	n	% когда-либо тестировались	95% ДИ
30-49	1116	14,0	10,9-17,2

Заключение

1. 12,3% женщин 18-64 лет проходили скрининг рака шейки матки.
2. В группе женщин 30-49 лет данный показатель составляет 14,0%.

Данные физикального обследования

Артериальное давление и частота сердечных сокращений (пульс)

Повышенное артериальное давление является основным фактором риска ишемической болезни сердца, ишемических и геморрагических инсультов²⁰, а также является причиной смертности в 13% случаев в мире¹⁶.

Показатель частоты сердечных сокращений является независимым индикатором общей смертности, включая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень частоты пульса пагубно влияет на сердечно-сосудистую систему и способствует развитию ишемии миокарда и других ССЗ¹⁷.

В ходе физикального обследования (шаг 2) проводили трехкратное измерение артериального давления на левой руке электронным тонометром (модели Microlife ВРА100 Plus, Швейцария) и частоту пульса. Измерение проводилось после того, как респондент сидел расслабившись в течение 15 минут, далее с 3-х минутными перерывами проводилось еще 2 измерения. Для анализа использовали среднее значение двух повторных замеров.

В группу населения с повышенным артериальным давлением включены лица, принимающие медикаментозную терапию по поводу гипертонии, и/или лица с систолическим артериальным давлением (САД) ≥ 140 мм.рт.ст. и/или диастолическим артериальным давлением (ДАД) ≥ 90 мм.рт.ст.

Данную группу разделили на следующие подгруппы:

- с САД ≥ 140 мм.рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст. без приема лекарств от гипертонии;
- с САД ≥ 140 мм.рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст. на фоне приема лекарств от гипертонии;
- с САД < 140 мм.рт.ст. и/или ДАД < 90 мм.рт.ст. на фоне приема лекарств от гипертонии.

Отдельно выделили группу лиц с САД ≥ 160 мм.рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм.рт.ст. на фоне приема и без приема лекарств от гипертонии.

Согласно полученным данным средний показатель САД населения страны составил 127,1 (ДИ 95%: 126,1-128,1) мм.рт.ст., но у мужчин он статистически значимо выше - 130,1 (ДИ 95%: 128,8-131,5) мм.рт.ст., чем у женщин - 123,9 (ДИ 95%: 122,5-125,3) мм.рт.ст. При этом, как у мужчин, так и у женщин средний показатель САД статистически значимо увеличивается с возрастом (таб. 25).

Таблица 25. Средний показатель систолического артериального давления (мм рт.ст.)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	САД, мм. рт.ст.	95% ДИ	n	САД, мм. рт.ст.	95% ДИ	n	САД, мм. рт.ст.	95% ДИ
18-29	461	124,4	122,8-126,0	668	115,0	113,9-116,1	1129	120,0	118,8-121,1
30-44	627	129,5	128,0-131,0	918	122,6	121,3-123,8	1545	126,2	125,1-127,3
45-64	451	141,6	139,4-143,8	693	139,6	136,5-142,7	1144	140,6	138,7-142,4
18-64	1539	130,1	128,8-131,5	2279	123,9	122,5-125,3	3818	127,1	126,1-128,1

Соответствующая ситуация наблюдается и при изучении ДАД. Средние показатели ДАД составили 81,0 (ДИ 95%: 80,4-81,6) мм.рт.ст., у мужчин - 83,0 (ДИ 95%: 82,1-83,8) мм.рт.ст. статистически значимо выше, чем у женщин 78,9 (ДИ 95%: 78,1-79,7) мм.рт.ст. Также наблюдалось статистически значимое увеличение уровня ДАД с увеличением возраста (таб. 26).

Таблица 26. Средний показатель диастолического артериального давления (мм рт.ст.)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	ДАД, мм. рт.ст.	95% ДИ	n	ДАД, мм. рт.ст.	95% ДИ	n	ДАД, мм. рт.ст.	95% ДИ
18-29	461	78,0	77,0-79,1	668	73,8	72,9-74,8	1129	76,0	75,3-76,8
30-44	627	84,5	83,5-85,5	918	79,8	78,9-80,8	1545	82,2	81,5-83,0
45-64	451	90,6	89,1-92,2	693	86,1	84,6-87,7	1144	88,3	87,2-89,5
18-64	1539	83,0	82,1-83,8	2279	78,9	78,1-79,7	3818	81,0	80,4-81,6

Согласно полученным данным, 30,8% (ДИ 95%: 28,3-33,2) населения составляет группу риска НИЗ, связанного с повышенным артериальным давлением. Статистически значимо мужчин среди них больше (33,9%, ДИ 95%: 30,4-37,4), чем женщин (27,5%, ДИ 95%: 24,7-30,2). Статистически значимо с возрастом и у мужчин и у женщин значительно увеличивается доля лиц, входящих в группу с повышенным артериальным давлением: с 10,7% (ДИ 95%: 8,2-13,2) среди молодых до 24,3% (ДИ 95%: 21,3-27,3) среди средней и 44,8% (ДИ 95%: 40,7-48,9) среди старшей возрастных групп (рис. 15).

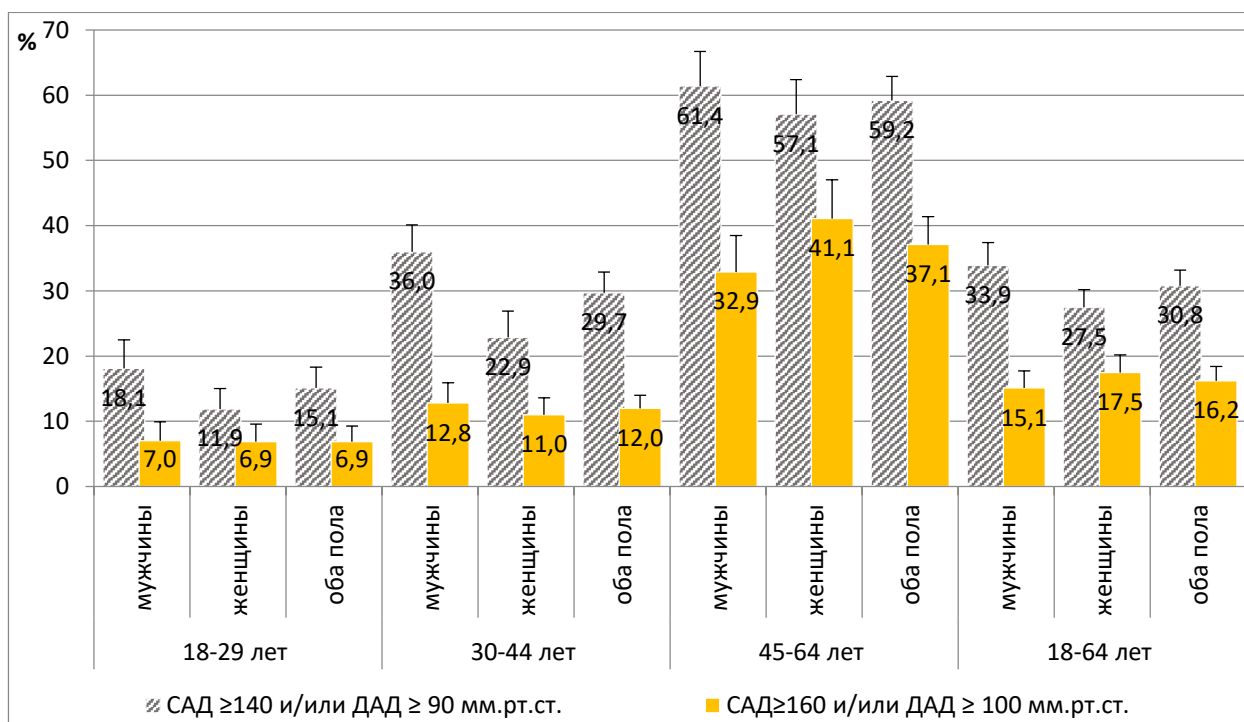


Рисунок 15. Доля населения, входящая в группу с повышенным артериальным давлением, включая принимающих в настоящее время гипотензивные препараты

Согласно ранее проведенным исследованиям¹⁸ риск развития сердечно-сосудистых заболеваний удваивается с повышением артериального давления на каждые 20/10 мм.рт.ст. начиная с 115/75 мм.рт.ст. По этой причине, в данном исследовании была отдельно выделена группа лиц с САД \geq 160 мм.рт.ст. и/или ДАД \geq 100 мм.рт.ст. для оценки повышенного риска, связанного с артериальной гипертонией.

Было выявлено, что 16,2% населения относится к группе с САД \geq 160 мм.рт.ст. и/или ДАД \geq 100 мм.рт.ст. и/или принимающих в настоящее время гипотензивные препараты; при переходе от средней к старшей возрастной группе у мужчин и у женщин наблюдается статистически значимое увеличение доли лиц с подобным фактором риска (рис. 15).

Дополнительно изучена распространенность повышенного артериального давления среди лиц, не принимающих в настоящее время гипотензивную терапию. В среднем, у каждого пятого представителя этой группы обнаружено повышенное артериальное давление (22,1%, ДИ 95%: 20,1-24,0), и мужчин среди них значительно больше (27,8%, ДИ 95%: 24,7-30,8), чем женщин (15,7%, ДИ 95%: 13,6-17,7). У обоих полов с возрастом статистически значимо увеличивается доля подобных лиц. В группе с выявленным САД \geq 160 мм.рт.ст. и/или ДАД \geq 100 мм.рт.ст. среди лиц, не принимающих в настоящее время гипотензивную терапию, сохраняются общие соотношения данной группы между полами и возрастными категориями (рис. 16).

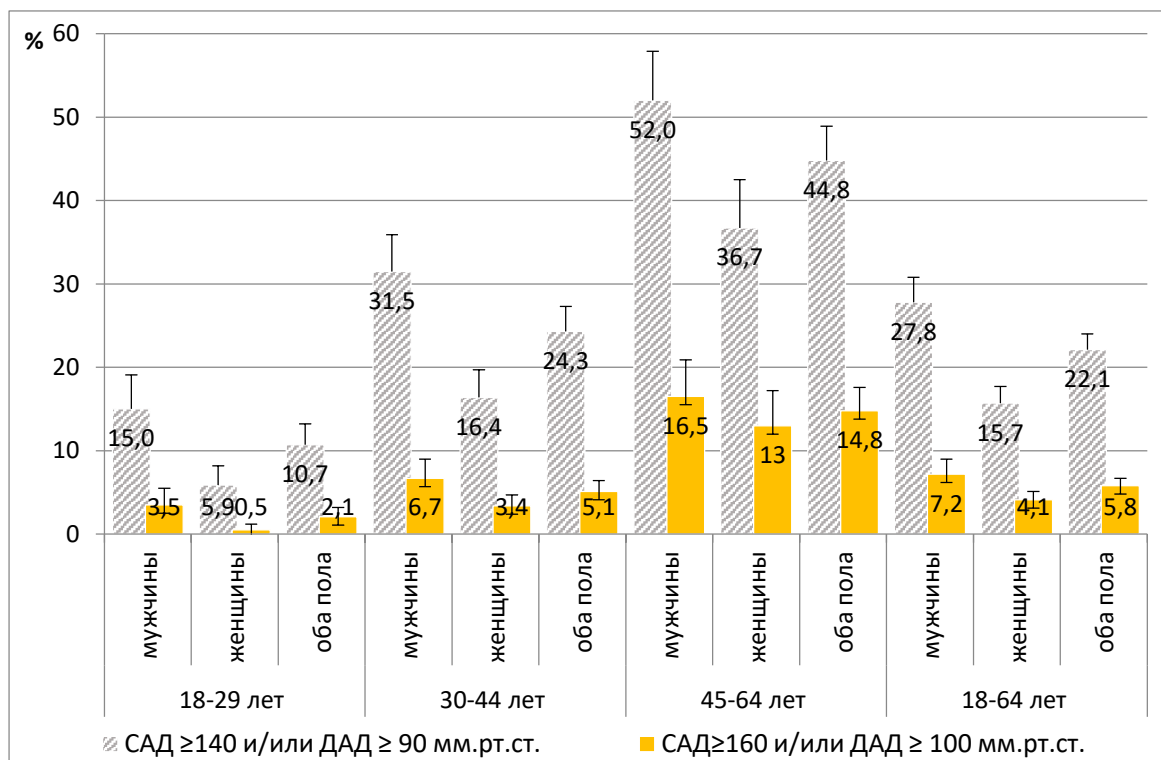


Рисунок 16. Доля населения с повышенным артериальным давлением, исключая тех, кто принимает гипотензивное лечение

При анализе группы с повышенным давлением выявлено, что почти две трети этой группы составляют лица, не принимающие лечения по поводу гипертензии (63,8%, ДИ 95%: 58,4-69,2), при этом, мужчин значительно больше, чем женщин, разница статистически значима. У пятой части общей группы (20,8%, ДИ 95%: 17,3-24,4) обнаружено повышенное артериальное давление на фоне терапии от гипертензии, а 15,4% составляют (ДИ 95%: 11,7-19,0) лица с контролируемым уровнем артериального давления на фоне терапии (рис. 17). Это говорит о том, что даже несмотря на назначенное врачом лечение уровень артериального давления не контролируется и они также находятся в группе риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Скорее всего, это связано с низкой приверженностью пациентов к лечению или низким уровнем повторных обращений пациентов для коррекции лечения.

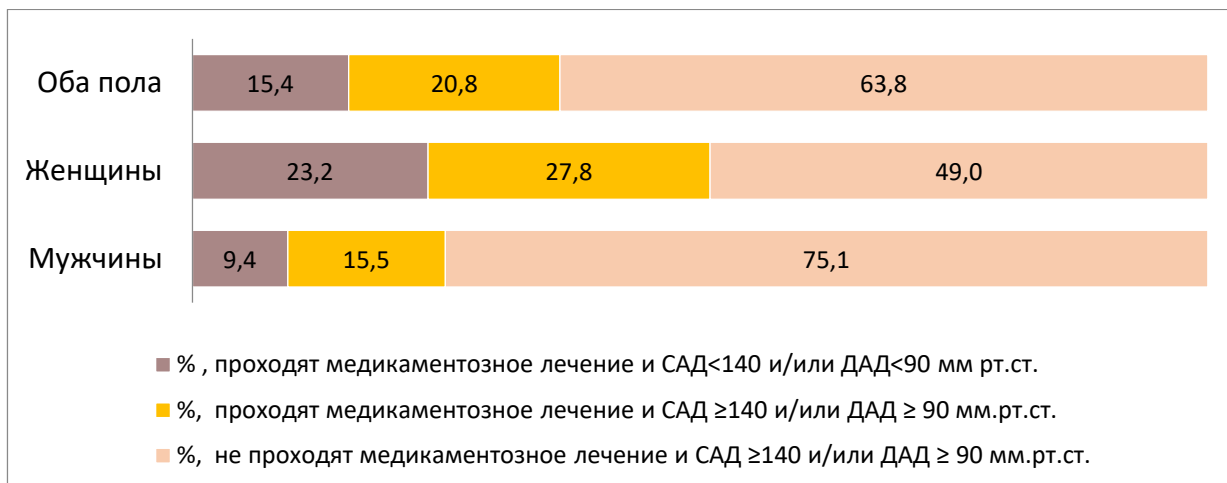


Рисунок 17. Распределение населения с повышенным артериальным давлением в зависимости от статуса получения гипотензивной терапии

Средняя частота сердечных сокращений составляет 79,2 ударов в минуту (ДИ 95%: 78,6-79,8) без особых различий между полом и возрастом.

Антропометрические измерения

Сегодня примерно 1,4 миллиарда взрослого населения планеты имеют избыточный вес, причем 500 миллионов из них страдают ожирением, а это повышает вероятность всякого рода проблем со здоровьем и развитие неинфекционных заболеваний – сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, раковых заболеваний и остеоартрита ¹⁹.

В данном исследовании проводилось измерение антропометрических показателей, таких как рост, вес для вычисления ИМТ, охват талии и бедер для определения СОТБ, что позволило в дальнейшем определить наличие таких факторов риска, как избыточный вес и ожирение, в том числе и абдоминального. В данном блоке исследования согласно методологии исследования не участвовали беременные женщины.

Рост в см и вес в кг определяли с помощью электронного весомера с ростомером (модель GBS 721, Guangdong Transtek Medical Electronics Co.,Ltd., Китай). Окружность талии измеряли в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости, окружность бедер в сантиметрах - в самой широкой их области на уровне большого вертела.

Риск развития НИЗ, связанного с избыточным весом, оценивали по следующим показателям:

- *ИМТ*, определяли как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м²):

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{Масса тела}}{\text{Рост}^2}, \text{ кг/м}^2$$

Применительно к взрослым о недостатке веса говорится, когда ИМТ<18,5 кг/м², о нормальном весе – при ИМТ равном 18,5-24,9 кг/м², об избыточном весе при ИМТ равном 25,0-29,9 кг/м², об ожирении – когда ИМТ≥30,0 кг/м².

- *Соотношение охватов талии и бедер.*

Наличие абдоминального ожирения определяли согласно критериям ВОЗ при СОТБ > 0.90 для мужчин, и СОТБ > 0.86 для женщин. Согласно проведенному исследованию средний рост мужчин в стране равен 169,6 см (ДИ 95%: 169,0-170,1) и вес 73,4 кг (ДИ 95%: 72,4-74,4), у женщин средний рост равен 157,0 см (ДИ 95%: 156,6-157,4) и вес 65,6 кг (ДИ 95%: 64,6-66,5). Средний ИМТ для обоих полов составляет 26,0 кг/м² (ДИ 95%: 25,7-26,3), со статистической значимой разницей между полами - у мужчин 25,5 кг/м² (ДИ 95%: 25,1-25,8) и у женщин 26,6 кг/м² (ДИ 95%: 26,2-27,0). Также статистически значимо отмечено увеличение ИМТ с возрастом у обоих полов (таб. 27).

Таблица 27. Средний показатель ИМТ (кг/ м²)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Среднее число	95% ДИ	n	Среднее число	95% ДИ	n	Среднее число	95% ДИ
18-29	461	23,8	23,4-24,2	575	23,7	23,3-24,1	1036	23,7	23,4-24,1
30-44	622	26,2	25,7-26,7	898	27,3	26,9-27,8	1520	26,7	26,4-27,1
45-64	448	28,0	27,4-28,5	688	29,9	29,4-30,5	1136	29,0	28,5-29,4
18-64	1531	25,5	25,1-25,8	2161	26,6	26,2-27,0	3692	26,0	25,7-26,3

Результаты анализа ИМТ показали, что половина всех мужчин 50,0% (ДИ 95%: 46,5-53,5) и 44,1% (ДИ 95%: 41,4-46,9) женщин имеют нормальный вес (согласно классификации ВОЗ) и основная их доля приходится на молодую группу (рис. 18). У половины населения – 50,1% (ДИ 95%: 47,4-52,6) наблюдается наличие избыточного веса (ИМТ \geq 25 кг/м²), причем статистически значимо доля лиц с избыточным весом значительно увеличивается с возрастом.

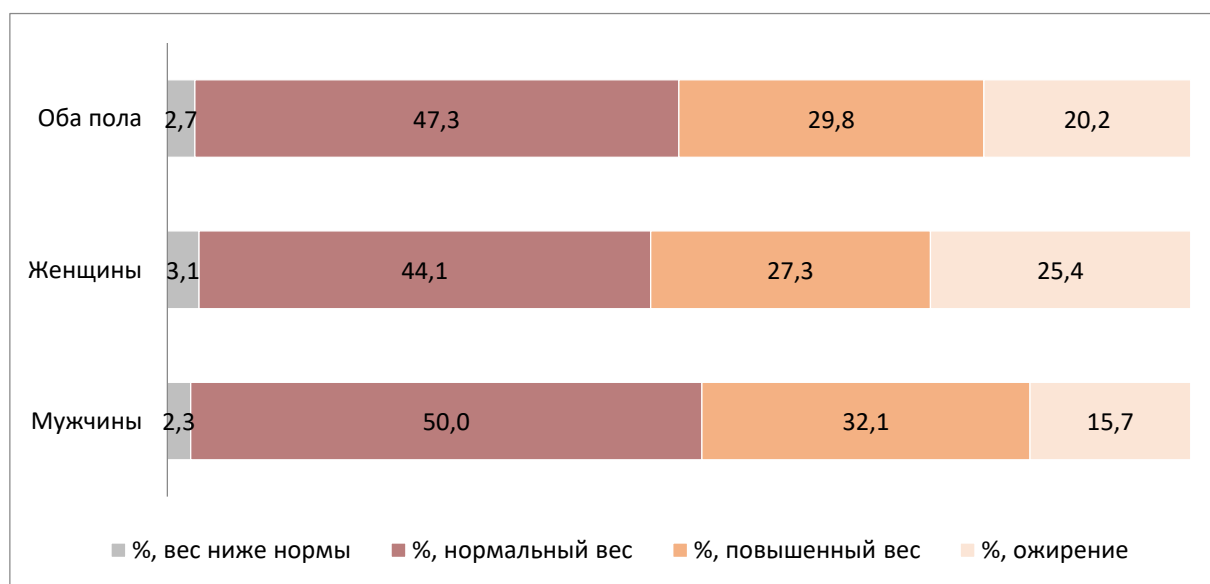


Рисунок 18. Распределение населения согласно показателю ИМТ

Доля женщин (25,4%, ДИ 95%: 22,9-27,9) с ожирением (ИМТ \geq 30,0 кг/м²) статистически значимо больше по сравнению с мужчинами (15,7%, ДИ 95%: 13,2-18,1). Также наблюдается значительное увеличение доли лиц с ожирением при переходе от молодой возрастной группы к более старшим возрастным группам, как среди мужчин, так и среди женщин: в целом, ожирение (ИМТ \geq 30,0 кг/м²) в группе 18-29 лет составляет 7,3% (ДИ 95%: 5,2-9,3), в группе 30-44 лет - 22,9% (ДИ 95%: 20,1-25,7), а в группе 45-64 лет – уже 38,7% (ДИ 95%: 35,3-42,1).

Число лиц с избыточной массой тела (ИМТ \geq 25-29,9 кг/м²) также увеличивается с возрастом, однако значительных различий между полами не выявлено: среди мужчин – 32,1% (ДИ 95%: 29,3-34,9), среди женщин – 27,3% (ДИ 95%: 24,6-30,0).

Преимущественно для женщин (0,9, ДИ 95%: 0,9-0,9) и мужчин (0,9, ДИ 95%: 0,9-1,0) 45-64 лет выявлено наличие абдоминального ожирения, что считается наиболее опасным риском развития сахарного диабета 2 типа²⁰ (таб. 28).

Таблица 28. Средние показатели соотношения охватов талии и бедер

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	n	Средний показатель	95% ДИ	n	Средний показатель	95% ДИ
18-29	459	0,9	0,9-0,9	573	0,8	0,8-0,8
30-44	623	0,9	0,9-0,9	898	0,8	0,8-0,8
45-64	447	0,9	0,9-1,0	687	0,9	0,9-0,9
18-64	1529	0,9	0,9-0,9	2158	0,8	0,8-0,8

Заклучение

1. Средние популяционные показатели САД составили 127,1 мм.рт.ст., при этом, у мужчин - 130,1 мм.рт.ст. и у женщин - 123,9 мм.рт.ст. Средние показатели ДАД составили 81,0 мм.рт.ст., у мужчин - 83,0 мм.рт.ст. и у женщин 78,9 мм.рт.ст.
2. 30,8% населения входит в группу риска, связанного с повышенным артериальным давлением; мужчины подвержены больше (33,9%), чем женщины (27,5%). С возрастом значительно увеличивается доля населения с артериальной гипертензией.
3. Средний рост мужчин равен 169,6 см и вес 73,4 кг, у женщин – средний рост равен 157,0 см и вес 65,6 кг.
4. Средний показатель ИМТ населения равен 26,0 кг/м²; у мужчин - 25,5 кг/м² и у женщин - 26,6 кг/м².
5. У половины (50,1%) населения выявлен избыточный вес (ИМТ≥25 кг/м²), у пятой части (20,2%) – ожирение (ИМТ≥30 кг/м²).
6. Доля женщин (25,4%) с ожирением (ИМТ≥30,0 кг/м²) статистически значимо больше по сравнению с мужчинами (15,7%). Среди обоих полов доля лиц с ожирением значительно увеличивается с возрастом: ожирение (ИМТ≥30,0 кг/м²) в группе 18-29 лет составляет 7,3%, в группе 30-44 лет - 22,9%, а в группе 45-64 лет – уже 38,7%.
7. Абдоминальное ожирение выявлено у мужчин и женщин 45-64 лет.

Биохимические измерения

Повышенное содержание глюкозы и холестерина в крови наряду с другими факторами риска НИЗ повышает риск развития инфарктов и инсультов. Согласно оценкам ВОЗ, повышенный уровень холестерина ежегодно приводит к 2,6 миллионам случаев смерти⁵.

Для изучения ситуации в стране биохимические исследования глюкозы и общего холестерина в крови (в ммоль/л) проводились натощак на следующий день после Шага 1 и 2 с помощью портативного биохимического анализатора (модель multiCarein, Италия). В исследование не допускались лица, не соблюдавшие правила голодания. Полученные результаты расценивали согласно следующим критериям^{14, 17}.

Нормальный уровень глюкозы натощак определяется как уровень глюкозы в цельной капиллярной крови: <5,6 ммоль/л.

Нарушенная гликемия натощак определяется как уровень глюкозы в цельной капиллярной крови: ≥5,6 ммоль /л и <6,1 ммоль/л.

Повышенный уровень глюкозы в крови определяется как уровень глюкозы в цельной капиллярной крови: ≥ 6,1 ммоль/л.

Повышенный уровень холестерина в крови определяется как уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л.

Для оценки степени риска высокого уровня холестерина в крови отдельно представлена группа лиц с уровнем холестерина в крови ≥ 6,2 ммоль/л.

Содержание глюкозы в крови

Среднее содержание глюкозы в крови натощак для мужчин и женщин составило 5,0 ммоль/л, у старшей возрастной группы – показатели находятся на границе с нормальным уровнем (таб. 29).

Таблица 29. Среднее содержание глюкозы в крови натощак (ммоль/л)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Средний показател	95% ДИ	n	Средний показател	95% ДИ	n	Средний показател	95% ДИ
18-29	436	4,8	4,7-4,9	637	4,8	4,7-4,9	1073	4,8	4,7-4,9
30-44	599	4,9	4,8-5,0	892	4,9	4,8-5,0	1491	4,9	4,8-5,0
45-64	430	5,4	5,1-5,6	671	5,5	5,3-5,7	1101	5,4	5,3-5,6
18-64	1465	5,0	4,9-5,1	2200	5,0	4,9-5,1	3665	5,0	4,9-5,1

Всего у 8,4% (ДИ 95%: 7,0-9,7) населения было выявлено нарушение гликемии натощак, в том числе у 7,3% (ДИ 95%: 5,6-9,1) мужчин и у 9,5% (ДИ 95%: 7,7-11,3) женщин (рис. 19). Значимых различий между возрастными группами и полами не выявлено.

Выявленное нарушение гликемии натощак нужно считать условным, т.к. в данном исследовании не изучалась нарушенная толерантность к глюкозе (определение глюкозы в крови через два часа после нагрузки 75 гр. глюкозы среди лиц с нарушенной гликемией натощак).

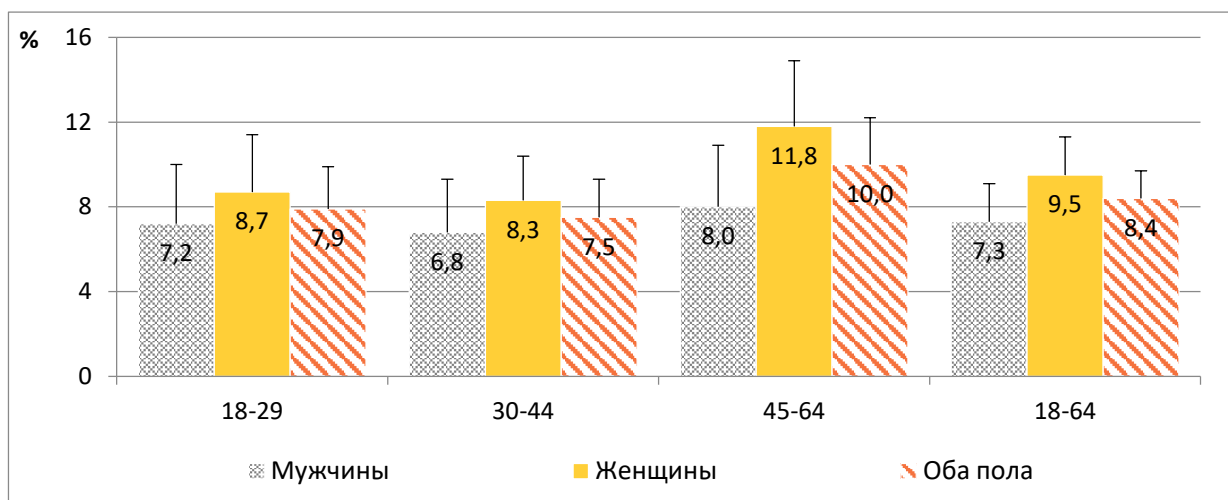


Рисунок 19. Доля населения с выявленной нарушенной гликемией натощак (содержание глюкозы в цельной капиллярной крови между 5,6-6,1 ммоль /л)

9,1% (ДИ 95%: 7,8-10,4) населения составило группу с повышенным содержанием глюкозы в крови, куда вошли лица с уровнем глюкозы в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л, а также лица, принимающие в настоящее время антидиабетические лекарства (рис. 20). Различий между полами не обнаружено, однако доля женщин 45-64 лет, статистически значимо больше, чем в молодой и средней возрастных группах.

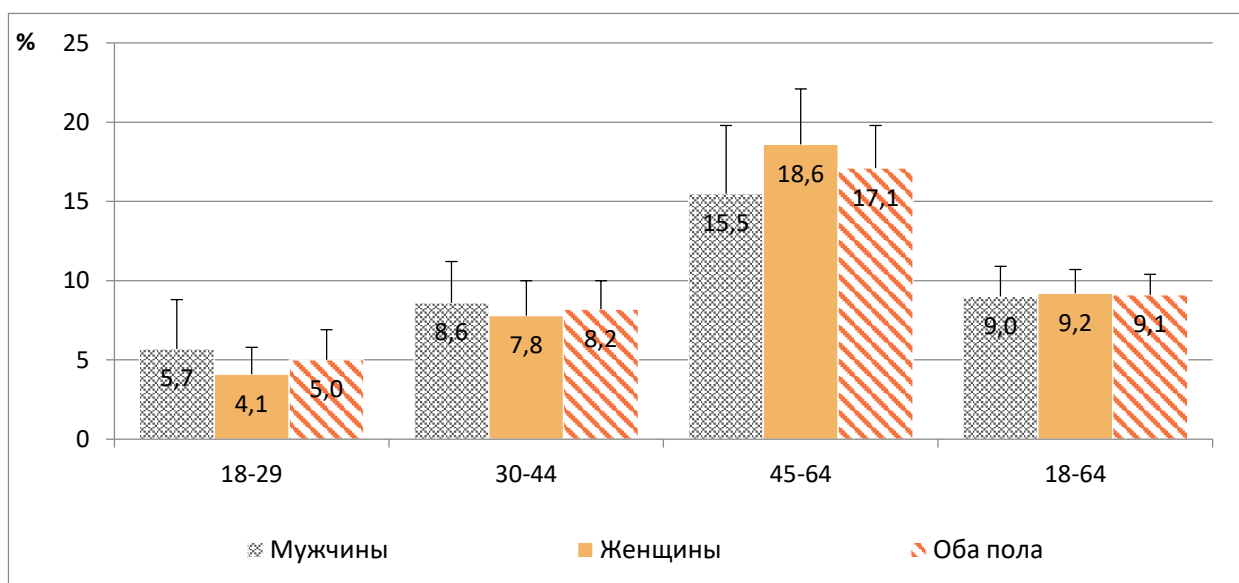


Рисунок 20. Доля населения с повышенным содержанием глюкозы в крови (в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л) или в настоящее время принимающего антидиабетические лекарства

1,2% (ДИ 95%: 0,8-1,6) населения принимает последние 2 недели антидиабетические лекарства, в основном это представители старшей возрастной группы.

Содержание общего холестерина в крови

Среднее содержание общего холестерина в крови составило 4,8 ммоль/л (ДИ 95%: 4,7-4,8), у женщин статистически значимо больше – 4,9 ммоль/л (ДИ 95%: 4,9-5,0), чем у мужчин – 4,6 (ДИ 95%: 4,5-4,7) ммоль/л, но в пределах нормы (таб. 30).

Таблица 30. Среднее содержание общего холестерина (ммоль/л)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Средний показател	95% ДИ	n	Средний показател	95% ДИ	n	Средний показател	95% ДИ
18-29	431	4,4	4,2-4,5	634	4,8	4,7-4,9	1065	4,6	4,5-4,7
30-44	600	4,7	4,6-4,8	891	4,9	4,8-5,0	1491	4,8	4,7-4,9
45-64	426	4,8	4,7-5,0	668	5,2	5,1-5,3	1094	5,0	4,9-5,1
18-64	1457	4,6	4,5-4,7	2193	4,9	4,9-5,0	3650	4,8	4,7-4,8

Несмотря на то, что средние показатели содержания общего холестерина в крови натошак находятся в пределах нормы, следует отметить, что у 46,3% (ДИ 95%: 42,4-50,1) населения выявлен повышенный уровень общего холестерина в крови $\geq 5,0$ ммоль/л, и статистически значимо больше у женщин, чем у мужчин. Также следует обратить особое внимание на то, что повышенный уровень общего холестерина в крови имеют 39% (ДИ 95%: 33,9-44,1) лиц молодого возраста (рис. 26).

К группе лиц с повышенным содержанием общего холестерина в крови $\geq 6,2$ ммоль/л или принимающих лечение из-за повышенного содержания холестерина относятся 8,3% (ДИ 95%: 6,7-9,8) населения. Женщин среди них статистически значимо больше (10,6%, ДИ 95%: 8,7-12,5), чем мужчин (6,1%, ДИ 95%: 3,9-8,3), а также представителей старшей возрастной группы, по сравнению с более молодыми (рис. 21).

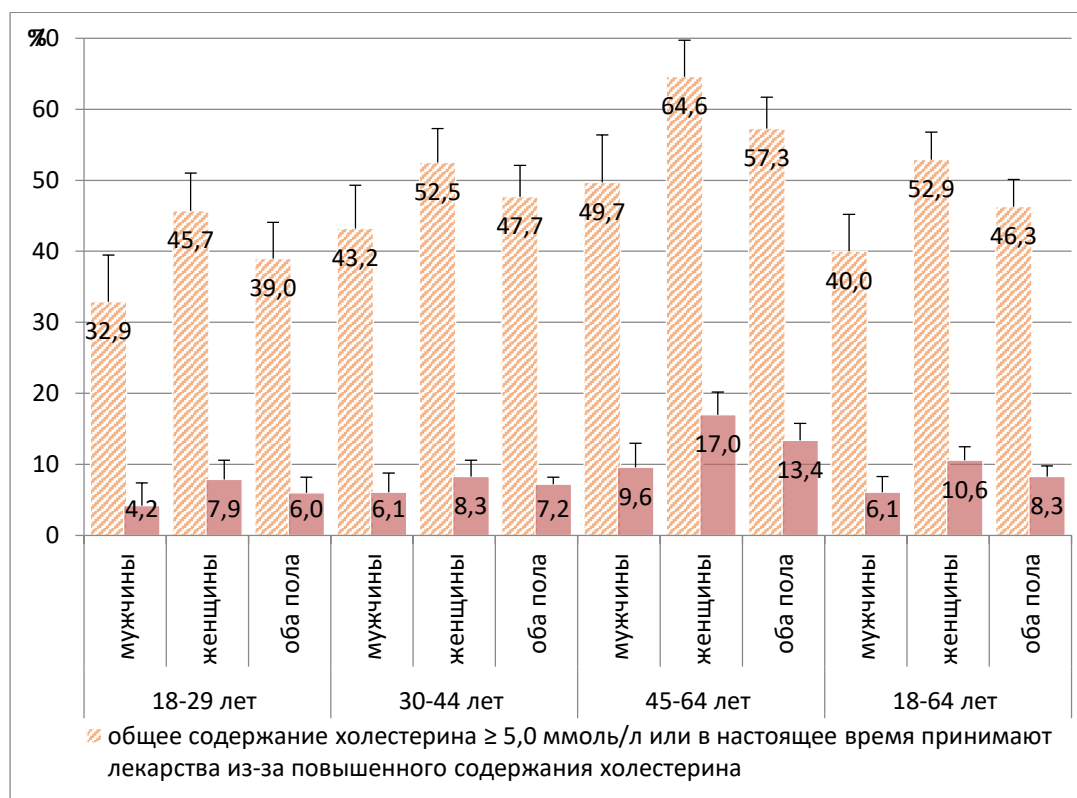


Рисунок 21. Доля населения с нарушенным ($\geq 5,0$ ммоль/л) и повышенным ($\geq 6,2$ ммоль/л) уровнем общего холестерина в крови, включая тех, кто принимает гиполипидемические препараты

Заклучение

1. У 82,5% населения выявлен нормальный уровень глюкозы в крови натощак. Среднее содержание глюкозы в крови натощак составило 5,0 ммоль/л.
2. У 8,4% населения обнаружена нарушенная гликемия натощак.
3. 9,1% населения имеет повышенное содержание глюкозы в крови или в настоящее время принимает антидиабетические лекарства.
4. 45,4% населения имеет нормальный уровень холестерина в крови натощак. Среднее содержание общего холестерина составило 4,8 ммоль/л.
5. 46,3% населения имеет повышенный уровень общего холестерина в крови $\geq 5,0$ ммоль/л, статистически значимо женщин среди них больше, чем мужчин.
6. 8,3% населения имеет повышенный уровень общего холестерина в крови $\geq 6,2$ ммоль/л, статистически значимо женщин среди них больше, чем мужчин.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний

Риск сердечно-сосудистых заболеваний определяли, как 10-летний риск $CC3 \geq 30\%$ на основании возраста, пола, статуса курения (курильщик в настоящее время или бросивший курить менее чем за 1 год до проведения исследования), артериального давления, общего холестерина и наличия диабета (диагностированный ранее или значение концентрации глюкозы в цельной капиллярной крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л).

Риск ССЗ изучали среди населения старше 40 лет, разделенных на 2 возрастные группы (таб. 31).

Таблица 31. Доля населения, имеющая 10 летний риск $CC3 \geq 30\%$ или сердечно-сосудистое заболевание

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
40-54	428	14,1	10,2-18,0	428	14,1	10,2-18,0	428	14,1	43,9-65,0
55-64	163	22,8	15,3-30,3	163	22,8	15,3-30,3	163	22,8	54,3-77,4
40-64	591	16,6	12,9-20,3	591	16,6	12,9-20,3	591	16,6	49,4-68,0

Пятая часть населения в возрасте 40-64 лет имеет 10-летний риск $CC3 \geq 30\%$ или сердечно-сосудистое заболевание (20,2%, ДИ 95%: 16,8-23,6), статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами не выявлено.

Совокупные факторы риска НИЗ

Совокупные факторы риска НИЗ изучали для двух возрастных групп 18-44 и 45-64 лет с учетом следующих факторов риска, которые детально представлены выше, а именно:

- Статус ежедневного курильщика в настоящее время;
- Употребление менее 5 порций овощей/фруктов в день;
- Не соответствие рекомендациям ВОЗ по физической активности (<150 минут умеренных нагрузок, или эквивалентных нагрузок);
- Избыточный вес ($ИМТ \geq 25$ кг/м²);
- Повышенное артериальное давление ($САД \geq 140$ и/или $ДАД \geq 90$ мм рт.ст. или принимающих гипотензивную терапию).

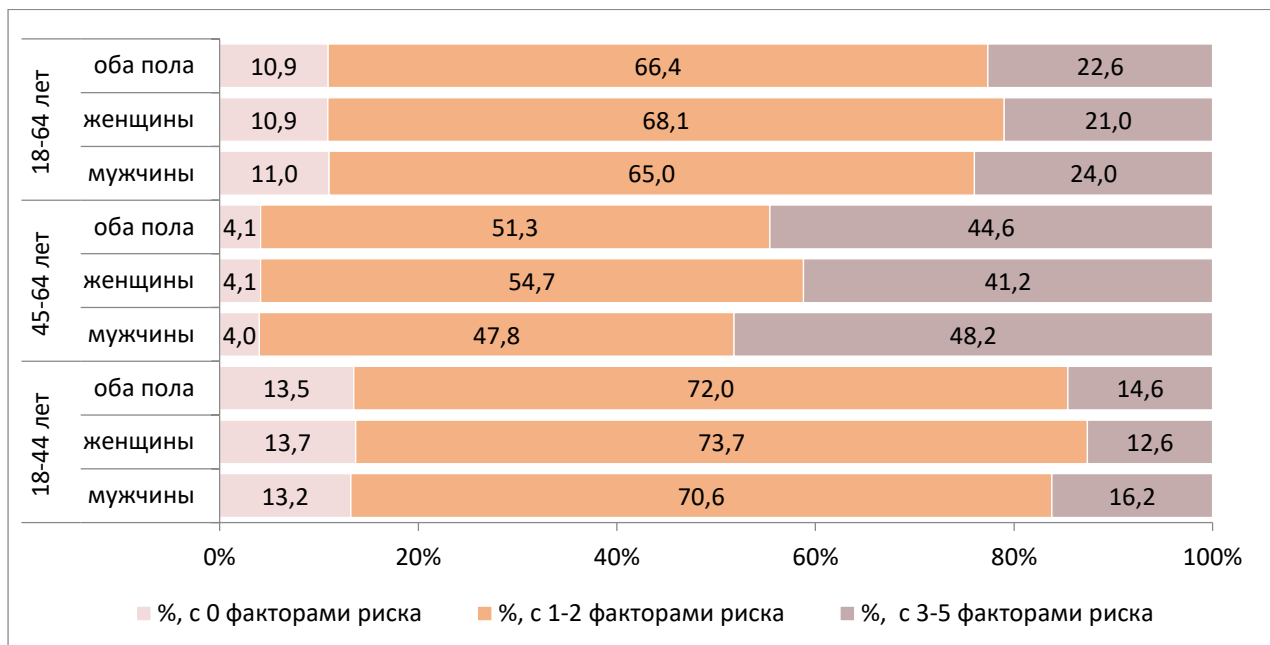


Рисунок 22. Распределение совокупных факторов риска среди населения

Для анализа использовали следующие параметры: отсутствие факторов риска НИЗ, наличие 1-2 или 3-5 факторов. Результаты показали, что у 10,9% (ДИ 95%: 9,1-12,8) населения обнаружено отсутствие перечисленных факторов риска НИЗ, у двух третей населения (66,4%, ДИ 95%: 64,2-68,7) выявлены 1-2 фактора риска НИЗ, у 22,6% (ДИ 95%: 20,3-25,0) населения - 3-5 факторов риска НИЗ. Отличий между полами не обнаружено, но по всем параметрам выявлены статистически значимые различия между 2 возрастными группами у обоих полов: лиц с 3-5 факторами риска НИЗ с возрастом становится значительно больше, а лиц с 2 и менее факторами риска НИЗ соответственно становится меньше (рис.22).

Заключение

1. Пятая часть населения старше 40 лет имеет 10-летний риск $CCZ \geq 30\%$ или сердечно-сосудистое заболевание (20,2%).
2. 10,9% населения не имеет ни одного из совокупных факторов риска НИЗ, 66,4% имеет 1–2 факторов риска НИЗ и 22,6% имеют 3–5 факторов риска НИЗ.
3. С возрастом увеличивается доля населения с 3-5 факторами риска НИЗ.

IV. СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ С ДАННЫМИ ДРУГИХ СТРАН

Исследования распространенности факторов риска по методологии STEPS проводились в более 100 странах мира. Результаты исследования STEPS в Узбекистане были сравнены с результатами аналогичных исследований, недавно проведенных в Республике Молдова²¹ (2013) и Грузии²² (2010). Также полученные результаты сравнивали с недавними исследованиями STEPS в странах с похожими культурно-религиозными устоями, значительно влияющими на поведенческие факторы риска НИЗ, а именно с Ираном²³ (2011), Египтом²⁴ (2011-2012), Катаром²⁵ (2012). Результаты сравнительного анализа распространенности факторов риска НИЗ в Узбекистане и вышеперечисленных странах представлены на рис.30.

Употребление табака

В Узбекистане по сравнению с другими странами отмечается меньшая распространенность курения, как в плане среднего количества выкуриваемых сигарет в день, так общего процента курильщиков табака с дымом в настоящее время.

При сравнении Узбекистана с Молдовой и Грузией, выявлено:

- доля взрослого населения, употребляющего различные виды табака, на 3% и 7% меньше, чем в Молдове и в Грузии соответственно;
- в 3-4 раза меньше процент курящих женщин;
- ниже доля ежедневных курильщиков среди числа активных курильщиков: 78,6% (с дымом и без дыма) - в Узбекистане, 91,4% - в Грузии и 91,7% - в Молдове;
- примерно в 2 раза меньше среднее количество сигарет, выкуриваемых за день;
- в среднем, в Узбекистане население начинает курить на 1-2 года позже.

Меньше различий обнаружено при сравнении с Египтом и Катаром. По распространенности курения как фактора риска, Узбекистан уступает только Ирану.

Употребление алкоголя

В Узбекистане употребление алкоголя по сравнению с Грузией и Республикой Молдова распространено значительно меньше. В Молдове трое из пяти взрослых являются постоянными потребителями алкогольных напитков, что объяснимо с учетом культуры виноделия в данном регионе. В Грузии, также винодельческой республике, пьют несколько меньше – двое из пяти. В Узбекистане только один из пяти взрослых является лицом, употребляющим алкоголь в настоящее время. При этом, в Узбекистане в 3 раза меньше распространено вредное употребление алкоголя по сравнению с Республикой Молдовой. В Грузии вредное употребление алкоголя встречается чаще, чем в Молдове, но оно расценивалось по другим критериям: для мужчин – принятие 5 стандартных доз, для женщин – 4 дозы, что не позволяет провести истинную сравнительную оценку.

Согласно представленным выше данным, непьющих представителей взрослого населения в Узбекистане в 3 раза больше, чем в Грузии и в 5 раз больше в Республике Молдова. Вредное употребление алкоголя у женщин в Узбекистане представлено крайне редкими случаями.

Рацион питания

В Грузии и Молдове, как и в Узбекистане, развит аграрный сектор, который характеризуется богатой историей растениеводства. Между сравниваемыми странами и Узбекистаном не отмечается значимых различий в потреблении фруктов и овощей: однако около 60-70% взрослого населения в каждой из упомянутых республик подвергаются фактору риска, связанного с недостаточным потреблением овощей и фруктов. Тогда как в Иране, Египте и Катаре данный показатель значительно выше, чем в Узбекистане (соответственно 88,1%, 95,6% и 91,1%).

Потребление соли среди взрослых жителей Молдовы намного выше, чем в Узбекистане – 24,3%. При этом, взрослые жители Молдовы несколько меньше потребляют продукты с высоким содержанием соли. Каждый седьмой респондент в обеих республиках признает, что соль присутствует в его рационе питания в большом или очень большом количестве, и девять из десяти - что высокое потребление соли может стать причиной серьезных проблем со здоровьем.

Преобладающее большинство населения в Молдове и Узбекистане готовят домашнюю пищу на растительном масле, что является позитивным фактом.



Рисунок 23. Распространенность основных факторов риска НИЗ в Узбекистане и других странах

Физическая активность

Риску развития НИЗ, связанных с низким уровнем физических нагрузок, менее всего подвержены каждый десятый взрослый житель Молдовы, затем взрослые жители Узбекистана и далее Грузии. Процент лиц с недостаточной физической активностью значительно выше в Иране, Египте и Катаре. Но во всех представленных странах физическая активность женщин в 1,5-2 раза ниже, чем у мужчин.

В Узбекистане риску подвержен каждый шестой житель в возрасте 18-64 лет, и женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Тенденция низкой физической активности среди женщин Узбекистана сохраняется по всем другим изученным показателям. А процент женщин, не имеющих интенсивные нагрузки, во всех сравниваемых странах остается на одном уровне, тогда как мужчин, выполняющих интенсивную физическую нагрузку в Узбекистане больше, чем в других странах. По сравнению со средним значением физической нагрузки, медиана средней продолжительности времени затрачиваемого на физическую активность, показывает, что половина населения в Узбекистане примерно на четверть физически менее активна, чем половина населения Грузии и почти в 2 раза, чем половина населения Молдовы. Но половина населения Узбекистана значительно более активна по сравнению с Египтом и Катаром.

Повышенное артериальное давление

Сравнительный анализ распространенности данного фактора риска показал, что меньше всего данный фактор распространен в Иране (19,1%), затем идет Узбекистан (30,8%) и далее все остальные страны. Самый высокий уровень данного фактора обнаружен в Молдове – 39,8% населения.

Избыточная масса тела

Распространенность избыточной массы тела в Узбекистане ниже, чем в Грузии и Молдове, Египте и Катаре: в Узбекистане отмечен более низкий средний показатель ИМТ из-за более низкого процента лиц с избыточным весом, в том числе, и более низким процентом лиц с ожирением. Только в Иране лиц с избыточным весом меньше, чем в Узбекистане. Во всех странах женщин с ожирением больше, чем мужчин.

Повышенное содержание глюкозы в крови

Распространенность повышенного содержания глюкозы в крови в Узбекистане (9,1% ДИ 95%: 7,8-10,4) самая низкая среди сравниваемых стран, и сопоставима с положением в Республике Молдова (12,3% ДИ 95%: 10,9–13,6). Процент лиц с обнаруженной в ходе исследований нарушенной гликемией натощак абсолютно идентичен в этих двух странах: соответственно 8,4% ДИ 95%: 7,1–9,5 и 8,3% ДИ 95%: 7,0-9,7, но выше чем в Катаре – 5,8%.

Грузия стоит на первом месте (16,3% ДИ 95%: 14,8-17,9) по распространенности данного фактора риска среди 6 стран. В Грузии лиц с нарушенной гликемией натощак (20,9% ДИ 95%: 19,2-22,5) в 2 раза больше, чем в Узбекистане, а лиц с повышенным содержанием глюкозы, включая принимающих на момент обследования антидиабетические препараты - почти в 2 раза больше.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний

В данном исследовании отдельно изучали группу факторов риска, ответственную за развитие сердечно-сосудистых заболеваний, как наиболее распространенных НИЗ. Эта группа факторов представлена статусом курения (курильщик в настоящее время или бросивший курить менее чем за 1 год до проведения исследования), повышением артериального давления, повышенным содержанием холестерина в крови натощак, наличием сахарного диабета (диагностированного ранее или значение концентрации глюкозы в цельной капиллярной крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л). Для расчета 10-летнего риска $ССЗ \geq 30\%$ в совокупности с этими факторами риска учитывали также возраст и пол.

Расчитанный с учетом всех этих параметров 10-летний риск $ССЗ \geq 30\%$ выявлен у пятой части населения Узбекистана 40-64 лет (20,2%), что примерно соответствует данным в Республике Молдова – 23%.

Совокупные факторы риска

Группу других факторов риска, приводящих к развитию неинфекционных заболеваний, изучали как совокупные факторы риска. Это статус ежедневного курильщика в настоящее время; употребление менее 5 порций овощей/фруктов в день; низкая физическая активность, избыточный вес ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$); повышенное артериальное давление ($САД \geq 140$ и/или $ДАД \geq 90$ мм.рт.ст. или прием лекарственных препаратов по поводу гипертонии).

В Узбекистане ни один из 5 перечисленных факторов риска не выявлен у 11% взрослого населения, и самый высокий показатель среди изученных стран. Это значительно выше, чем в Грузии – 6,4% (ДИ 95%: 5,3-7,5) и в Молдове (с учетом возрастных рамок исследования – 18-69 лет) – 8% (ДИ 95%: 6,7-9,3). В Египте и Иране значительно меньший процент населения с отсутствием факторов риска: 0,6% и 2,8% соответственно.

В Узбекистане, Египте и Иране в данной группе лиц с отсутствием факторов риска одинаковые доли мужчин и женщин, но в Молдове (среди мужчин 5,7% (ДИ 95%: 3,9-7,6), среди женщин 10,4% (ДИ 95%: 8,7-12,2) и в Грузии (среди мужчин 3,7% (ДИ 95%: 2,4-5,0), среди женщин 9,2% (ДИ 95%: 7,6-10,8) отсутствие факторов среди женщин статистически значимо больше, чем среди мужчин. В Катаре таковых больше среди мужчин, чем среди женщин (1,3% (ДИ 95%: 0,3-2,4) и 0,3% (ДИ 95%: 0,0-0,7) соответственно).

Наличие 3 и более из перечисленных совокупных факторов выявлено у 22,6% (ДИ 95%: 20,3 – 25,0) взрослого населения Узбекистана в возрасте 18-64, что статистически значимо меньше чем в Молдове и в Грузии – 30,3% (ДИ 95%: 28,0-32,6) и 35,2% (ДИ 95%: 33,0-37,4) соответственно. Кроме этого, в Молдове мужчин с отягощенным многофакторным риском статистически значимо больше, чем женщин (35,2% ДИ 95%: 31,8-38,6 и 25,0% ДИ 95%: 22,4-27,5 соответственно), а в Грузии – в статистически значимая существенная разница (среди мужчин 45,5% ДИ 95%: 42,2-48,8, среди женщин 24,8% ДИ 95%: 22,7-26,8), тогда как в Узбекистане отличий нет.

Среди лиц молодого и среднего возраста - 18-44 лет, наличие 3 и более факторов риска в Узбекистане меньше 14,6% (ДИ 95%: 12,4 – 16,8), чем в Молдове – 20,1% (ДИ 95%: 17,5-22,7) и в Грузии – 27,0% (ДИ 95%: 24,3-29,8), тогда как для старшей группы – эти показатели не отличаются (47,6% (ДИ 95%: 44,7-50,5) и 49,7% (ДИ 95%: 47,0-52,5) соответственно).

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование выполнено в полномасштабном охвате всей страны с использованием стандартной методологии пошагового подхода ВОЗ к эпидемиологическому надзору за факторами риска развития хронических болезней.

Основными итогами этой работы является оценка распространенности основных факторов риска среди всего взрослого населения Узбекистана, а также детальное изучение среди мужчин и женщин по 3 возрастным группам (18-29 лет, 30-44 лет, 45-64 лет), а также в разрезе «город-село» и выявление различий.

Результаты проведенного исследования показали, что:

- 22,4% взрослого населения страны является потребителями различных видов табака в настоящее время (с дымом и без дыма), 18,6% - алкогольных напитков в настоящее время;
- треть (32,5%) населения употребляет не менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, 15,6% всегда или часто добавляют соль в пищу и перед едой, а более трети (36,1%) всегда или часто во время приготовления пищи дома добавляет соль, около трети (31,5%) всегда или часто (более 3 раз в неделю) употребляет продукты с высоким содержанием соли;
- каждый шестой житель (16,4%) не имеет необходимой физической активности для сохранения здоровья;
- скрининг рака шейки матки проходила только каждая восьмая женщина в возрасте 18-64 лет (12,3%) и каждая седьмая женщина целевой группы (30-49 лет) (14,0%);
- 30,8% взрослого населения составляет группу риска, связанного с повышенным артериальным давлением, половина населения – группу риска, связанного с наличием избыточного веса;
- выявлены нарушенная гликемия натощак - у 8,4% населения, повышенное содержание глюкозы – у 9,1%; повышенное содержание общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л - у 46,3%, в том числе повышенное содержание общего холестерина $\geq 6,2$ ммоль/л – у 8,3%.

Для мужчин характерными факторами риска являются потребление различных видов табака (с дымом и без дыма), алкоголя, повышенное артериальное давление.

Для женщин – недостаточная физическая активность, избыточный вес, повышенное содержание общего холестерина в крови, отсутствие надлежащего скрининга рака шейки матки.

В группе населения 30-44 лет преобладают риски НИЗ, связанные с употреблением табака и алкоголя, недостаточным употреблением овощей и фруктов, повышенным употреблением соли.

В группе населения 45-64 лет преобладают факторы риска НИЗ, связанные с малоподвижным образом жизни, повышенным артериальным давлением, наличием избыточного веса, повышенным уровнем глюкозы и общего холестерина в крови.

В итоге, анализ данных показал, что пятая часть населения старше 40 лет имеет 10-летний риск ССЗ $\geq 30\%$ или любое ССЗ на момент исследования; две трети взрослого населения (66,4%) имеет 1-2 совокупных факторов риска, пятая часть населения (22,6%) - 3-5 факторов риска.

Сравнительный анализ распространенности факторов риска НИЗ среди населения Узбекистана с такими странами европейского региона, как Республика Молдова и Грузия, а также со странами восточно-средиземноморского региона, как Иран, Египет и Катар, показал, что большинство факторов риска НИЗ имеют значительно меньшую распространенность, в том числе наличие 10-летнего риска ССЗ $\geq 30\%$ или сердечно-сосудистое заболевание.

Таким образом, проведенное исследование станет отправной точкой для общего мониторинга факторов риска, основой для определения приоритетов и эффективного планирования целевых мероприятий по профилактике и контролю НИЗ, направленных на решение выявленных пробелов и проблемных аспектов.

Список сокращений

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВЕВ	Вторичная единица выборки
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ДАД	Диастолическое артериальное давление
ДИ	Доверительный интервал 95%
ИМТ	Индекс массы тела
НИЗ	Неинфекционное заболевание
ООН	Организация объединенных наций
ПЕВ	Первичная единица выборки
ПЗЗ	Первичное звено здравоохранения
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
Проект «Здоровье-3»	Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)»
САД	Систолическое артериальное давление
СД	Сахарный диабет
СМИ	Средства массовой информации
СОТБ	Соотношение охватов талии и бедер
ССЗ	Сердечно-сосудистое заболевание
ТЕВ	Третичная единица выборки
n	Количество респондентов
PDA	Специальный персональный электронный помощник для ввода данных
PID	Персональный идентификационный номер респондента
STEPS	Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития хронических болезней

Глоссарий

DALY	Сумма потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смертности и нетрудоспособности (недожитие)
EPI info, STATA	Название стандартизированных программных обеспечений для проведения статистического анализа данных исследований
Абдоминальное ожирение	Повышенное отложение жировой ткани в области живота. Основным параметром абдоминального ожирения является отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ)
Аэробика или ритмическая гимнастика	Деятельность, при которой крупные мышцы тела ритмично двигаются в течение определенного периода времени. Виды аэробики: ходьба пешком, бег на свежем воздухе, плавание и езда на велосипеде. Занятия аэробикой (иначе называемые упражнениями на выносливость) улучшают деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной системы.
Бремя НИЗ и факторов риска	Комплексный показатель, включающий заболеваемость, смертность, инвалидность и экономический ущерб.
Бывший курильщик	Лицо, курившее табак с дымом когда-либо в прошлом, но не курящее в течение последних 30 дней на момент опроса
Бывший потребитель табака	Лицо, потреблявшее любой вид табака без дыма и/или с дымом когда-либо в прошлом, но не потребляющее в течение последних 30 дней на момент опроса
Вредное употребление алкоголя	Потребление 6 и более стандартных доз алкоголя за один случай вне зависимости от пола
Взрослый житель	Лицо в возрасте от 18-64 лет

Ежедневный курильщик	Лицо, курившее табак с дымом ежедневно как минимум 1 раз в день в течение последних 30 дней на момент опроса
Ежедневный потребитель табака	Лицо, потребляющее любой вид табака без дыма и/или с дымом ежедневно как минимум, 1 раз в день в течение последних 30 дней на момент опроса
Избыточный вес	Определение применительно ко взрослому населению с индексом массы тела ≥ 25 кг/м ²
Интенсивная физическая активность	Большие физические усилия со значительным учащением дыхания или пульса
Курильщик	Лицо, употребляющее различные виды табака с дымом
Курильщик в настоящее время	Лицо, курившее табак с дымом как минимум 1 раз в течение последних 30 дней на момент опроса
Метод Киша	Метод случайного отбора респондента с ранжированием в зависимости от пола и возраста всех жителей домохозяйства, подходящих под критерии исследования
Население	Население в возрасте от 18-64 лет
Насвай	Разновидность бездымного табака (в виде гранул или порошка), применяемая подязычно, традиционно широко распространена в странах Центрально-азиатского региона
Нездоровое питание	Питание с недостаточным потреблением овощей и фруктов, но повышенным содержанием соли, а также насыщенных и химически гидрогенизированных жиров/масел
Ожирение	Определение применительно ко взрослому с ИМТ ≥ 30 кг/м ²
Лицо, подвергающееся воздействию вторичного табачного дыма	Некурящее лицо, вынужденное вдыхать табачный дым при курении другого человека
Потребитель табака в настоящее время	Лицо, потреблявшее любой вид табака без дыма и/или с дымом как минимум 1 раз в течение последних 30 дней на момент опроса
Реклама и стимулирование продажи табака	Любой вид передачи коммерческой информации, рекомендации или действия с целью, результатом или вероятным результатом стимулирования продажи табачного изделия или употребления табака, прямо или косвенно
Состояние, предшествующее ожирению	Определение применительно ко взрослому с ИМТ 25-29,9 кг/м ²
Стандартная доза алкоголя (standard drink)	Объем алкогольного напитка, который содержит приблизительно 10 гр. чистого спирта (этанол) независимо от типа напитка.
Стандартная порция фруктов и овощей	Составляет 80 гр. фруктов и овощей (за исключением картофеля и других крахмалсодержащих корнеплодов)
Табак	Производное листьев <i>Nicotiana glauca</i> , американского растения семейства пасленовых, основным психоактивным ингредиентом которого является никотин
Табак без дыма	Все виды не курительного табака, такие как насвай, жевательный и нюхательный табак
Табак с дымом	Все виды курительного табака, включая сигареты промышленного производства, сигареты и папиросы, скрученные вручную, трубки, набитые табаком, различные типы сигар, кальян (чилиим) и др.
Табачные изделия	Продукты, полностью или частично изготовленные из табачного листа в качестве сырьевого материала, приготовленного таким образом, чтобы использовать для курения, сосания, жевания или нюхания
Употребляющий алкоголь в настоящее время	Лицо, потреблявшее алкоголь как минимум 1 раз в течение последних 30 дней на момент опроса
Физическая активность	Любые движения организма, производимые скелетными мышцами и требующие расхода энергии
Высокоинтенсивная физическая активность	виды деятельности, которые требуют большие физические усилия и вызывает значительное учащение дыхания или пульса
Среднеинтенсивная физическая активность	виды деятельности, которые требуют умеренные физические усилия и вызывают небольшое учащение дыхания или пульса

Выражение благодарности

Лица, принимавшие участие в подготовке отчета

- Худаяров А., первый заместитель министра здравоохранения Республики Узбекистан
- Миразимов Д., начальник Главного управления по организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения
- Тагайалиева Н., консультант Представительства ВОЗ в Узбекистане
- Джабриев Д., исполнительный директор проекта «Здоровье-3»
- Исмаилов С., главный эндокринолог, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии
- Худайбергенов А., главный специалист по гигиене питания Министерства здравоохранения
- Мамутов Р., главный кардиолог, руководитель отдела профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Республиканского специализированного центра кардиологии
- Юлдашев Р., специалист по мониторингу и оценке проекта «Здоровье-3»
- Шукуров Ш., координатор компонента «Укрепление системы профилактики и контроля НИЗ» проекта «Здоровье-3»
- Карабаева Н., консультант по организации работы региональных бюро реализации проекта «Здоровье-3»
- Алиханова Н., старший научный сотрудник лаборатории диабетологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии
- Цой Е., национальный сотрудник по профилактике НИЗ Представительства ВОЗ в Узбекистане
- Атаджанова З., национальный сотрудник по питанию Представительства ВОЗ в Узбекистане.

Организации и лица, принимавшие участие в исследовании

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

- Миразимов Д., начальник Главного управления по организации лечебно-профилактической помощи, председатель Координационного совета
- Одилова Б., главный специалист Главного управления по организации лечебно-профилактической помощи
- Пулатова Г., ведущий специалист Главного управления по организации лечебно-профилактической помощи
- Исмаилов С., главный эндокринолог, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии
- Мамутов Р., главный кардиолог, руководитель отдела профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Республиканского специализированного центра кардиологии
- Худайбергенов А., главный специалист по гигиене питания
- Арипов А., главный специалист по лабораторной службе

Институт Здоровья и медицинской статистики

- Мугалова З., директор
- Алмарданов Ш., координатор исследования STEPS, консультант проекта «Здоровье-3», заведующий отделом сбора и обобщения медико-статистических отчетов
- Задорожная О., консультант по биостатистике проекта «Здоровье-3», специалист по медицинской статистике
- Саидумарова Д., заведующий отделом мониторинга и социологический исследований
- Авлиякулова Ж., ведущий специалист отдела мониторинга и социологический исследований
- Директора региональных филиалов Института Здоровья и медицинской статистики и Центры отобранных районов/городов

Республиканский специализированный центр кардиологии

- Мамараджапова Д., врач отделения аритмии

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии

- Алиханова Н., старший научный сотрудник лаборатории диабетологии
- Каюмова Д., врач отделения диабетической нефропатии и гемодиализа

Ташкентский Институт усовершенствования врачей

- Акилов Х., проректор по учебной работе
- Дурманов Б., заведующий кафедрой Инновационных технологий и финансового менеджмента
- Горбунова И., старший преподаватель кафедры Организации, экономики и управления здравоохранением
- Маматова Н., доцент кафедры Валеология
- Ходжаев З., старший преподаватель кафедры Инновационных технологий и финансового менеджмента

Ташкентская медицинская академия

- Нармухамедова Н., директор учебного центра ВОП
- Инаков Ш., ассистент Школы общественного здравоохранения

Центральное бюро реализации проекта «Здоровье-3»

- Джабриев Д., исполнительный директор
- Абдиманов Б., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Республики Каракалпакстан
- Атабалаев С., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Ферганской области
- Ирисова М., специалист по мониторингу и оценке Национальной программы по фортификации муки
- Кадыров У., финансовый менеджер
- Кодиров Д., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Наманганской области
- Косимов Ю., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Навоийской области
- Мамарахимов З., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Сурхандарьинской области
- Маматхонов Х., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Андижанской области
- Матякубов У., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Хорезмской области
- Мухамедьярова Р., координатор компонента «Совершенствование больничной помощи»
- Нематов Н., специалист по закупке
- Нигматов М., специалист по закупке
- Норматов А., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Джизакской области
- Ортикова Д., консультант по техническому обслуживанию оборудования
- Рахимов С., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Бухарской области
- Саиджанова Л., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» г.Ташкент
- Тилагов Н., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Сырдарьинской области
- Таштемиров И., старший специалист по закупке
- Турсунов Г., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Самаркандской области
- Тухтаназарова Г., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Ташкентской области
- Хакбердиев Ч., директор Регионального бюро реализации проекта «Здоровье-3» Кашкадарьинской области
- Шукуров Ш., координатор компонента «Укрепление системы профилактики и контроля НИЗ»
- Юлдашев Р., специалист по мониторингу и оценке
- Юсупов Б., координатор по полевым работам STEPS

Региональные управления здравоохранения

- Руководители
- Бердикулов Б., заведующий клинико-биохимической лаборатории Областного многопрофильного центра Ташкентской области
- Мемджанова А., главный специалист по лабораторной службе Ферганской области

Учреждения первичной медико-санитарной помощи

- Главные врачи и персонал отобранных учреждений ПМСП

Редакция газеты «O'zbekistonda sog'liqni saqlash - Здравоохранение Узбекистана»

- Соатова И., заместитель главного редактора
- Саматходжаев А., фотограф

Государственный комитет по статистике Республики Узбекистан

- Зокиров У., заместитель начальника Управления статистики уровня жизни и социальной сферы

Всемирная организация здравоохранения

Штаб-квартира ВОЗ в Женеве:

- Guthold Regina, специалист Департамента по профилактике и контролю НИЗ
- Leanne Riley, руководитель Департамента по профилактике и контролю НИЗ
- Melanie Cowan, специалист Департамента по профилактике и контролю НИЗ
- Stefan Savin, эксперт

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения:

- Trudy Wijnhoven, специалист Департамента по контролю питания, физической активности и ожирения

Представительство ВОЗ в Узбекистане

- Елена Цой, национальный сотрудник по профилактике НИЗ
- Зулфия Атаджанова, национальный сотрудник по питанию
- Нигора Тагайалиева, консультант

Всемирный банк

- Susanna Naugaretayan, ведущий специалист по здравоохранению
- Lingzhi Xu - старший специалист по операциям
- Wezi Msisha, старший специалист по здравоохранению

Представительство Всемирного банка в Узбекистане

- Икболжон Ахаджонов, специалист по проектам в социальной сфере
- Татьяна Шин, специалист по проектам в социальной сфере

Социологический центр «Sharh va Tavsiya»

- Якупов С., директор Социологического центра «Sharh va Tavsiya»
- Азимова Н., координатор Социологического центра «Sharh va Tavsiya»

Группа по сбору данных

№	Регионы	Супервайзеры	Интервьюеры	Лаборанты
1	Хорезмская область	Абдуллаева М.	Матмуратов М.	Атаева Ф.
			Саипова Х.	Ходжаева Ф.
			Тошбоев Ш.	
			Халилов О.	
		Каримов К.	Курязов Д.	Машарипова М
		Оллоберганов М.	Нурметова А.	
		Худойберганов А.		
2	Бухарская область	Худайкулыев М	Саидова Н.Д.	Собирова Ф.
			Тоирова М.	Шукурова Р.
3	Джизакская область	Сабилова Д.	Ахунوف З.	Гофурова Ж.
			Каримов С.	Туропова А.
4	Сырдарьинская область	Ахматова Н.	Камбарова М.	Абдуллаева М.
			Назарова Г.	Бердиназарова О.
			Шейхаметова В.	
5	Сурхандарьинская область (г.Термез и Кумкурганский район)	Гадайшаев Б.	Гадайшаев Э.	Курбанова М.
			Мўминова О.	Ортикова Д.
			Юлдашева М.	
6	Сурхандарьинская (Денаусский и Узунский районы)	Гадайшаев Б.	Гадайшаев Э.	Норкобилова М.
			Мусаев Х.	
			Тошева С.	
		Каюмов А.	Алимова Д.	Саидов З.
			Бердимуродова Г.	
	Туропова Д.			
7	Навоийская область	Халилова Г.	Любенченко И.	Балтаева Л.
			Назаров Ф.	Кулканова Г.
			Худайкулов А.	
			Хушвактов А.	
8	Ферганская область	Сабилова Д.	Имомов Б.	Муминова Д.
			Рахмонов Ш.	
			Толипов А.	
		Ахматова Н.	Камбарова М.	Амонова Э.
			Хожиматова Ф.	
			Шейхаметова В.	
		Абдуллаева М.	Тошбоев Ш.	Иргашева Д.
			Халилов О.	
		Гулямова М.	Рахматов А.	Абдураззокова К.
			Усмонов Д.	Абдурахмонова Ш.
Шакаламов З.				
9	Республика Каракалпакстан	Каримов К.	Курязов Д.	Ембергенова О.
			Матмуратов М.	
			Худайберганов А.	
		Абдуллаева М.	Ганиева Т.	Ешмуратова Г.
			Жангабаев А.	Мауленбергенова К.
			Юсупова Г.	Кузгулова А.
		Ахматова Н.	Камбарова М.	Хикимова З.
			Нурниязов Т.	
	Шейхаметова В.			
10	Кашкадарьинская область	Абдуллаева М.	Курязов Д.	Абдулхаев А.
			Матмуратов М.	Кудратов У.
			Худайберганов А.	
		Гадайшаев Б.	Гадайшаев Э.	Ёдгорова Ш.
			Тошева С.	
	Юлдашева М.			

		Каюмов А.	Алимова Д. Бердимуродова Г. Туропова Д.	Очилова О.
11	Самаркандская область	Худайкулиев М.	Аминов Б.	Отамуродова С.
			Махмадиярова Х.	Турдиева З.
			Турсунов С.	Хамрокулова Д.
			Фузайлова С.	
		Шониезова О.		
		Абдуллаева М.	Фузайлова С.	Отамуродова С.
Шониезова О.	Турдиева З.			
Каримов К.	Ахматова Н.	Жаманкулова М.		
	Камбарова М.			
	Махмадиярова Х.			
12	Андижанская область	Гулямова М.	Рахматов А.	Эшонхуджаева О.
			Рахмонов Ш.	
			Усмонов Д.	
		Тошбоев Ш.	Саипова Х.	Дадажанова К.
			Халилов О.	Назарова М.
		Шайбеков С.		Эшонхуджаева О.
			Толипов А.	
			Хожиматова Ф.	
		Шакаламов З.		Назарова М.
13	Ташкентская область	Сабинова Д.	Ахунов З.	Туякова Д.
			Хван А.	
		Шадманова Ф.	Каримов С.	Халимбетова Н.
			Тахтабекова М.	
14	Наманганская область	Гулямова М.	Рахматов А.	Дадаханова Х.
		Каримов К.	Усмонов Д.	Ибрагимова Н.
			Хожиматова Ф.	Пирматова К.
			Шакаламов З.	
15	г. Ташкент	Тошбоев Ш.	Рахмонов Ш.	Бурханова Т.
			Саипова Х.	Жалилов Ё.
			Халилов О.	Халикова М.
		Гадайшаев Б.	Гадайшаев Э.	Аширова Д.
			Тошева С.	Зияева Д.
			Юлдашева М.	Нигматуллаева Ф.
		Худайкулиев М	Махмадиярова Х.	Тулаганова Л.
			Фузайлова С.	Шомирзаева Д.
			Шониезова О.	
		Абдуллаева М.	Алимова Д.	Ачилова Л.
			Бердимуродова Г.	Зияева Д.
			Туропова Д.	Хайдарова М.
		Сабинова Д.	Ахматова Н.	Чалиева З.
			Камбарова М.	Шомирзаева Д.
			Тахтабекова М.	

Список использованной литературы

- ¹ World Health Organization (WHO) Chronic diseases and health promotion. [Last accessed on 2013 Jun]. Available from: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/
- ² 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.
- ³ Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения, Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06, Копенгаген, 11 сентября 2006 г.
- ⁴ Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность», ВОЗ, 2014 г.
- ⁵ Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Исполнительное резюме. ВОЗ, 2011 г.
- ⁶ Глобальный план действий по профилактике и контролю НИЗ. ВОЗ, 2013 г.
- ⁷ WHO STEPS surveillance manual. Part 6: templates and forms. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/chp/steps/Part6.pdf>, accessed 2 June 2014)
- ⁸ Информационный бюллетень ВОЗ №355. Январь 2015 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>)
- ⁹ Building blocks for Tobacco control, A handbook. Geneva, World Health Organization, 2004.
- ¹⁰ He, J.; Vupputuri, S.; Allen, K.; et al. Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease-A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. *New England Journal of Medicine* 1999; 340: 920-926.
- ¹¹ Доклад Совместного секретариата ФАО/ВОЗ о работе Конференции. Вторая Международная конференция по вопросам питания, декабрь 2014 г.
- ¹² Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003.
- ¹³ Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>, accessed 12 June 2014).
- ¹⁴ López-Martínez S(1), Sánchez-López M, Solera-Martínez M, Arias-Palencia N, Fuentes-Chacón RM, Martínez-Vizcaino V. Physical activity, fitness, and metabolic syndrome in young adults. *Int J Sport NutrExercMetab.* 2013 Aug; 23 (4):312-21.
- ¹⁵ WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/1/9789244505144_rus.pdf
- ¹⁶ The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva, 2002.
- ¹⁷ Caetano J, Delgado Alves J, Heart rate and cardiovascular protection, *Eur J InternMed* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.009>
- ¹⁸ Chobanian A V, Bakris G L, Black H R et al. The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure. *Journal of American Medical Association*, 2003; 289(19): 1206-1252.
- ¹⁹ Материалы Региональной конференции ФАО для Азии и Тихого океана. Совещание за круглым столом «Двойное бремя неполноценного питания». Улан-Батор, Монголия, 10-14 марта 2014 года.
- ²⁰ Despres J P. Health consequences of visceral obesity. *Annals of Medicine*, Vol 33, 2001:534-541.
- ²¹ Prevalence of Noncommunicable Disease risk factors in the Republic of Moldova, STEPS 2013. WHO Regional Office for Europe, 2014.
- ²² Georgia STEPS Survey 2010 Fact Sheet.
- ²³ Iran STEPS Survey 2011 Fact Sheet, (www.ncdsurv.behdasht.gov.ir)
- ²⁴ Egypt STEPS Survey 2011-2012 Fact Sheet
- ²⁵ Haj Bakri A and Al-Thani A. Chronic Disease Risk Factor Surveillance: Qatar STEPS Report 2012. The Supreme Council of Health. Qatar. 2013.