

STEPS:

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН, 2019 Г.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион



Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP



УЗБЕКИСТАН

STEPS:

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН, 2019 Г.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион



Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

Аннотация

Одной из главных причин смертности в мире по данным ВОЗ являются НИЗ, к которым относятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические заболевания органов дыхания и сахарный диабет. Выявление наиболее распространенных факторов риска и контроль за распространением НИЗ являются необходимыми условиями для построения соответствующих эффективных стратегий в секторе здравоохранения и планирования мероприятий по предупреждению и профилактике НИЗ среди населения.

В настоящем отчете представлены результаты второго общенационального исследования распространенности основных факторов риска НИЗ среди населения Республики Узбекистан в возрасте 18–69 лет (STEPS-исследование). Результаты проведенной работы позволят составить объективное мнение о текущей ситуации по распространенности факторов риска НИЗ среди взрослого населения страны и в значительной степени будут определять подходы в отношении профилактики НИЗ в Республике Узбекистан на предстоящие годы.

Ключевые слова

Noncommunicable diseases

Risk factors

Uzbekistan

Tobacco

Alcohol drinking

Physical activity

Salt consumption

WHO/EURO:2022-6795-46561-67569

© Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на русском языке «STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки. STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Содержание

Вступительное слово	vi
Выражение признательности	xi
Составители отчета	xvii
Глоссарий	xviii
Резюме	xix
<hr/>	
Введение	1
Неинфекционные заболевания в мире	1
Неинфекционные заболевания в Республике Узбекистан	2
Цель и задачи исследования	4
Цель исследования	4
Задачи исследования	4
Обоснование исследования	4
Методология исследования	5
Дизайн исследования	5
Формирование выборки	6
Метод построения выборки	6
Определение размера выборки	6
Основа выборки	9
Алгоритм формирования выборочной совокупности	9
Этический аспект	11
Процесс сбора данных	12
Период проведения исследования	12
Команда по сбору данных	12
Оборудование для сбора данных	17
Методологическое оснащение команды по сбору данных	17
Тестирование вопросника и предварительное исследование	17
Инструменты исследования по методологии STEPS ВОЗ	18
Сбор данных по кластерам	22
Мониторинг сбора данных	23
Анализ данных	24
Результаты исследования	25
Размер выборки и уровень отклика	25
Социально-демографические показатели	25
Образование	26
Этническая принадлежность	26
Употребление табака	29
Потребление курительного табака	30
Потребление бездымного табака	35

Воздействие вторичного табачного дыма	37
Политика в отношении употребления табака	38
Употребление алкоголя	41
Рацион питания	47
Употребление фруктов и овощей	47
Употребление соли	50
Физическая активность	53
История повышенного артериального давления	61
История повышенного уровня глюкозы в крови	63
История повышенного уровня общего холестерина	65
История сердечно-сосудистых заболеваний	67
Рекомендации по здоровому образу жизни	69
Обследование на рак шейки матки	72
Данные физического осмотра	73
Артериальное давление	73
Частота сердечных сокращений	76
Антропометрические измерения	78
Окружность талии и бедер	79
Среднее соотношение объема талии и бедер	81
Биохимические показатели	83
Уровень глюкозы крови	83
Уровень холестерина и ЛПВП крови	85
Риск сердечно-сосудистых заболеваний и совокупные факторы риска	86
Общие выводы	87
Сравнительный анализ результатов исследования STEPS 2014 г. и 2019 г.	89
Список использованных источников	92

Приложения

STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Веб-приложение 1. Информационный лист фактических данных

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365359>

STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Веб-приложение 2. Информационный лист фактических данных по потреблению табака

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365360>

STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Веб-приложение 3. Вопросник STEPS ВОЗ по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365361>

STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. Веб-приложение 4. Полный сборник данных

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365362>

> Вступительное слово



Амрилло Иноятлов,

Первый заместитель министра здравоохранения Республики Узбекистан

Распространенность и смертность от НИЗ в Республике Узбекистан, как и во всем мире, составляют значительную долю среди основных причин заболеваемости и смертности. В связи с этим они ложатся значительным бременем на экономику страны и негативно влияют на качество жизни человека.

Большинство НИЗ считаются предотвратимыми, поскольку они в основном вызваны модифицируемыми факторами риска. Международный опыт показывает, что соответствующие программы вмешательства для общества и отдельных лиц предотвращают НИЗ. При этом программы вмешательства должны быть подходящими для инфраструктуры каждой страны, реальными и основанными на фактических данных.

Ведущие риски для здоровья, обусловленные образом жизни человека, такие как недостаточное употребление овощей и фруктов, употребление продуктов с высоким содержанием соли, недостаточная физическая активность, употребление табака и алкоголя, повышенный уровень холестерина, повышенное кровяное давление повышают риск развития НИЗ.

Сокращение масштабов НИЗ требует сосредоточения внимания на снижении их факторов риска. Программы вмешательства данных разрабатываются на уровне страны на основе репрезентативных данных для всего населения о выявленных наиболее распространенных факторах риска.

Основываясь на данных первого исследования STEPS ВОЗ, проведенного в 2014 г. проектом «Здоровье-3» Всемирного банка при тесном сотрудничестве с ВОЗ, Правительством Республики Узбекистан были приняты нормативно-правовые документы, направленные на профилактику факторов риска НИЗ, а также улучшение предоставляемых услуг в учреждениях ПМСП и в специализированных медицинских центрах:

- Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 29 августа 2015 г. ПКМ-251 «Об утверждении концепции и комплекса мер по обеспечению здорового питания населения Республики Узбекистан на период 2015-2020 годов»;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 4 апреля 2017 г. ПП-2866 «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы»;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 18 декабря 2018 г. № ПП-4063 «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения»;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 февраля 2019 г. № ПП-4191 «О мерах по совершенствованию системы оказания специализированной фтизиатрической и пульмонологической помощи»;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 19 апреля 2019 г. № ПП-4295 «Об утверждении национальной программы по совершенствованию эндокринологической помощи населению Республики на 2019-2021 годы»;

- Указ Президента Республики Узбекистан от 30 октября 2020 г. УП-6099 «О мерах по широкому внедрению здорового образа жизни и дальнейшему развитию массового спорта»;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 2020 г. № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения»;
- Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 19 ноября 2020 г. ПКМ-735 «О дополнительных мерах по поддержке здорового образа жизни и повышению физической активности населения»;
- Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 28 апреля 2021 г. ПКМ-253 «О мерах по организации деятельности платформы «здоровый образ жизни».

Результатом этого, среди прочего, явилось совершенствование мер по профилактике НИЗ. В рамках мер по обеспечению здорового питания населения были внедрены рыночные механизмы по стимулированию производства и реализации здоровых продуктов питания; ограничению ввоза, производства и реализации продуктов питания с повышенным содержанием жиров, соли и сахара, разработана стратегия ориентирования потребителей по приобретению здоровых продуктов питания. Были пересмотрены рациональные нормы питания для различных половозрастных и профессиональных групп населения на основе современных достижений в области нутрициологии. Усилен контроль за применением пищевых добавок путем модернизации и оснащения испытательных лабораторий современным высокотехнологичным оборудованием, изучен состав применяемых в промышленности пищевых добавок, определены предельно допустимые концентрации пищевых добавок. На пачках табачных изделий размещены медицинские предупреждения в виде изображений.

Правительство Республики Узбекистан уделяет повышенное внимание привлечению институтов гражданского общества к участию в формировании здоровой среды. Так, в декабре 2021 г. Законодательной палатой Олий Мажлиса Республики Узбекистан был одобрен законопроект Республики Узбекистан «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции». В махаллях городов, поселков, кишлаков и аулов создаются условия, способствующие ведению здорового образа жизни, включая строительство и реконструкцию зон и спортивных сооружений для занятий физической культурой и спортом, организацию для различных возрастных групп населения клубов по ведению активного образа жизни на базе общественного движения «Эъзозли аеллар», выделение на предприятиях помещений, оснащенных спортивным инвентарем, для выполнения работниками комплексов производственной гимнастики.

Проводится работа по улучшению качества предоставляемых услуг учреждениями здравоохранения по основным НИЗ, включая внедрение в практику всех учреждений ПМСР республики требований клинических протоколов, стандартов и рекомендаций ВОЗ по артериальной гипертензии, сахарному диабету,

бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, а также осуществление кратких вмешательств с целью формирования по ведению здорового образа жизни (соблюдение правил здорового питания и физической активности, отказ от потребления табака и алкоголя). Разрабатывается и внедряется в практику учреждений ПМСП программное обеспечение по НИЗ, предусматривающее создание профилей здоровья по факторам риска и НИЗ для каждого пациента.

Также по инициативе Правительства в деятельность этих учреждений была внедрена практика ведения мониторинга распространенности основных факторов риска НИЗ среди прикрепленного населения с целью оценки деятельности учреждений и персонала ПМСП. В настоящее время продолжается работа по изысканию возможностей, инструментов и ресурсов для наращивания потенциала учреждений ПМСП в целях улучшения предоставляемых услуг по профилактике НИЗ.

В 2019 г. проектом «Здоровье-3», реализуемым при поддержке Всемирного банка и в тесном сотрудничестве с ВОЗ, проведено второе исследование STEPS по изучению распространенности факторов риска НИЗ среди населения. Методология STEPS подразумевает проведение репрезентативного для населения всей страны исследования и включает опрос для оценки распространенности поведенческих факторов риска, оценку физикальных и биохимических показателей, связанных с риском развития НИЗ, как и в предыдущем исследовании, проведенном в Республике Узбекистан в 2014 г.

Результаты данного исследования позволяют провести сравнение показателей, полученных в ходе реализации первого исследования STEPS Всемирной организации здравоохранения (2014 г.) и оценить эффективность осуществления вышеуказанных государственных программ. Такой сравнительный анализ позволяет извлечь определенные уроки и определить дальнейшие задачи в деле разработки и осуществления эффективных программ вмешательств, направленных на снижение бремени НИЗ в Республике Узбекистан.

Кроме того, результаты исследования будут полезны для планирования и мониторинга скоординированных ответных мер, нацеленных на достижение Целей устойчивого развития ООН до 2030 г., а также сопоставления распространенности факторов риска с показателями зарубежных стран.

Пользуясь возможностью, выражаю благодарность всем, кто внес свой вклад в реализацию этого исследования, которое предоставило ценную информацию для программ профилактики НИЗ и борьбы с ними в нашей стране.

> Вступительное слово

НИЗ распространены во всех регионах и странах мира, во всех возрастных группах и обуславливают основное бремя заболеваемости и смертности в мире. Факторам риска, способствующим развитию НИЗ, подвержены все категории населения, включая детей, взрослых и пожилых людей. Среди факторов риска НИЗ ведущими являются употребление табака и алкоголя, недостаточная физическая активность, нерациональное питание. Результатом недостаточной физической активности и нерационального питания часто является повышенное артериальное давление, повышенное содержание глюкозы и липидов в крови, избыточная масса тела и ожирение. Развитию НИЗ способствуют и такие факторы, как быстрая урбанизация, стресс и старение населения.

В сентябре 2015 г. под эгидой ООН 193 странами была принята Повестка в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая вступила в силу 1 января 2016 г. Она содержит 17 Целей в области устойчивого развития, которые носят комплексный характер и так или иначе связаны со здоровьем населения. Цель 3 Повестки непосредственно связана со здоровьем и сформулирована как «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Мероприятия по ее достижению включают борьбу с НИЗ и их факторами риска, проведение регулярного мониторинга и научных исследований, оценивающих биологические и поведенческие факторы риска заболеваний. Данные обязательства поддержаны всеми странами-участницами в рамках основных приоритетов Европейской программы работы на 2020-2025 г. Европейского регионального бюро ВОЗ.

Политика, проводимая в Республике Узбекистан, в том числе в области здравоохранения, в полной мере привержена осуществлению Повестки 2030 и включает ряд важных шагов к реализации принципа «Здоровье для всех» через обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижение Целей устойчивого развития. Вместе с тем, в Республике Узбекистан НИЗ остаются основной причиной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения. Они обуславливают 85% всех случаев смерти и 76% лет, прожитых с инвалидностью. При этом сердечно-сосудистые заболевания являются причиной более половины случаев смерти, а рак ответственен за 10% всех случаев смерти.

Уровень распространенности факторов риска, способствующих развитию НИЗ, в Республике Узбекистан достаточно высок. Поэтому решение проблем, связанных с НИЗ и распространением их факторов риска, является задачей первостепенной важности для Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и государства в целом.

Создание процесса мониторинга и оценки осуществления мер по профилактике НИЗ и борьбе с ними в стране сопряжено с рядом проблем, связанных с наличием, сопоставимостью и качеством данных. В данном



Лиан Куппенс
Глава Представительства ВОЗ
в Республике Узбекистан

контексте в Республике разработан протокол эпидемиологического мониторинга НИЗ на основе рекомендаций ВОЗ. Совместно с ВОЗ регулярно проводятся выборочные популяционные исследования с применением стандартной международной методологии: HBSC — изучение поведения в области здоровья среди детей школьного возраста; COSI — изучение распространенности ожирения среди детей; GYTS — изучение распространенности употребления табака среди школьников; STEPS — изучение распространенности факторов риска НИЗ среди взрослого населения. Кроме этого, проводятся исследования по изучению распространенности и причин анемии (дефицит железа, витамина В12), йододефицита, дефицита фолиевой кислоты и витамина А; исследование по изучению уровня потребления населением соли.

Региональное бюро ВОЗ стремится повысить доступность и качество информации, связанной с НИЗ, и ориентировать политику здравоохранения в Европе на решение основных проблем здравоохранения и развития в соответствии с Целями устойчивого развития ООН.

Этот отчет является важным шагом в определении исходных данных для оценки распространенности НИЗ и их факторов риска в Республике Узбекистан. Я надеюсь, что эта публикация будет полезна не только для того, чтобы помочь лицам, принимающим решения в Республике Узбекистан для выполнения своих обязательств, но и для спасения жизней граждан, подверженных риску преждевременной смертности от НИЗ.

> Выражение признательности

Настоящее исследование стало возможным благодаря поддержке, содействию и полезному вкладу многих организаций и отдельных лиц.

Выражается благодарность Министерству здравоохранения Российской Федерации за оказание финансовой поддержки для реализации исследований STEPS в Республике Узбекистан, Европейскому региональному бюро ВОЗ, Европейскому офису ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Представительству ВОЗ в Республике Узбекистан за консультативную и техническую поддержку в подготовке, проведении исследований, анализе данных и формировании данного отчета, а также Всемирному банку, Представительству Всемирного банка в Республике Узбекистан, Министерству здравоохранения Республики Узбекистан, Центральному бюро реализации проектов и компании Global Business Services за проявленное лидерство в практической организации этого важного исследования на уровне страны.

Исследование проведено под руководством первого заместителя министра здравоохранения Республики Узбекистан д-ра Баходира Юсупалиева, исполнительного директора ЦБРП Равшана Ишанходжаева, руководителя Программы эпидемиологического надзора за НИЗ Европейского бюро ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними Отдела Страновых программ здравоохранения (Бюро по НИЗ, Москва) д-ра Ivo Rakovac.

Методология и инструменты исследования адаптированы к местным условиям сотрудниками ЦБРП: консультантом Фотимой Мухитдиновой, координатором Шухратом Шукуровым, специалистом по мониторингу и оценке Рустамом Юлдашевым при поддержке национального сотрудника Странового офиса ВОЗ д-ра Елены Цой и руководителем Программы эпидемиологического надзора за НИЗ Европейского бюро ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Отдела Страновых программ здравоохранения (Европейский офис ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Москва) д-ром Ivo Rakovac и командой международных экспертов ВОЗ.

Адаптированная методология, инструменты исследования и отчеты о проведении полевых работ по сбору данных, а также предварительный отчет о результатах исследования рассмотрен и одобрен экспертной комиссией Министерства здравоохранения Республики Узбекистан под руководством председателя, начальника Главного управления организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Фарруха Шарипова в следующем составе: заместитель начальника Главного управления организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Бахром Муминов, начальник Управления организации первичной медико-санитарной помощи Главного управления организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения

Шухрат Алмардонов, заместитель начальника Главного управления науки и учебных заведений Министерства здравоохранения Гульнора Юсупалиева, главный специалист Министерства здравоохранения по эндокринологической службе Феруза Хайдарова, главный специалист Министерства здравоохранения по кардиологии Рефат Мамутов, главный специалист Министерства здравоохранения по гигиене питания Анатолий Худайбергенов, директор Центра поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности населения Барно Одилова, проректор по учебной работе Ташкентского института усовершенствования врачей Мунира Касимова.

Отбор учреждений ПМСП с помощью инструмента ВОЗ был проведен сотрудниками ЦБРП на основании предоставленных данных директоров Региональных бюро реализации проекта «Здоровье-3», а именно: по Республике Каракалпакстан – Табасум Рузметовой, по г.Ташкенту – Лолой Саиджановой, по Андижанской области – Гуломжоном Тешабоевым, по Бухарской области – Салимбой Рахимовой, по Джизакской области – Абдугуломом Норматовым, по Кашкадарьинской области – Чори Хокбердиевым, по Навоийской области – Юнусом Косимовым, по Наманганской области – Дилмуродом Кодировым, по Самаркандской области – Шухратом Бойзаковым, по Сырдарьинской области – Юсуфом Мирхоновым, по Сурхандарьинской области – Зокирой Мамарахимовой, по Ферганской области – Саидмахамадом Атабалаевым, по Хорезмской области – Гайратом Гаиповым, по Ташкентской области – Гулнорой Тухтаназаровой.

Отбор домохозяйств был осуществлен на основе списка домохозяйств, подготовленных патронажными медицинскими сестрами, врачами общей практики, заведующими, главными врачами выбранных учреждений первичной медико-санитарной помощи, координаторами ПМСП медицинских объединений выбранных районов/городов при поддержке директоров региональных бюро реализации проекта «Здоровье-3» и сотрудников ЦБРП.

Обучение супервайзеров, интервьюеров и лаборантов по методологии сбора данных было осуществлено при поддержке ВОЗ, а именно: руководителя Программы эпидемиологического надзора за НИЗ Европейского офиса ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Отдела Страновых программ здравоохранения д-ра Ivo Rakovac, сотрудника Штаб-квартиры ВОЗ д-ра Stefan Savin, международных консультантов ВОЗ - д-ра Enrique Gerardo Loyola Elizondo, д-ра Артема Гиля, национального сотрудника Странового офиса ВОЗ д-ра Елены Цой, а также сотрудников кафедры «Лаборатория клинической диагностики» Ташкентского института усовершенствования врачей, а именно, заведующего кафедрой, профессора Абдумалика Арипова, преподавателя Нодиры Мухамеджановой и сотрудников ЦБРП.

Полевые работы по сбору данных были проведены компанией Global Business Services - под руководством генерального директора Мурода Саттарова, руководителем сбора данных исследования Лали Саттаровой, а также супервайзерами, интервьюерами, лаборантами при поддержке сотрудников ЦБРП и Европейского регионального бюро ВОЗ.

В процессе сбора данных среди домохозяйств активное участие приняли патронажные медицинские сестры, врачи общей практики, заведующие, главные врачи учреждений первичной медико-санитарной помощи, координаторы первичной медико-санитарной помощи медицинских объединений районов/городов, а кроме того директора региональных бюро реализации проекта «Здоровье-3» сопровождали полевые группы, проводили разъяснительную работу в отобранных районах/городах/учреждениях/домохозяйствах, заранее разъясняли цели и задачи проводимого STEPS-исследования, а также перепроверяли адреса, состав и контактные данные домохозяйств и т.д.

Оборудование, расходные материалы и реагенты для исследования были предоставлены со стороны ВОЗ и доставлены при содействии Странового офиса ВОЗ, в частности национального сотрудника д-ра Елены Цой и административного ассистента Хуршиды Сагдуллаевой.

Статистический анализ базы данных, формирование аналитических таблиц был осуществлен специалистом по информационным технологиям компании Global Business Services Шерзодом Хашимовым с помощью программы Epi Info. Последующая сверка, сопоставление и очистка данных в соответствии с методологией STEPS была проведена сотрудниками ЦБРП.

Сверка, анализ данных и подготовка настоящего отчета координировалась следующими консультантами Офиса ВОЗ по НИЗ: Артем Гиль, Андрей Черняк, Наталья Федькина, Сергей Бычков и Лаура Времиш.

Также выражается признательность за дополнительное финансирование, которое было предоставлено за счет средств гранта Правительства Российской Федерации в рамках работы Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офиса по НИЗ).

В заключение выражается благодарность всем участникам, имеющим непосредственное отношение к проведению второго STEPS-исследования в Республике Узбекистан.

Группа исследователей, принимавших участие в сборе данных

№	Регионы	Район/город	Список исследователей, принимавших участие в работе полевых групп		
			Супервайзеры	Интервьюеры	Лаборанты
1	г. Ташкент	Шайхантахурский	1. Мастура Марупова 2. Тимур Икрамов 3. Навруза Тургунова 4. Дилбар Икрамова		Собирова Сайера (43-я СП) Абдурахимова Дурдона (45-я СП)
		Юнусабадский	5. Носыр Муминов 6. Лали Саттарова 7. Азиза Саттарова 8. Хабибулло Мирзаев		Арипова Гулнора (54-я СП) Ганиева Хилола (52-я СП)
		Сергелийский	9. Шерзод Хашимов 10. Ибодатхон Марупова		Аширбаева Малика (12-я СП)
2	Ферганская область	г. Маргилан	1. Мастура Марупова 2. Тимур Икрамов 3. Навруза Тургунова 4. Дилбар Икрамова	1. Зульфия Мадалиева 2. Нигора Муминжоновна 3. Зироат Сатторова 4. Мархабо Расулова	Якубова Мавжуда (2-я СП) Сотволдиева Угиллой (5я -СП)
		г. Фергана	5. Носыр Муминов 6. Хабибулло Мирзаев 7. Шерзод Хашимов	5. Зухра Артикова 6. Дилфуза Вахидова 7. Латофат Юсупова 8. Ибодатхон Марупова	Абдуллаева Муборак (2-я СП) Барзиева Дилдора (3-я СП) Журабоева Мухтарам (5-я СП)
		Багдадский			Бозорбоева Солимахон (ЦРМП) Бахриддинова Муножат (СВП) Алишерова Гулбахор (6-я ССП)
		Дангаринский			Хайдарова Хуршида (СВП «Октепа») Содикова Анора (ЦРМП) Кучкорова Нодира (26-ССП)
		Кувинский			Тургунова Зиеда (ССП)
3	Андижанская область	г. Андижан	1. Мастура Марупова 2. Тимур Икрамов 3. Навруза Тургунова 4. Дилбар Икрамова	1. Зульфия Мадалиева 2. Нигора Муминжоновна 3. Зироат Сатторова 4. Мархабо Расулова	Акбарова Хамида (Филиал 3-й СП) Каноатова Лола (1-я СП) Умарова Гулбахор (5-СП)
		Андижанский	5. Носыр Муминов 6. Хабибулло Мирзаев 7. Шерзод Хашимов	5. Зухра Артикова 6. Дилфуза Вахидова 7. Латофат Юсупова 8. Ибодатхон Марупова	Джумабоева Манзура (ЦРМП)
		Асакинский		9. Икром Бакиров 10. Ильхом Ашуров 11. Жасур Имомкулов 12. Зулхумор Жумаева	Мамаджанова Гулноза (СВП «5-й Тол») Кодирова Угиллой (ЦРМП) Хасанова Мархабо (СВП «Ташлак»)
		Жалакудукский			Гулмирзаева Назокат (ССП)
		Пахтаабадский			
4	Наманганская область	г. Наманган	1. Мастура Марупова 2. Тимур Икрамов 3. Навруза Тургунова 4. Дилбар Икрамова	1. Зухра Артикова 2. Дилфуза Вахидова 3. Зульфия Мадалиева 4. Ибодатхон Марупова	Юлдашова Маъмура (ССП)
		Касансайский			Содикова Азиза (6-я СП)
		Туракурганский			Юлдашова Маъмура (ССП)
		Чартакский			Рахимова Шохиста (51-я ССП)

№	Регионы	Район/город	Список исследователей, принимавших участие в работе полевых групп		
			Супервайзеры	Интервьюеры	Лаборанты
5	Ташкентская область	г.Ангрен	1. Лали Саттарова 2. Хабибулло Мирзаев 3. Шерзод Хашимов 4. Азиза Саттарова		Эргалиева Комуна (2-я СП) Авезова Венера (2-я СП) Хамидова Лайло (1-я СП)
		Бекабадский	5. Навруза Тургунова 6. Мастура Марупова 7. Тимур Икрамов 8. Дилбар Икрамова		
		Зангиотинский	Нурматова Одина (СВП «Хос») Соимкулова Мамура (ЦРМП «Далварзин») Исмоилова Шохиста (ЦРМП «Авангард») Караболаева А. (20-я ССП)		
		Уртачирчикский	Ахмедова Наима (СВП «Узгарич») Махамадалиева Мохинур (16-я СП) Мирзаалимова Севара (54-я ССП) Абдумунинова Марзия (57-я ССП) Турапова Наргиза (СВП «Туйбугуз»)		
6	Сырдарьинская область	Гулистанский	1. Лали Саттарова 2. Хабибулло Мирзаев 3. Шерзод Хашимов 4. Мастура Марупова 5. Навруза Тургунова		Байкараева Мархамат (8-я ССП) Рахмонова Махбуба (ССП «Исломобод») Турдикулова Насиба (9-я ССП)
7	Самаркандская область	Каттакурганский	1. Мастура Марупова 2. Шерзод Хашимов 3. Носыр Муминов 4. Дилбар Икрамова 5. Хабибулло Мирзаев	1. Шакар Салимов 2. Елена Кудрина 3. Насиба Саидова 4. Марупова Ибодат	Мияяссорова Ситора (ЦРМП) Камолова Мехриниса (СВП «Жизмонкоп») Рахмонова Лобар (ЦРМП)
		Булунгурский	6. Тимур Икрамов 7. Навруза Тургунова		Раджапова Ойсара (ЦРМП) Жабборова Дилфуза (СВП «Бешарик») Расулова Гулчехра (1-я ССП)
		Пайарикский			Нуриддинова Гуландом (СВП «Уртасайдов») Нуркосимов Азамат (22-я ССП)
		Самаркандский			Аманкулова Гулрухсор (СВП «Охалик») Облобердиева Наргиза (32-я ССП) Джаллолова Мухаббат (ЦРМП)
		г.Самарканд			Имманкулова Фаргиз (5-я СП) Шохимардонова Парвина (2-я СП) Набиева Зилола (3-я СП)
8	Сурхандарьинская область	Ангарский	1. Тимур Икрамов 2. Хабибулло Мирзаев 3. Навруза Тургунова 4. Ибодатхон Марупова	1. Икром Бакиров 2. Ильхом Ашуров 3. Жасур Имомкулов 4. Зулхумор Жумаева	Тулаганова Дилрабо (ЦРМП) Исмоилова Фотима (ССП «Янгиобод») Хоналиев Джемшид (СВП «Мустакиллик»)
		Денаусский			Бобоев Алишер (ЦРМП) Назарова Мухаббат (21-ССП) Махмудова Сохиба (СВП «Хайробод»)
		Сариосинский			Алиева Розия (69-ССП) Хурсанова Гулсара (Шаргун-поликлиника)
		Шурчинский			Ярманова Робия (ЦРМП) Тогаева Айсор (94-я ССП)

№	Регионы	Район/город	Список исследователей, принимавших участие в работе полевых групп		
			Супервайзеры	Интервьюеры	Лаборанты
9	Кашкадарьинская область	Гузарский	1. Тимур Икрамов 2. Хабибулло Мирзаев 3. Носыр Муминов	1. Икром Бакиров 2. Ильхом Ашууров 3. Жасур Имомкулов 4. Зулхумор Жумаева 5. Зебо Муродова 6. Лазиз Юсупов 7. Зайниддин Калконов 8. Норбобо Нурматов 9. Дильбар Соломова	Гулнора Жонимкулова (43-я ССП) Рахмонова Хулкар (СВП «Ковчин») Холикова Нодира (44-я ССП)
		Каршинский			Тамара Ниезова (ЦРМП) Потима Юсупова (ЦРМП) Шахноза Бектошева (ЦРМП)
		Китабский			Фотима Вайдуллаева (11-я СП) Зухра Усмонова (ЦРМП) Бекзод Жураев (ЦРМП)
		Чиракчинский			Рахимов Улуг (СВП «Хайткул») Мирзаева Нодира (ЦРМП) Ортик Дускориев (61-я ССП)
		Яккабагский			УлбибиТолгаева (ЦРМП) Мадина Сангирова (ССП «Чинабад») Мохира Кодирова (68-я ССП)
10	Бухарская область	Алатский	1. Тимур Икрамов 2. Носыр Муминов 3. Мастура Марупова 4. Шерзод Хашимов 5. Дилбар Икрамова	1. Фаррух Кенжаев 2. Дилором Хаитова 3. Шахло Мирзаева 4. Икром Бакиров 5. Ильхом Ашууров 6. Жасур Имомкулов 7. Зулхумор Жумаева	Патуллаева Гулбахор (СВП) Давлатова Момахол (СВП «Соинкоровул»)
		Жондорский			Гуломова М. (ЦРМП) Мустафокулова Малика (18-я ССП) Гадоева Гулнора (17-я ССП)
		Гиждуванский			Нарзиева Матлюба (60-я ССП) Равшанова Феруза (СВП «Бойхотин») Назарова Анора (СВП «Чугалон»)
11	Навоийская область	Карманинский	1. Мастура Марупова. 2. Шерзод Хашимов. 3. Носыр Муминов. 4. Дилбар Икрамова. 5. Хабибулло Мирзаев		Исмоилова Феруза (ССП)
12	Хорезмская область	Багатский	1. Тимур Икрамов 2. Носыр Муминов 3. Дилбар Икрамова 4. Хабибулло Мирзаев	1. Икром Бакиров 2. Ильхом Ашууров 3. Жасур Имомкулов 4. Зулхумор Жумаева 5. Зебо Муродова 6. Ибодатхон Марупова	Кутлимуродова Мяхрибан (ЦРМП)
		Хазораспский			
		Янгиарикский			
13	Республика Каракалпакстан	г.Нукус	1. Тимур Икрамов 2. Носыр Муминов 3. Дилбар Икрамова	1. Дильбар Нурлелесова 2. Гулбахор Казакова 3. Куяшбек Палваниязов 4. Икром Бакиров 5. Ильхом Ашууров 6. Жасур Имомкулов 7. Зулхумор Жумаева	Кутимова Гулара (3-я СП) Изетова Айдай (5-я СП) Давлетова Жамиля (8-я СП)
		Берунийский			Кутлимуродова Мяхрибан (ЦРМП)
		Турткульский			Кутлимуродова Мяхрибан (ЦРМП)
14	Джизакская область	Зафарабадский	1. Лали Саттарова 2. Хабибулло Мирзаев 3. Мастура Марупова 4. Дилбар Икрамова 5. Ботир Хамидов		Габбарова Хадича (СВП «Бирлик») Якубова Рузи (ЦРМП) Холбаева Мухтасар (12-я ССП)
		Галляаральский	Кипчакова Комила (9-я ССП) Мамарасулова Сайера (СВП «Истикбол») Халилова Маргуба (10-я ССП)		

> Составители отчета

Саттарова Лали – руководитель второго STEPS-исследования в Республике Узбекистан компании Global Business Services.

Ivo Rakovac – руководитель Программы эпидемиологического надзора за НИЗ Европейского офиса ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними Отдела Страновых программ здравоохранения (Офис по НИЗ, Москва).

Елена Цой – национальный сотрудник по профилактике и контролю НИЗ, а также программы «Укрепление систем здравоохранения» Представительства ВОЗ в Республике Узбекистан.

Артем Гиль – консультант Европейского офиса ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними (Офис по НИЗ, Москва).

Барно Одилова – директор Центра поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности населения Министерства здравоохранения.

Шухрат Шукуров – координатор компонента «Укрепление системы профилактики и контроля НИЗ» ЦБРП «Здоровье-3».

Рустам Юлдашев – специалист по мониторингу и оценке ЦБРП «Здоровье-3».

Фотима Мухитдинова – консультант по эпидемиологическому мониторингу НИЗ ЦБРП «Здоровье-3».

> Глоссарий

АД	Артериальное давление
ВЕВ	Вторичная единица выборки
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ГУОЛПП	Главное управление организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения
ДАД	Диастолическое артериальное давление
ДИ	Доверительный интервал
ДХ	Домохозяйство
Исследование STEPS	Пошаговый мониторинг факторов риска
ИМТ	Индекс массы тела
КПК	Карманный персональный компьютер (планшет)
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ЛПВП	Липопротеины высокой плотности
САД	Систолическое артериальное давление
СОТБ	Соотношение охвата талии и бедер
ПАП-тест	Осмотр под микроскопом клеток шейки матки после их окраски красителем Папаниколау
ПЕВ	Первичная единица выборки
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РСНПМЦ эндокринологии	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Е.Х. Туракулова Министерства здравоохранения
ТЕВ	Третичная единица выборки
ЦБРП	Центральное бюро реализации проекта «Здоровье-3» Министерства здравоохранения и Всемирного банка

> Резюме

В Республике Узбекистан в период с июля по сентябрь 2019 г. было проведено исследование по изучению распространенности факторов риска НИЗ, основанное на методологии STEPS ВОЗ, включающей 3 основных этапа: опрос респондентов с целью сбора социально-демографических и поведенческих данных; проведение физикального обследования – измерение роста, веса, артериального давления, частоты пульса – и оценка биохимических показателей для определения уровня глюкозы и холестерина крови натощак.

Исследование было проведено среди взрослого населения страны в возрасте 18–69 лет. Для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки по трем возрастным группам: 18–29 лет, 30–44 года, 45–69 лет с распределением показателей по полу в каждой возрастной группе.

Общий размер выборки составил 4320 респондентов. Общий охват исследованием составил 88,3% от планируемого числа респондентов.

Результаты проведенного исследования показали, что:

- 16,5% взрослого населения страны в настоящее время являются потребителями различных видов табака (курительного и бездымного) и 4,7% – в настоящее время употребляют алкоголь;
- 16% населения страны употребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день, более трети (36,6%) жителей всегда или часто досаливают, или добавляют соленый соус к своей пище перед ее употреблением или непосредственно во время еды, и более трети (36,2%) всегда или часто употребляют переработанные продукты с высоким содержанием соли;
- 26,1% населения страны не соответствуют рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья;
- 19% женщин в возрасте 30–49 лет хотя бы один раз в жизни были обследованы на предмет рака шейки матки;
- Трое из восьми (38%) жителей страны, включая принимающих за последний месяц гипотензивную терапию, имеют повышенное артериальное давление на уровне САД \geq 140 и/или ДАД \geq 90 мм. рт. ст.;
- 56,4% населения страны имеют избыточную массу тела, 23,5% – имеют ожирение. Более половины мужчин (64,4%) и женщин (55,4%) имеют абдоминальное ожирение (СОТБ $>$ 0,90 для мужчин и СОТБ $>$ 0,86 для женщин).
- 8,4% населения страны имеют повышенный уровень глюкозы крови или в настоящее время принимают антидиабетические лекарственные препараты; у 13,5% выявлено нарушение гликемии натощак.

При сравнительном анализе показателей в возрастных группах и распределении по полу выявлено следующее:

- Для мужчин характерными факторами риска являются потребление различных видов табака (курительного и бездымного), алкоголя, повышенное артериальное давление.
- Для женщин характерными факторами риска являются недостаточная физическая активность, избыточный вес, повышенное содержание общего холестерина в крови, отсутствие надлежащего скрининга рака шейки матки.

Результаты проведенного исследования формируют информационную базу для проведения регулярного мониторинга факторов риска НИЗ и оценки достижения Целей устойчивого развития ООН до 2030 г., а также послужат основой для определения приоритетов и эффективного планирования целевых мероприятий по профилактике и контролю НИЗ в Республике Узбекистан.

> Введение

Неинфекционные заболевания в мире

В мире ежегодно от НИЗ умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти. Причем 15 миллионов из них приходится на наиболее активную возрастную группу трудоспособного населения 30–69 лет; более 85% этих «преждевременных» случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем доходов.

В структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, от которых каждый год умирает 17,9 миллионов человек. За ними следуют раковые заболевания (9 млн случаев), болезни органов дыхания (3,9 млн случаев) и диабет (1,6 млн случаев). На эти четыре группы заболеваний приходится 80% всех случаев смерти от НИЗ (1).

Поддающиеся изменению поведенческие факторы риска, такие как употребление табака, недостаточная физическая активность, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя, повышают риск развития НИЗ. Ежегодно умирают от последствий:

- употребления табака более 8 миллионов человек (в том числе от последствий воздействия вторичного табачного дыма);
- чрезмерного потребления соли/натрия – 4,1 миллиона человек;
- употребления алкоголя – 3,3 миллиона человек;
- недостаточного уровня физической активности – 1,6 миллиона человек (2).

Метаболические факторы риска способствуют развитию четырех основных изменений метаболизма, приводящих к повышению риска НИЗ:

- повышенное артериальное давление;
- лишний вес/ожирение;
- гипергликемия (высокое содержание глюкозы в крови);
- гиперлипидемия (высокое содержание липидов в крови).

Первым метаболическим фактором риска смерти от НИЗ во всем мире является повышенное артериальное давление (с которым связано 19% всех случаев смерти в мире) (2), за которым следуют избыточный вес, ожирение и повышенное содержание глюкозы в крови.

Согласно оценкам ВОЗ, по меньшей мере 80% болезней сердца, инсультов и случаев сахарного диабета, а также 40% случаев рака можно было бы предотвратить, устранив основные факторы риска НИЗ (3) с помощью мер государственной политики по сокращению употребления табака и алкоголя, нездорового питания, 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



Ежегодно от НИЗ умирает

41 МИЛЛИОН
ЧЕЛОВЕК

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 четырех основных групп заболеваний в развивающихся странах превысят 7 трлн долл. США за период 2011-2025 гг. В 2010 г. в этих странах годовые потери составили примерно 4% от ВВП. В расчете на одного человека ежегодные убытки составляют в среднем 25 долл. США в странах с низким уровнем дохода (4).

Таким образом, НИЗ выходит на первый план политики ООН. В Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН, принятой 25 сентября 2015 г., борьба с НИЗ и их факторами риска, была признана одной из важнейших глобальных задач и необходимых условий устойчивого развития (5). С принятием данной Резолюции страны-участницы ООН, в том числе и Республика Узбекистан, обязались к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ посредством профилактики и лечения заболеваний, а также укрепления здоровья, в том числе психического здоровья.

Неинфекционные заболевания в Республике Узбекистан

В 2019 г. в Республике Узбекистан НИЗ явились причиной 83,5% (702,8 на 100 тысяч населения) всех случаев смерти в стране¹. В общей структуре причин смерти первое место занимают болезни системы кровообращения – 63,3% (583,2 на 100 тысяч населения), в основном такие, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.). За ними следуют злокачественные новообразования (8,6%, 72,2 на 100 тысяч населения), сахарный диабет (3,8%, 31,9 на 100 тысяч населения), болезни органов дыхания (1,8%, 15,3 на 100 тысяч населения). При этом 35% из них приходится на возраст от 30 до 69 лет (6).

По данным исследования STEPS ВОЗ, проведенного в Республике Узбекистан в 2014 г., факторы риска НИЗ имели высокую распространенность среди населения страны, причем у мужчин распространенность некоторых факторов риска была значительно выше, чем у женщин (7):

- 14,4% взрослого населения и 28,6% мужчин в возрасте 18–69 лет курили ежедневно;
- 18,6% взрослого населения и 30,7% мужчин употребляли алкоголь в течение последнего месяца;
- 67,2% взрослого населения употребляли меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день;
- 16,4% не соответствовали рекомендациям ВОЗ по физической активности;

Более
85%
преждевременных
случаев

смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем доходов

¹ Стандартизованные по полу и возрасту показатели смертности вычислены на основе статистических данных, предоставленных Государственным комитетом по статистике Республики Узбекистан.

- 50,1% имели избыточную массу тела;
- 20,2% имели ожирение;
- 30,8% имели повышенное артериальное давление;
- 9,1% имели повышенный уровень глюкозы в крови;
- 46,3% имели повышенный уровень холестерина в крови;
- 20,2% населения в возрасте 40–64 лет имели 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний выше 30%.

По оценкам ВОЗ, государственные затраты на здравоохранение в части затрат на лечение НИЗ являются лишь «верхушкой айсберга»: скрытые потери для экономики, связанные со снижением производительности труда, превышают их в 3,5 раза и составляют 7,3 трлн сумов. В целом, текущий ущерб, наносимый НИЗ экономике Республики Узбекистан, составляет 9,3 трлн сумов в год, что эквивалентно 4,7% годового валового внутреннего продукта страны [8].

Республика Узбекистан проводит активную политику по борьбе с факторами риска НИЗ, принимая во внимание, что даже небольшое снижение уровня распространенности основных факторов риска значительно снижает заболеваемость и смертность от НИЗ. Воздействию факторов риска НИЗ подвержены абсолютно все категории населения, в связи с чем в стране получил развитие межсекторальный подход к профилактике НИЗ, основанный на совместной работе всех заинтересованных министерств и ведомств, государственных и негосударственных организаций и гражданского общества.

Также проводится последовательная работа по эпидемиологическому мониторингу НИЗ. В 2019 г. проведено второе исследование STEPS ВОЗ, целью которого является получение достоверных данных о распространенности факторов риска НИЗ, совершенствование системы эпидемиологического мониторинга факторов риска НИЗ и развитие здравоохранения в целом, что позволяет оценивать в динамике прогресс в борьбе с НИЗ и их факторами риска.



В общей структуре причин смерти в Республике Узбекистан первое место занимают болезни

**СИСТЕМЫ
кровообращения**

63,3%

> Цель и задачи исследования



**ЦЕЛЬ: ОЦЕНИТЬ
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ОСНОВНЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
(18-69 ЛЕТ)**

Цель исследования

Целью настоящего исследования является изучение распространенности основных факторов риска НИЗ среди взрослого населения Республики Узбекистан в возрасте 18–69 лет.

Задачи исследования

Настоящее исследование было призвано решить следующие задачи:

- Определить распространенность поведенческих факторов риска НИЗ среди взрослого населения в возрасте 18–69 лет (потребление табака, алкоголя, недостаточная физическая активность, нездоровый рацион питания);
- Оценить распространенность биологических факторов риска НИЗ (избыточная масса тела, повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, повышенный уровень глюкозы в крови) среди взрослого населения в возрасте 18–69 лет;
- Провести анализ различий в распространенности факторов риска НИЗ с учетом пола и возраста;
- Провести сравнительный анализ полученных результатов с данными исследования STEPS, проведенного в Республике Узбекистан в 2014 г.

Методом многоступенчатой кластерной выборки было отобрано 4320 респондентов в возрасте 18–69 лет, эквивалентно распределенных по возрасту, полу и регионам Республики Узбекистан, из которых 3816 (88,3%) приняли участие в исследовании.

Обоснование исследования

Государственный комитет по статистике Республики Узбекистан (<https://stat.uz/gu/>) выпускает ряд статистических публикаций, в которых широко представлена информация, характеризующая демографическую ситуацию, занятость, условия труда и уровень жизни населения, а также данные о распространенности основных заболеваний и отдельных факторов риска. Вместе с тем существует необходимость получения комплексных и актуальных данных о факторах риска НИЗ с разбивкой по полу, возрасту и месту проживания для оценки исходной ситуации и своевременного планирования мероприятий по профилактике и борьбе с НИЗ. Эффективным решением данной задачи является методология STEPS-ВОЗ. Проведение исследования в соответствии с методологией ВОЗ обеспечивает сопоставимость и достоверность информации о распространенности факторов риска НИЗ в разных странах мира, а также формирует базу данных, используемую в качестве основного инструмента мониторинга прогресса в борьбе с НИЗ.



4320
респондентов
в возрасте 18–69 лет

> Методология исследования

Дизайн исследования

Исследование по изучению распространенности факторов риска НИЗ в Республике Узбекистан было проведено с использованием стандартной методологии инструмента ВОЗ STEPS. На подготовительном этапе исследования инструмент STEPS был адаптирован к местным условиям.

Все работы по исследованию условно были разделены на 3 основных этапа:

1-й этап – подготовительный – включал ознакомление с методологией; создание координационной и технической группы; формирование репрезентативной выборки исследования; составление плана и бюджета исследования; подготовку перечня и закупку необходимого оборудования; адаптацию стандартного вопросника, специальных форм ВОЗ, их перевод и тиражирование;

2-й этап – сбор данных – включал 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 3 июля по 30 сентября 2019 г;

3-й этап – анализ и интерпретация данных – включал консолидацию и очистку 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.

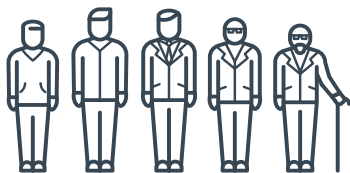
Стандартные методы исследования STEPS состоят из 3 основных шагов, и все они были включены в исследование в Республике Узбекистан.

ШАГ 1 включал проведение опроса отобранного населения с использованием стандартного вопросника STEPS ВОЗ с основными и расширенными модулями по изучению распространенности факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Наряду с социально-демографическими данными, вопросник STEPS ВОЗ позволил получить информацию об образе жизни (вредных привычках, физической активности и привычках питания) и имеющихся НИЗ (гипертония, сахарный диабет) у каждого участника.

В исследование были включены вопросы о потреблении разных видов табачной продукции и алкоголя, о рационе питания (потребление фруктов и овощей, жиров, соли), о физической активности, об истории повышенного артериального давления, диабета, повышенного общего холестерина, о наличии сердечно-сосудистых заболеваний, о полученных советах по



В ИССЛЕДОВАНИИ
ПРИМЕНЯЛСЯ
СТАНДАРТНЫЙ
СТРУКТУРИРОВАННЫЙ
ВОПРОСНИК



Целевая группа
исследования - взрослое
население в возрасте

18-69
лет

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 дополнительный модуль по антитабачной политике государства.

ШАГ 2 представлял собой сбор данных физического осмотра с измерением артериального давления, частоты пульса, роста и веса (для подсчета ИМТ), охвата талии и бедер (для подсчета соотношения охвата талии к охвату бедра).

ШАГ 3 представлял собой лабораторные исследования с определением уровня глюкозы, общего холестерина и ЛПВП в крови натощак.

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

Формирование выборки

Основная цель формирования выборки для исследования STEPS в Республике Узбекистан – это общенациональный характер в части масштаба и охвата, и измеряемые показатели, которые должны отражать ситуацию в стране в целом.

Целевой группой исследования определено взрослое население в возрасте 18–69 лет. Исследуемый контингент был представлен 6 группами с делением на 3 возрастные группы – 18–29 лет, 30–44 года и 45–69 лет, со стратификацией по полу (мужчины и женщины) в каждой возрастной группе.

Метод построения выборки

Для репрезентативной статистической выборки был применен взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки с применением метода случайных чисел. В основу отбора положен территориальный принцип формирования выборочной совокупности.

Вероятностная выборка позволила исключить систематические искажения за счет случайного отбора единиц генеральной совокупности, а также исключить возможность субъективного выбора интервьюером участников исследования. В то же время, достоинством вероятностного метода формирования выборки является возможность распространения результатов выборочного исследования на всю генеральную совокупность.

Определение размера выборки

Размер выборки является одной из наиболее важных характеристик выборки, поскольку от него зависит точность результатов и продолжительность исследования. Общий размер выборки определяется с учетом количества целевых групп, требований в отношении достоверности результатов исследования, а также имеющихся ресурсов для его проведения.

Для расчета размера выборки использовали математическую формулу, рекомендуемую ВОЗ для STEPS-исследования (**Рисунок 1**).

$$n = \frac{t^2 \times \frac{Q \times (1 - Q)}{D^2} \times f}{K}$$

Рисунок 1. Формула расчета размера выборки

В формуле приведены следующие параметры:

n – необходимый размер выборки;

t – коэффициент, определяющий заданный уровень доверительности для измерений показателей обследования;

Q – прогнозируемое значение или ожидаемая распространенность изучаемого показателя;

D – допустимый предел погрешности (предельная ошибка выборки);

f – сокращенный символ для d_{eff} – дизайн-эффект;

K – коэффициент для корректировки размера выборки с целью компенсации неполученных ответов.

При расчете размера выборки были определены значения и сделаны допущения в отношении следующих параметров:

- Уровень доверительности для измерений показателей обследования, определяемый вероятностью получения заданной ошибки выборки;
- Допустимый предел погрешности (требуемый уровень точности оценок), измеряемый с помощью ошибки выборочной оценки, которая позволяет определить предельные значения характеристик генеральной совокупности и их доверительные интервалы;
- Прогнозируемое значение или ожидаемая распространенность (частота встречаемости) в генеральной совокупности изучаемого показателя;
- Дизайн-эффект выборки (d_{eff}), который определяется как соотношение между стандартной ошибкой при используемом методе выборки и стандартной ошибкой, которая была бы получена при использовании простой случайной выборки того же объема;
- Число целевых групп, по которым планируется получить достоверные оценки;
- Возможные потери в количестве отобранных респондентов.

Так, при расчете размера выборки для исследования STEPS в Республике Узбекистан были взяты следующие значения для составляющих компонентов формулы:

- При заданном 95%-ом доверительном уровне достоверности измерений показателей обследования коэффициент t равен 1,96;
- Ожидаемая распространенность изучаемого фактора риска в генеральной совокупности принимается равной 50% ($Q=0,5$);
- Предел допустимых погрешностей (предельная ошибка выборочной оценки) равен 5% ($D=0,05$);
- Величина d_{eff} (дизайн-эффект) для выборок со сложным дизайном составляет 1,5 ($f = 1,5$);

- При ожидаемом количестве отказов (потерь) на уровне 20% коэффициент для корректировки размера выборки (К) равен 0,8.

В результате, объем первоначальной выборки, рассчитанный по формуле, приведенной на рисунке 1, равен 720:

Рисунок 2. Расчет первоначального размера выборки

$$n = \frac{1,96^2 \times \frac{0,5 \times (1 - 0,5)}{0,05^2} \times 1,5}{0,8} = \frac{384 \times 1,5}{0,8} = \frac{576}{0,8} = 720$$

Данный размер начальной выборки обеспечивает необходимое количество лиц в возрасте 18-69 лет для получения надежных оценок по изучаемым в ходе исследования STEPS показателям на национальном уровне для одной группы населения.

В соответствии с планом исследования в Республике Узбекистан были изучены показатели по шести целевым половозрастным группам:

Таблица 1. Исследуемые целевые половозрастные группы

Группа	Пол	Возрастная категория
1.	Мужчины	18 – 29 лет
2.	Женщины	18 – 29 лет
3.	Мужчины	30 – 44 года
4.	Женщины	30 – 44 года
5.	Мужчины	45 – 69 лет
6.	Женщины	45 – 69 лет

Таким образом, для обеспечения репрезентативности данных обследования, как на уровне республики, так и на уровне городской и сельской местности в разрезе половозрастных групп размер выборки необходимо увеличить в шесть раз, по количеству целевых групп как указано в таблице 1. В итоге размер выборки составил:

$$720 \times 6 = 4320$$

Численность населения на 1 октября 2019 г. в Республике Узбекистан составила 33724,9 тысяч человек, в том числе городского населения – 17032,3 тысяч человек, сельского населения – 16692,6 тысяч человек (9). Численность населения по областям и его распределение по месту проживания приведены в **Таблице 2**.



**РАЗМЕР ВЫБОРКИ
РАССЧИТЫВАЛСЯ ПО
ФОРМУЛЕ С УЧЕТОМ
ОЦЕНОЧНЫХ ДАННЫХ О
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ФАКТОРОВ РИСКА
НИЗ В РЕСПУБЛИКЕ
УЗБЕКИСТАН**

№	Регион	Численность населения, тысяч человек			В процентах к итогу		
		Всего	в том числе		Всего	в том числе	
			Городская местность	Сельская местность		Городская местность	Сельская местность
1.	Республика Каракалпакстан	1889,9	926,9	963	100	49,0%	51,0%
2.	Андижанская	3110,1	1625,3	1484,8	100	52,3%	47,7%
3.	Бухарская	1916	707,4	1208,6	100	36,9%	63,1%
4.	Джизакская	1374,5	644,4	730,1	100	46,9%	53,1%
5.	Кашкадарьинская	3261,4	1403,3	1858,1	100	43,0%	57,0%
6.	Навоийская	992,5	483,3	509,2	100	48,7%	51,3%
7.	Наманганская	2795,7	1805,7	990	100	64,6%	35,4%
8.	Самаркандская	3857	1432,5	2424,5	100	37,1%	62,9%
9.	Сурхандарьинская	2612,4	923,4	1689	100	35,3%	64,7%
10.	Сырдарьинская	841,8	359,5	482,3	100	42,7%	57,3%
11.	Ташкентская	2929,9	1441,8	1488,1	100	49,2%	50,8%
12.	Ферганская	3733,1	2108,3	1624,8	100	56,5%	43,5%
13.	Хорезмская	1856,4	616,3	1240,1	100	33,2%	66,8%
14.	г. Ташкент	2554,2	2554,2	-	100	100,0%	-
Республика Узбекистан		33724,9	17032,3	16692,6	100	50,5%	49,5%

По данным Государственного комитета по статистике, в численности населения незначительно преобладают городские жители: из общей численности населения они составляют 50,5%. По регионам доля городского населения колеблется от 33,2% в Хорезмской области до 64,6% в Наманганской области. Для получения достоверных результатов на уровне страны была использована процедура статистического взвешивания.

Таблица 2. Численность населения Республики Узбекистан, в тысячах (на 1 октября 2019 г.)

Основа выборки

Основа для построения выборки представляет собой набор данных и материалов, из которых осуществляется отбор элементов выборки для проведения обследования. Оптимальная основа для построения выборки должна быть полной, точной и актуальной.

В связи с этим для исследования была выбрана иерархическая совокупность участков, сгруппированных по территориальному признаку и объединенных в «сходы граждан» («махалли»), официально утвержденная Правительством Республики Узбекистан.

Алгоритм формирования выборочной совокупности

Алгоритм формирования выборки для исследования STEPS предусматривает использование процедуры построения стратифицированной многоэтапной

выборки. Отбор статистически репрезентативной случайной выборки был выполнен с применением инструментов, разработанных ВОЗ (Sapmting.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 12 областей была получена из Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан. На момент отбора (к 1 января 2018 г.) в стране существовало 200 административно-территориальных единиц (10). С помощью специального инструмента STEPSsampling.xls (в формате Excel), методом случайных чисел с вероятностью отбора, пропорционального размеру населения в каждой административно-территориальной единице, из 200 городов и районов было отобрано 50 ПЕВ.

- **Отбор вторичной единицы выборки – махалли**

В качестве вторичной единицы выборки (ВЕВ) служили махалли, являющиеся административно-территориальной единицей. В связи с финансовыми ограничениями для проведения исследования из каждого района/города с помощью данного инструмента (STEPS sampling.xls.) были отобраны по три махалли. Всего были отобраны 150 махаллей. Для выборки ВЕВ из Республиканского совета по координации деятельности органов самоуправления граждан был получен реестр махаллей с указанием численности проживающего населения (11). На момент отбора таких махаллей было 8984.

Далее из каждого отобранного ПЕВ с помощью специального инструмента STEPSsampling.xls были отобраны по 3 ВЕВ (махалли) методом случайных чисел и с вероятностью, пропорциональной численности обслуживаемого населения в каждом учреждении.

- **Отбор третичной единицы выборки – домохозяйств**

В качестве третичной единицы выборки (ТЕВ) служили ДХ. ДХ – это группа лиц, которые совместно проживают в жилом помещении, обеспечивают себя всем необходимым для жизни, ведут общее хозяйство, полностью или частично объединяя и расходуя свои средства, либо одно лицо, живущее самостоятельно и обеспечивающее себя всем необходимым для жизни.

Отбор ДХ осуществлен в пределах каждого отобранного участка – «махалли». Основой для отбора служил перечень частных ДХ, имеющих в своем составе лиц в возрасте 18–69 лет, с указанием адресов жилых квартир и домовладений. Данный перечень был получен из махаллинских сходов граждан или учреждений ПМСП. Из полученного списка домохозяйств в каждой отобранной «махалле» с помощью инструмента Randhold.xls был произведен отбор фиксированного количества ДХ, равного 28,8:

$$\text{Размер домохозяйств} = \frac{4320}{150} = 28,80$$

Таким образом, по республике было отобрано 4320 домохозяйств.

Дальнейший отбор осуществлялся в ходе полевых работ. В каждом домохозяйстве случайным образом приложением «STEPS», установленном на планшетном персональном компьютере (производитель Samsung Galaxy Tab4 с операционной системой Android, модель SM-T231NYKASER, Вьетнам) производился отбор одного респондента из общего числа членов отобранного ДХ в возрасте 18-69 лет, постоянно или временно проживающих по данному адресу. Однако, в исследование изначально не включались лица, постоянно проживающие в данном домохозяйстве, доступ к которым был практически невозможен в связи с отсутствием этих членов семьи в течение периода проведения всего исследования, т.е. в течение трех месяцев. В частности, это лица, проживающие в военных гарнизонах, общежитиях милиции и других специальных служб, а также 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 изначально не включались недееспособные члены ДХ.

Этический аспект

Проведение второго исследования по методологии STEPS B03 было рассмотрено и одобрено экспертной комиссией Министерства здравоохранения, [12] а также Этическим комитетом Министерства здравоохранения [13].

При проведении опроса исследователи руководствовались принципами конфиденциальности, этическими нормами и уважением к участнику опроса. Перед началом проведения опроса каждый респондент подписывал формы согласия на проведение анкетирования и физических измерений, а также подписывал форму согласия на проведение биохимического исследования, т. е. от каждого участника опроса были получены два информированных согласия: одно для шагов 1 и 2, второе – на Шаг 3.

Для обеспечения конфиденциальности данных каждому домохозяйству / респонденту ЦБРП был присвоен свой 7-значный персональный идентификационный номер. Современная методология исследования STEPS B03 позволяет присвоить специальный QR-код, который в свою очередь позволяет совместить данные Шага 1 и Шага 2 с результатами Шага 3. С этой целью, исследователям были предоставлены QR-коды в количестве 4950 штук. Таким образом, в сформированных онлайн-базах данных на платформе STEPS B03 были использованы только QR-коды респондентов; никакая личная информация не использовалась для анализа и не передавалась сторонним лицам.



Размер
**ДОМОХОЗЯЙСТВ
СОСТАВИЛ
28,8**



ИССЛЕДОВАНИЕ
ПРОВОДИЛОСЬ С
3 ИЮЛЯ **ПО 30**
СЕНТЯБРЯ 2019 Г.

Процесс сбора данных

Период проведения исследования

С 03 июля по 30 сентября 2019 г. группой исследователей были проведены полевые работы. Сбор данных был осуществлен с помощью планшетных компьютеров на операционной системе Android (модель: Samsung Galaxy Tab4 Android, Quad-core 1.2 GHz, 7.0 дюймов, производитель: Самсунг/Samsung, Вьетнам) в который включен вопросник, данные физических измерений участников опроса и сбора крови для проведения биохимического анализа.

Команда по сбору данных

Для проведения полевых работ были сформированы полевые группы в составе координатора, интервьюеров и лаборантов. Всего было сформировано восемь групп.

Руководитель и координатор полевых групп

Руководитель и координатор полевых групп непосредственно:

- Руководили процессом сбора данных
- Вели коммуникацию с представителями областных и районных подразделений Министерства здравоохранения
- Составляли графики полевых работ для конкретного района, области или города
- Определяли составы полевых групп для конкретного района, области или города
- Составляли сроки проведения исследования для каждой полевой группы
- Ввели учет оборудования и расходных материалов, предоставленных полевым группам
- Проверяли полноту списков домохозяйств, подлежащих участию в исследовании, а также наличие контактных телефонов и адресов
- Разрабатывали инструкции для интервьюеров и супервайзеров по проведению всех шагов сбора данных
- Осуществляли мониторинг полноты данных, поступающих в онлайн-базу данных на платформу: www.opa.io
- Осуществляли мониторинг географического охвата, координировали работу полевых групп и супервайзеров на территории, вверенной им для проведения исследования
- Консультировали по различным вопросам, возникающим у интервьюеров и супервайзеров в ходе сбора данных.

Супервайзеры

В исследовании приняли участие 8 супервайзеров, которые выполняли следующие обязанности:

- Вести учет наличия и состава полевых групп
- Убедиться, что все полевые группы прибыли к месту проведения опросов, т.е. в конкретную махаллю
- Осуществлять визиты в поликлиники, обслуживающие территорию, входящую в исследование.

Такие визиты супервайзеров способствовали налаживанию взаимопонимания в отношении целей и задач исследования STEPS ВОЗ, а также работ, проводимых полевыми группами. Установление хороших связей с ПМСП были необходимы, чтобы заручиться их поддержкой для информирования населения о проводимом исследовании и оказания содействия в поиске конкретных домохозяйств и членов их семей, попавших в выборку исследования. Необходимо отметить важную роль медицинских патронажных сестер, которые владели информацией по каждому домохозяйству и способствовали эффективной коммуникации с представителями домохозяйства.

- Убедиться, что интервьюеры:
 - 1) Изучили весь опросник
 - 2) Понимают каждый вопрос и ответ опросника
 - 3) Понимают все картинки и ответы, представленные в карточках с ответами
 - 4) Смогут, при необходимости, объяснить респонденту смысл вопросов и ответов, представленных в опроснике.
- Проверять наличие форм согласия респондента для участия в исследовании у каждого интервьюера в достаточном количестве перед началом работ в каждой конкретной махалле.
- Осуществлять ежедневный мониторинг процесса обеспечения полноты и качества сбора данных интервьюерами:
 - 1) Ежедневно супервайзер проверял планшетные компьютеры интервьюеров на количество обследованных домохозяйств и проведенных интервью, а также проверял все ли этапы исследования были проведены интервьюером в отношении конкретного респондента.
 - 2) Супервайзер осуществлял мониторинг наличия и использования интервьюерами карточек с ответами в ходе проведения сбора данных.
- Осуществлять ежедневный анализ списков обследованных домохозяйств на предмет:
 - 1) Количества домохозяйств, принявших участие в исследовании
 - 2) Количества домохозяйств, отказавшихся принимать участие в исследовании по тем или иным причинам
 - 3) Количества отсутствующих домохозяйств.

По завершении работ в каждой конкретной махалле супервайзером предоставлялся краткий отчет Полевому координатору о потерях, их причинах и другая информация, требующая внимания Полевого координатора или Руководителя исследования.

- Оказывать содействие интервьюерам в сборе данных – предоставление разъяснений по опроснику или другим инструментам исследования STEPS ВОЗ.
- Вести учет вверенного ему оборудования для сбора данных по всем этапам работ:
 - 1) Контроль наличия планшетных компьютеров у всех интервьюеров, а также наличия оборудования для проведения физикальных и антропометрических измерений – тонометров, электронных весов, ростометров, измерительных лент, запасного комплекта батарей и зарядных устройств к тонометру и весам
 - 2) Контроль наличия QR-кодов у каждого интервьюера перед началом проведения исследования, а также подсчет неиспользованных QR-кодов после завершения обследования.
- Обучение интервьюеров сбору данных в рамках работ по Шагу 1 и Шагу 2:

Супервайзерами, совместно с координатором ЦБРП, было проведено повторное обучение для интервьюеров на местах с целью укрепления их знаний, полученных на тренинге, проведенном экспертами ВОЗ 24–28 июня 2019 г., а также с целью улучшения качества сбора данных. Повторное обучение интервьюеров проводилось до начала процесса по сбору данных в Самаркандской, Сурхандарьинской, Кашкардарьинской, Бухарской, Хорезмской областях и Республике Каракалпакстан.
- Обучение лаборантов работе с биохимическим анализатором:

Супервайзер совместно лаборантом, обученным экспертами ВОЗ в г. Ташкенте, проводил обучение, как правильно осуществлять забор крови и анализировать кровь с помощью биохимического анализатора. Всего было проведено 42 дополнительные сессии обучения лаборантов по всей стране.
- Осуществление мониторинга работы лаборанта по забору капиллярной крови и анализу на биохимическом анализаторе:
 - 1) Контроль соблюдения лаборантами гигиенического режима, использования ими одноразовых перчаток, спиртовых салфеток и утилизации использованного материала в специальные боксы
 - 2) Контроль предоставления лаборантами подробных разъяснений по каждому проводимому ими действию в отношении Шага 3 каждому респонденту
 - 3) Оказание содействия в регистрации респондентов, согласившихся принять участие в Шаге 3
 - 4) Проверка полноты заполнения «Формы обратной связи по Шагу 3» для каждого респондента
 - 5) Внесение в планшет результатов Шага 3.
- Выгрузка данных (результаты всех шагов) в онлайн платформу ВОЗ – www.opa.io.
- Контроль правильного заполнения специальных форм исследования

(напр., форма регистрации интервью, форма регистрации проведения биохимических анализов)

- Содействие в урегулировании всех возможных проблем, с которыми могли столкнуться интервьюеры и/или лаборанты в ходе проведения сбора данных.

Интервьюеры

В исследовании приняли участие 28 интервьюеров, в состав которых вошли интервьюеры как мужского, так и женского пола. Интервьюеры работали в сформированных командах и в заданных районах. Каждому интервьюеру и супервайзеру присваивался идентификационный номер, который далее вписывался в формы сбора данных и в Форму регистрации интервью. В задачи интервьюеров входило непосредственное проведение опроса по Шагу 1 и проведение физикальных и антропометрических измерений респондентов по Шагу 2 согласно методологии STEPS B03.

Для выполнения шагов 1 и 2 исследования STEPS, интервьюеры посещали домохозяйства из утвержденного списка. В каждом новом домохозяйстве интервьюер вносил в планшет запись о домохозяйстве в приложение STEPS, путем добавления номера контактного телефона или каких-либо комментариев, относящихся к этому домохозяйству. Далее, во вкладке «Добавить нового члена» интервьюеры вносили данные обо всех членах домохозяйства в требуемой возрастной категории, проживающих на момент визита интервьюера. Записи о новом домохозяйстве или его членах создавались независимо от количества проживающих в нем респондентов в требуемой возрастной категории, т. е. домохозяйство регистрировалось в планшете, даже если только один член домохозяйства соответствовал критериям участия в исследовании.

Интервьюеры руководствовались следующими критериями перед тем, как вносить следующего члена домохозяйства в качестве участника исследования:

- Члены домохозяйства должны:
 - быть в возрасте от 18 до 69 лет;
 - постоянно или временно проживать по данному адресу;
 - быть доступными в период сбора данных.

К критериям исключения членов домохозяйства из исследования относили следующие:

- Лица, отсутствующие в период сбора данных, например:
 - студенты, проходящие обучение в другом городе;
 - лица, находящиеся в долгосрочных командировках или в отъезде;
 - лица, проживающие в военных гарнизонах, общежитиях милиции и других специальных служб;
 - лица, находящиеся в стационарах, санаториях, пенитенциарных учреждениях, домах престарелых, интернатах и аналогичных учреждениях.



В исследовании
участвовали

28
интервьюеров



Окончательный размер
выборки в исследовании
составил

3816
человек

- Лица, которые не в состоянии дать согласие:
 - имеют физические и умственные отклонения;
 - не имеют возможности общения;
 - не могут пропустить работу;
 - отказываются от участия в исследовании;
 - отказываются участвовать в Шаге 3 (напр., из-за боязни инъекций или по другим причинам - культурным и/или религиозным убеждениям - предпочитает не сдавать кровь).

После внесения данных обо всех членах домохозяйства в планшет, приложение STEPS через вкладку «Выбрать участника» само отбирало случайным образом участника исследования по шагам 1 и 2. Далее интервьюер подробно рассказывал респонденту о целях и задачах исследования, о процессе сбора данных, и в конце предлагал подписать форму согласия на участие в исследовании, при этом информируя каждого участника о том, что его конфиденциальность будет обеспечена благодаря использованию QR-кода, вносимого в планшетный компьютер.

Интервьюеры осуществляли повторные визиты в домохозяйства при отсутствии членов домохозяйства при их первом визите. В этом случае они оставляли форму «Оповещение о визите» и возвращались во второй раз в данное домохозяйство. Попытки установить контакт предпринимались таким образом, чтобы стать заметными для домохозяйства, поэтому участники полевых групп посещали домохозяйства в сопровождении патронажных медсестер или представителей махаллинского комитета.

Каждый визит интервьюеров регистрировался в планшете в качестве интервью и в Форме регистрации интервью с документированием времени визита, пола и возраста респондента. В случае отказа от интервью выбранный член домохозяйства также регистрировался в компьютерном планшете и в Форме регистрации интервью с указанием «отказ от интервью».

Лаборанты

В группу сбора данных по Шагу 3 вошли лаборанты, работающие в ПМСП, которые обслуживают выбранные для обследования конкретные участки, на которых проживает население из выборки. Вовлеченные в исследование лаборанты прошли обучение по реализации Шага 3 в рамках семинара, проводимого экспертами ВОЗ в период 22–24 июня 2019 г., либо супервайзерами на местах сбора данных по Шагу 3. Для сбора данных лаборанты были оснащены комплектом биохимического анализатора и необходимыми расходными материалами. Общее количество лаборантов, привлеченных для проведения Шага 3, составило 105 человек.

Сбор данных по Шагу 3 обычно проводился совместно для всех участников, которые накануне прошли шаги 1 и 2 и дали согласие на участие в Шаге 3, в близлежащем медицинском учреждении (семейная поликлиника или сельский врачебный пункт) или махаллинском комитете. Перед забором и анализом крови на биохимические показатели респонденту предлагалось подписать Форму «Информированное согласие участника для Шага 3», после чего



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ
СБОРА ДАННЫХ -
ПЛАНШЕТНЫЙ
КОМПЬЮТЕР

респондент регистрировался лаборантом в Форме регистрации проведения биохимических анализов (Шаг 3) и далее проводилось биохимическое исследование крови респондента.

В исследование не допускались лица, не соблюдавшие правила голодания – лаборант и/или присутствующий супервайзер уточняли у каждого респондента, придерживался ли он диеты накануне и пришел ли он натощак для анализа крови. Уточняющие ответы вносились в планшетный компьютер под QR-кодом респондента.

После завершения сбора данных по Шагу 3, для информирования участника о его биохимических показателях, лаборант заполнял Форму «Информационная карта участника» с указанием уровня глюкозы в крови натощак, общего уровня холестерина в крови и ЛПВП, которая выдавалась на руки участнику.

Оборудование для сбора данных

Все интервьюеры были обеспечены оборудованием, необходимым для сбора данных. Оборудование было предоставлено ВОЗ во временное пользование на срок проведения STEPS-исследования. Таким образом, все интервьюеры были оснащены планшетными компьютерами с SIM-картами с возможностью подключения к сети Интернет для загрузки данных и определенным количеством QR-кодов для сбора данных по Шагу 1, а также комплектом оборудования для сбора данных по Шагу 2 – тонометр, электронные весы, ростомер и измерительная сантиметровая лента.

Данное оборудование предоставляется всем странам, которые проводят исследование STEPS ВОЗ, для унификации полученных результатов. Кроме того, с целью проведения биохимических исследований были закуплены расходные материалы (пипетки, салфетки, тест-панели, контейнеры, перчатки, медицинская вата, одноразовые контейнеры для сбора острых инструментов и др.), которые были распределены пропорционально по региональным группам.

Методологическое оснащение команды по сбору данных

Всем интервьюерам было предоставлено полное руководство по методологии сбора данных для интервьюеров, карточки возможных ответов и краткая инструкция по сбору данных по Шагу 1 и Шагу 2.

Тестирование вопросника и предварительное исследование

Тестирование вопросника STEPS проводилось в рамках тренинга по сбору данных, проведенного в период 24–28 июня 2019 г., при этом использовались две языковые версии анкет – на русском и узбекском языках. Тестирование вопросника и предварительное исследование STEPS ВОЗ были проведены в г. Ташкент в махалле «Олмачи» Мирзо-Улугбекского района на 30 домохозяйствах, отобранных случайным образом. Продолжительность тестирования составила 2 дня. В процессе тестирования были апробированы инструменты по всем

трем шагам исследования, включая измерение физических данных и определение биохимических показателей. Биохимический анализ крови был проведен в ближайшем учреждении ПМСП.

Предварительное исследование было направлено на оценку навыков интервьюеров, полученных в ходе тренинга в отношении проведения непосредственного опроса, использования планшетного компьютера и применения оборудования при выполнении физических измерений.

Инструменты исследования по методологии STEPS B03

Анкета (инструмент STEPS B03), содержащая основной и расширенные модули, была переведена с английского на русский и узбекский языки с целью адаптации ряда вопросов к условиям Республики Узбекистан, а затем переведена обратно на английский язык, рассмотрена и утверждена специалистами B03 для использования при сборе данных в Республике Узбекистан. Инструмент STEPS B03 для изучения распространенности факторов риска НИЗ, адаптированный к местным условиям, использованный в Республике Узбекистан, представлен в Приложении 3.

ШАГ 1. Вопросник

Вопросник Инструмента STEPS B03 был размещен в планшетном компьютере, в котором вопросы были организованы по следующим разделам:

- 1) Общая информация.
- 2) Социально-демографический статус респондента.
- 3) Поведенческие предпочтения респондента в отношении следующих факторов риска НИЗ:

- Употребление табака

Употребление табака оценивалось с точки зрения текущего и предыдущего статуса курения, длительности курения, количества потребляемого табака, употребления бездымного табака, а также пассивного курения. Во время опроса использовались демонстрационные карточки с изображением часто используемых табачных изделий.

- Употребление алкоголя

Потребление алкоголя было оценено в пересчете на стандартные порции. Стандартная порция алкоголя обычно составляет 10 г безводного этанола, в зависимости от страны. Она эквивалентна одному стандартному алкогольному напитку: обычному пиву (285 мл), порции крепкого алкоголя (30 мл), бокалу вина среднего размера (120 мл) или порции аперитива (60 мл). Интервьюеры использовали демонстрационные карточки с изображением часто употребляемых алкогольных напитков в виде стандартных порций (бутылка пива, бокал вина, рюмка водки и др.).

Незарегистрированный алкоголь оценивали по употреблению следующих разновидностей алкоголя: спиртные напитки домашнего

приготовления (например, самогон, брага); пиво или вино домашнего приготовления (например, домашнее пиво, фруктовое вино); алкоголь, привезенный из-за границы/из другой страны; алкоголь, не предназначенный для употребления внутрь (например, алкоголь содержащие лекарственные средства, парфюмерные изделия); другие виды спиртных напитков, не облагаемые акцизным налогом в стране (например, поддельные, фальсифицированные алкогольные напитки, неучтенная водка).

Эпизодическое потребление алкоголя в больших разовых количествах оценивалось по употреблению 6 (шести) и более стандартных порций алкоголя за один случай употребления алкоголя..

- Рацион питания

Для оценки поведенческих привычек в отношении рациона питания, респондентам были заданы вопросы о частоте и среднем количестве потребления овощей и фруктов, видах жиров, используемых для приготовления пищи, количестве приемов пищи вне дома за неделю, а также о ежедневно потребляемом количестве соли.

Потребление овощей и фруктов оценивалось в пересчете на стандартные порции. За одну стандартную порцию было принято количество овощей или фруктов весом в 80 грамм. Во время опроса интервьюеры использовали демонстрационные карточки ответов, которые помогали респонденту понять смысл задаваемых вопросов и предлагаемых ответов «о типичном ежедневном потреблении фруктов и овощей».

Потребление жиров оценивалось путем опроса респондентов о видах жиров и масел, наиболее часто используемых для приготовления пищи.

Ежедневно потребляемое количество соли оценивалось с помощью вопросов о частоте потребления соли или соленых соусов во время приготовления и приема пищи. Кроме того, оценка ежедневного потребления соли производилась по частоте употребления полуфабрикатов с высоким содержанием соли. Респондентов также опрашивали на предмет того, как они оценивают количество употребляемой ими соли, и связывают ли они это с проблемами своего здоровья.

- Физическая активность

Физическая активность оценивалась по интенсивности, продолжительности и частоте физической активности на работе, во время передвижений и на досуге. В ходе опроса респондентов просили уточнить общее количество дней, часов и минут их физической активности на работе, досуге и в процессе передвижений.

Анализ уровня физической активности проводился в соответствии с рекомендациями ВОЗ, согласно которым население делится на три группы: (1) с высоким, (2) умеренным и (3) низким уровнем физической активности в соответствии с интенсивностью и общим временем, затраченным ими на физическую активность в день на работу, передвижения и досуг.

В соответствии с общими рекомендациями ВОЗ, оптимальная для здоровья физическая активность на протяжении обычной недели у взрослых должна включать следующее минимальное количество упражнений (учитывая активность на работе, при передвижении и во время досуга): (а) 150 минут физической активности средней интенсивности; или (б) 75 минут физической активности высокой интенсивности; или (в) смешанной активности по физической интенсивности, составляющей как минимум 600 МЕТ-минут.

4) НИЗ и связанные с ними факторы риска

Специальные вопросы анкеты были посвящены выяснению наличия у респондента сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, повышенного артериального давления и повышенного уровня холестерина в крови. Интервьюер получал информацию от респондента, основанную на его предыдущих обследованиях лечащим врачом или другим медицинским работником. Участники опроса также отвечали на вопросы, связанные с приемом лекарственных средств по данным заболеваниям.

5) Получение респондентами советов по здоровому образу жизни от медицинских работников:

Респонденты были опрошены на предмет того, давал ли им врач или другой медицинский работник в течение последних трех лет советы по здоровому образу жизни и рекомендации по уменьшению факторов риска НИЗ.

6) Проведение обследования на выявление рака шейки матки (для женщин):

Оценка показателя профилактики рака шейки матки проводилась путем опроса женщин на предмет прохождения скрининга на рак шейки матки, ПАП-тест и/или тест на вирус папилломы человека. Эти методы важны для дифференциального диагноза злокачественных, доброкачественных, предраковых и воспалительных поражений шейки матки.

ШАГ 2. Физическое и антропометрическое обследование

На втором этапе полевого исследования были собраны данные об артериальном давлении, частоте сердечных сокращений, массе тела, росте, окружности (охвате) талии и бедер у всех участников опроса, за исключением беременных женщин, согласившихся принять участие в Шаге 2.

Артериальное давление и показатели частоты сердечного ритма снимались у респондентов трижды на левой руке в сидячей позе с использованием тонометра (производитель Bosch + Sohn Medicus UNO, Германия) с универсальной манжетой и автоматическим мониторингом сердечного ритма и артериального давления, при условии соблюдения респондентом 15-минутного отдыха. Измерение проводилось с 3-х минутным перерывом между измерениями, при этом респонденту сообщался результат только последнего измерения артериального давления.

Для дальнейшего анализа принималось среднее значение из второго и третьего измерений артериального давления. Частота сердечных сокращений регистрировалась вместе с данными измерений артериального давления в ходе каждого из трех измерений.

Факт наличия у респондента повышенного артериального давления констатировался в случае, если:

- Результаты САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.
- Респондент принимал лекарства, снижающие АД, на момент проведения обследования (14).

В группе респондентов, принимающих лекарственные средства с целью контроля артериального давления, выделялись следующие подгруппы:

- Респонденты, принимающие лекарства при САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.
- Респонденты, принимающие лекарства при САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.

Вес определялся в килограммах с помощью электронных настольных весов (SECA GmbH & co.kg Medical Measuring Systems and Scales, Германия, Китай), а рост измерялся в сантиметрах с помощью механического переносного ростомера (SECA GmbH & co.kg Medical Measuring Systems and Scales, Германия, Китай).

ИМТ рассчитывался приложением «STEPS» автоматически после внесения данных измерения роста и массы тела в планшетный компьютер. ИМТ определяли, как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м²):

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

При оценке данных принимали значение ИМТ ≥ 25 как указывающую на избыточную массу тела, включая ожирение, а ИМТ ≥ 30 – на ожирение (14).

Окружность талии измерялась с помощью сантиметровой измерительной ленты (Spentex VCA LTD, Великобритания) с миллиметровой шкалой в положении стоя, на уровне средней точки между нижним краем последнего пальпируемого ребра и верхним краем подвздошного гребня. Окружность бедер измерялась также в сантиметрах с помощью сантиметровой измерительной ленты в самой широкой их области на уровне большого вертела.

В соответствии с критериями ВОЗ окружность талии более 100 см у мужчин и более 90 см у женщин является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (14).

Наличие абдоминального ожирения определяли согласно критериям ВОЗ по СОТБ: при СОТБ $> 0,90$ для мужчин, и СОТБ $> 0,86$ для женщин.

ШАГ 3. Биохимические исследования

Биохимические исследования выполнялись для определения уровня глюкозы крови, общего холестерина и ЛПВП. Концентрация глюкозы, общего холестерина и ЛПВП измерялась в капиллярной крови натощак у всех респондентов, подписавших информированное согласие, с помощью портативного биохимического анализатора (модель: CardioChek, производитель: Polymer Technology Systems, США). По результатам

лабораторных исследований респонденты были разделены на группы с учетом допущений, указанных в **Таблице 3**.

Таблица 3. Биохимические показатели [12]

Наименование	Классификация	Показатель в цельной капиллярной крови (ммоль/л)
Глюкоза	Норма	<5,6
	Нарушенная гликемия натощак	≥5,6 и < 6,1
	Повышенное содержание глюкозы	≥6,1
	В настоящее время принимает сахароснижающее лекарство	–
Холестерин	Норма	<5,0
	Повышенный	5,1 - 6,1
	Высокий	≥6,1
ЛПВП	Норма	≥1,03 для мужчин ≥1,29 для женщин
	Низкий	<1,03 для мужчин <1,29 для женщин

Сбор данных по кластерам

Сбор данных проводился 8 региональными рабочими полевыми группами, которые состояли из координатора, интервьюеров и лаборантов. Местные работники медицинских учреждений (врачи и медсестры поликлиник) привлекались для организации взаимодействия интервьюеров с респондентами на местах.

После получения письменного согласия на участие в мероприятиях Шага 1 и Шага 2 интервьюеры проводили опрос респондента и физические измерения с введением ответов и результатов осмотра в программу-вопросник, размещенную в планшетном компьютере.

Для проведения Шага 3 участник исследования, давший согласие на проведение биохимических анализов крови, получал «Направление для проведения биохимических анализов крови» и «Инструкцию по воздержанию от еды», а перед непосредственным проведением Шага 3, лаборант дополнительно получал письменное согласие респондента для определения биохимических показателей крови. Результаты по содержанию глюкозы, общего холестерина и ЛПВП в крови вносились также в программу-вопросник, размещенную в планшетном компьютере.

В большинстве случаев биохимический анализ крови выполнялся в учреждениях ПМСП (семейная поликлиника/сельский врачебный пункт) или же в махаллинском сходе граждан. В случае, если респондент не имел возможности прийти в одно из указанных мест, то лаборант проводил анализы на дому или в удобном для респондента месте.



БИОХИМИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ВЫПОЛНЯЛИСЬ
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
УРОВНЯ **ГЛЮКОЗЫ**
КРОВИ, ОБЩЕГО
ХОЛЕСТЕРИНА И
ЛПВП

Мониторинг сбора данных

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

Для поддержания постоянной связи и отправки заполненных анкет в централизованную базу данных на платформе: www.ona.io, интервьюеры были обеспечены sim-картами мобильного оператора с тарифным планом, открывающим выход в сеть Интернет. Используемые планшеты имели функцию геолокации. Дополнительно, по инициативе координационной группы, проводился мониторинг проведения полевых работ сотрудниками ЦБРП, которые изначально принимали участие в подготовке исследования. Для обеспечения единого подхода к процессу мониторинга сбора данных были подготовлены инструменты мониторинга. По результатам выявленных недостатков в процессе мониторинговых визитов было проведено несколько сессий по обсуждению работы полевых групп, а также дополнительное консультирование координаторов и супервайзеров и предоставлены рекомендации для улучшения качества сбора данных в следующих кластерах.

Ввод данных и их очистка

Каждому респонденту был присвоен уникальный QR-код, под которым интервьюеры вносили данные о каждом респонденте в вопросник, размещенный в планшетном компьютере. Заполненные анкеты с данными о респондентах отправлялись в централизованную базу данных, установленную на вебсайте www.ona.io, с помощью Интернет и функции геолокации.

Корректность внесения данных каждого респондента в базу проверялась с использованием логических функций соответствия всех показателей допустимым диапазонам значений того или иного показателя. При проверке данных также использовался набор программ для анализа данных, предоставленный штаб-квартирой ВОЗ (Epi Info, макросы на базе Microsoft Excel). В результате перепроверки базы данных были выявлены сомнительные или ошибочно введенные данные, которые были в дальнейшем удалены или уточнены.

Данные исследования были объединены в общую базу данных и преобразованы в формат Microsoft Excel® и Access®.

Взвешивание данных

Для обеспечения возможности экстраполяции ответов выбранных респондентов на население страны производилась процедура взвешивания данных, при которой осуществлялось статистическое выравнивание данных, что означает, что каждому респонденту присваивался весовой коэффициент, отражающий относительную важность учета его результата по сравнению с результатами других респондентов. Сумма весовых коэффициентов равна общему количеству целевого населения (лиц в возрасте от 18 до 69 лет).

При взвешивании результаты, полученные от каждого респондента, учитывались во всех расчетах с конкретным весовым коэффициентом, то



ЕЖЕДНЕВНО
ПРОВОДИЛСЯ
**МОНИТОРИНГ
КАЧЕСТВА СБОРА
ДААННЫХ**

есть, расчет среднего значения заменялся расчетом средневзвешенного значения. Расчет доли респондентов, давших определенный ответ на определенный вопрос, заменялся расчетом доли, которую составляет сумма весов таких респондентов в сумме весов всех опрошенных.

Для подсчета индивидуальных весов респондентов в STEPS-исследовании учитывалась вероятность выбора респондента на каждом шаге отбора, а также структура распределения населения страны по полу и возрасту по сравнению с аналогичной структурой распределения респондентов в выборке (по полу/возрасту).

Взвешенный статистический анализ применялся для всех показателей, рассчитываемых в STEPS-исследовании, кроме социально-демографических данных.

Анализ данных

Европейское региональное бюро ВОЗ с 25 по 29 ноября 2019 г. организовало семинар по анализу данных в соответствии со стандартной методологией ВОЗ в Киеве (Украина) для представителей Косово, Украины и Республики Узбекистан, которые недавно завершили сбор данных по исследованию STEPS. По результатам проведенного обучения была осуществлена статистическая обработка данных с использованием базы данных STEPS в программах Epi Info (версия 3.5.4), согласно руководству Fact Sheet Analysis Guide и Data book версии 3.2.

В процессе анализа оценивалась распространенность того или иного показателя в выборке (в случае взвешенных данных результат можно экстраполировать на взрослое население страны в возрасте от 18 до 69 лет) – или доля респондентов, обладающих исследуемым признаком (например, доля курящих или доля некурящих). Для каждого показателя, рассчитанного в виде доли, вычислялся 95%-й доверительный интервал (95% ДИ). Различия долей считались статистически значимыми, если их 95% ДИ не перекрывались.

Кроме того, оценивались количественные показатели основных факторов риска НИЗ (например, количество выкуриваемых сигарет в день).

Объем выборки, сформированной для исследования, позволил по каждому показателю сравнить между собой шесть групп респондентов – по полу (мужчины и женщины) и возрасту (18–29 лет, 30–44 и 45–69 лет).

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

Результаты STEPS-исследования по распространенности и уровням интенсивности факторов риска НИЗ могут считаться репрезентативными для всего взрослого населения страны (возраст 18–69 лет), поскольку они были рассчитаны с использованием статистического веса.

Полученные в ходе STEPS-исследования результаты могут использоваться для сравнения соответствующих показателей с результатами предыдущего и будущих исследований в Республике Узбекистан, а также с результатами, полученными в других странах, в которых проводились STEPS-исследования.

Результаты исследования

Размер выборки и уровень отклика

Планируемое количество респондентов в выборке, согласно расчетам, составило 4320 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 случаи реконструкции и сноса некоторых домов в г. Ташкенте и 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;
- на этапе очистки базы данных были удалены ответы респондентов с сомнительными данными, и прочие причины.

В результате этого доли охвата респондентов на каждом шаге исследования отличаются друг от друга. Для анализа данных использовалось максимальное количество полученных ответов, биометрических и биохимических показателей (**Таблица 4**).



Окончательный размер выборки в исследовании составил

3816
человек

Таблица 4. Отклик на участие в исследовании, по шагам исследования, (%)

	Запланированное количество участников	Фактическое количество участников	Доля отклика на участие в исследовании
Количество участников – Шаг 1	4320	3816	88,3%
Количество участников – Шаг 2	4320	3806	88,1%
Количество участников – Шаг 3	4320	3759	87,0%

Таким образом, окончательный размер выборки в исследовании составил 3816 человек. Доля ответивших на вопросы исследования составила 88,3%. Такой уровень охвата респондентов допустим в рамках данного исследования, т.к. первоначально планируемый уровень потерь на этапе расчета размера выборки закладывался в 20%.

Социально-демографические показатели

По полученным данным был проведен социально-демографический анализ по следующим показателям: возраст, пол, этническая принадлежность, семейное положение, образование и вид занятости респондентов за последние 12 месяцев.

Данные о возрасте и половой принадлежности указали 3795 человек, из них 1488 мужчин (39,2%) и 2307 женщин (60,8%). По возрастным группам респонденты распределились, как указано в **Таблице 5**:

Таблица 5. Распределение населения, принявшего участие в исследовании, по полу и возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	n	%	n	%	n	%
18–29	175	37,5	292	62,5	467	12,3
30–44	421	34,6	797	65,4	1218	32,1
45–69	892	42,3	1218	57,7	2110	55,6
18–69	1488	39,2	2307	60,8	3795	100,0

Наибольшую долю опрошенных представляют мужчины и женщины в возрастной категории 45–69 лет; среди них доля женщин больше (57,7%), чем мужчин.

В исследовании участвовали



1488
мужчин
(39,2%) и



2307
женщин
(60,8%)

Образование

Среднее число лет, потраченных на образование среди населения страны, составило 11,5 лет; существенной разницы между мужчинами и женщинами не обнаружено:

- в возрастной группе 18–29 – 11,6 лет (у мужчин – 11,7 года, у женщин – 11,5 года);
- в возрастной группе 30–44 – 11,6 лет (у мужчин – 11,5 года, у женщин – 11,6 года);
- в возрастной группе 45–69 – 11,4 лет (у мужчин – 11,5 года, у женщин – 11,3 года).

По уровню образования наибольшую долю составляют жители с полным средним общим образованием (10–11 классов) – 43,3% (среди мужчин – 47,2%, среди женщин – 40,8%), далее жители, получившие среднее профессиональное образование – 32,7% (среди мужчин – 29,2%, среди женщин – 34,9%) и взрослое население с неполным средним образованием (5–9 классов) – 11,9% (среди мужчин – 9,8%, среди женщин – 13,2%).

Законченное высшее образование получили 11,1% населения (мужчин – 12,6%, женщин – 10,2%), при этом доля населения с незаконченным высшим образованием (не получили диплом о высшем образовании) составляет 0,7% (мужчин – 0,8%, женщин – 0,6%).

Лица без образования составляют 0,2% населения (среди мужчин – 0,1%, среди женщин – 0,3%). Доля жителей с начальным школьным образованием (1–4 класса) составляет 0,1% (среди мужчин – 0,2%, среди женщин – 0,1%).



43,3%

Наибольшую долю составляют жители с полным

средним общим образованием (10–11 классов)

Этническая принадлежность

Распределение населения, принявшего участие в исследовании, по этническим группам было следующим: 90,6% узбеки, 3,3% – таджики, 1,8%

– каракалпаки, 1,2% – казахи, 0,7% – татары, 0,7% – русские и 1,6% – другие национальности (Таблица 6).

Таблица 6. Распределение населения по этнической принадлежности, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Узбеки	К-калпаки	Таджики	Казахи	Татары	Русские	Другие
18–29	466	89,9	2,1	3,6	1,7	0,4	0,6	1,5
30–44	1218	90,9	1,9	3,2	1,1	0,8	0,7	1,4
45–69	2108	90,5	1,8	3,4	1,2	0,7	0,8	1,7
18–69	3792	90,6	1,8	3,3	1,2	0,7	0,7	1,6

Семейное положение

Ответ на вопрос о семейном положении получен от 3706 респондентов. Среди них наиболее многочисленную группу составляют семейные респонденты 79,7% (среди мужчин – 81,4%, женщин – 78,6%). К группе «холост/не состояли в браке» относят себя 7,8% жителей (среди мужчин – 9,5%, среди женщин – 6,8%); 2,3% населения страны находятся в разводе (из них мужчин – 1,9%, женщин – 2,6%). 2,3% жителей указали, что «женаты/замужем, но живут раздельно», при этом среди мужчин таких лиц немного больше, чем среди женщин (2,9% и 2,0%, соответственно). Доля жителей, состоящих в гражданском браке, составляет 0,3% (среди мужчин 0,3%, среди женщин 0,2%). Группа овдовевших составляет 7,6% населения (среди мужчин – 4,0%, среди женщин – 9,8%) (Таблица 7).

Таблица 7. Распределение населения по семейному положению, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Не состояли в браке	Состоят в браке	Состоят в браке, но живут раздельно	Разведены	Овдовевшие	Сожительствоуют
Оба пола							
18–29	456	37,5	58,1	2,4	1,5	0,2	0,2
30–44	1190	6,3	85,9	2,8	2,6	2,2	0,3
45–69	2060	2,1	80,9	2,0	2,3	12,3	0,3
18–69	3706	7,8	79,7	2,3	2,3	7,6	0,3
Мужчины							
18–29	169	52,1	43,2	2,4	1,8	0,0	0,6
30–44	401	8,0	84,3	3,2	3,5	0,7	0,2
45–69	868	1,8	87,6	2,8	1,3	6,2	0,3
18–69	1438	9,5	81,4	2,9	1,9	4,0	0,3
Женщины							
18–29	287	28,9	66,9	2,4	1,4	0,3	0,0
30–44	789	5,4	86,7	2,5	2,2	2,9	0,3
45–69	1192	2,3	76,1	1,5	3,1	16,7	0,3
18–69	2268	6,8	78,6	2,0	2,6	9,8	0,2



90,6%
населения
– узбеки

Наиболее многочисленную
группу составляют

**семейные
респонденты –
79,6%**

Выводы:

- Этническая принадлежность респондентов, принявших участие в исследовании, имеет следующее распределение: 90,6% узбеки, 3,3% – таджики, 1,8% – каракалпаки, 1,2% – казахи, 0,7% – татары, 0,7% – русские и 1,6% - другие национальности.
- Почти каждый второй взрослый житель страны (43,3%) имеет полное общее среднее образование в 10-11 классов или закончил лицей. У каждого третьего взрослого жителя страны (32,7%) имеется среднее профессиональное образование (колледж). Каждый девятый житель (11,1%) имеет законченное высшее образование, и только 0,2% населения, представленного в возрастной группе 18–69 лет, не имеют образования вообще.
- Традиционно, наиболее многочисленную группу составляют семейные респонденты – 79,6% (среди мужчин – 81,4%, среди женщин – 78,6%).

Употребление табака

Табачная эпидемия является одной из наиболее серьезных угроз для здоровья населения, когда-либо возникавших в мире. Ежегодно от нее гибнет более 8 миллионов человек. Более 7 миллионов из них – потребители и бывшие потребители табака, и более 1,2 миллиона — некурящие, подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма [15].

В данном разделе представлены результаты по показателям наличия у респондента привычки употреблять курительные и бездымные табачные изделия в настоящее время и в прошлом с указанием возраста начала употребления, стажа потребления, количества табака, выкуриваемого ежедневно, и типа употребляемой табачной продукции. Также, представлены результаты по подверженности населения вторичному табачному дыму дома и на рабочем месте. В данном разделе использовались следующие определения:

- Курильщики: респонденты, курившие табак как минимум 1 раз за последний месяц на момент опроса;
- Ежедневные курильщики: респонденты, курящие табак ежедневно на момент опроса, как минимум 1 раз в день;
- Бывшие курильщики: лица, курившие табак когда-либо в прошлом, но не курящие более 1 месяца на момент опроса;
- Лица, подвергающиеся вторичному табачному дыму: респонденты, которые сами не курят, но вынуждены вдыхать табачный дым.

Результаты исследования показали, что в настоящее время распространенность употребления табака Республике Узбекистан составляет 16,5% (95% ДИ: 14,0-19,0), среди мужчин – 32,9% (95% ДИ: 28,0-37,8), среди женщин – 0,8% (95% ДИ: 0,4-1,3) (Таблица 8).



Распространенность употребления табака

в Республике Узбекистан
составляет

16,5%

Таблица 8. Распространенность употребления табака (курительного и бездымного), по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	14,3	7,9–20,7	292	0,3	0,0–0,8	467	7,3	4,0–10,7
30–44	421	47,3	40,4–54,2	797	0,7	0,1–1,3	1218	23,3	19,5–27,1
45–69	892	44,9	40,4–49,4	1218	1,7	0,5–2,8	2110	21,9	19,4–24,5
18–69	1488	32,9	28,0–37,8	2307	0,8	0,4–1,3	3795	16,5	14,0–19,0

У мужчин наиболее распространено употребление табака в возрастной группе 30–44 года, которое составляет 47,3% (95% ДИ: 40,4–54,2). У женщин употребление табака значительно ниже, но наиболее распространено в возрастной группе 45–69 лет – 1,7% (95% ДИ: 0,5–2,8).

Наименьшее количество респондентов, которые употребляют табак, зарегистрировано в возрастной группе 18–29 лет: среди женщин – 0,3% (95% ДИ: 0–0,8), среди мужчин – 14,3% (95% ДИ: 7,9–20,7).

В **Таблице 9** представлены показатели по ежедневному потреблению табака (курительного и бездымного). Доля населения, ежедневно потребляющего табак, составляет 14,9%: среди мужчин – 29,9% (95% ДИ: 25,4–34,5), среди женщин – 0,6% (95% ДИ: 0,2–1,0). Можно отметить, что среди респондентов,

Таблица 9. Доля ежедневных потребителей табака (курительного и бездымного) среди всего взрослого населения, по возрастным группам и полу, (%)

указавших себя в качестве ежедневных потребителей табака, наибольшую долю составляют мужчины 29,9% [95% ДИ: 25,4–34,5], и в особенности мужчины в возрастной группе 30–44 года – 42,5% [95% ДИ: 35,8–49,2].

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	13,3	7,3-19,4	292	0,3	0,0-0,8	467	6,9	3,7-10,0
30–44	421	42,5	35,8-49,2	797	0,3	0,0-0,6	1218	20,7	17,0-24,4
45–69	892	41,0	36,5-45,5	1218	1,3	0,2-2,4	2110	19,9	17,4-22,4
18–69	1488	29,9	25,4-34,5	2307	0,6	0,2-1,0	3795	14,9	12,6-17,3

Потребление курительного табака

В целях изучения распространенности употребления современных видов табачных изделий, вопросы о курении традиционных курительных табачных изделий, таких как сигареты, сигары, кальян, папиросы, скрученные вручную, курительные трубки, были дополнены вопросами об употреблении изделий из нагреваемого табака.

Согласно полученным данным, каждый одиннадцатый взрослый житель страны – 9,4% [95% ДИ: 7,7–11,1] в настоящее время курит (употребляет курительный табак): среди мужчин – 18,8% [95 % ДИ: 15,3–22,2], среди женщин – 0,5% [95% ДИ: 0,2–0,9]. У мужчин наблюдается статистически значимая разница долей курильщиков в молодой и средней возрастных группах: 9,3% [95% ДИ: 4,1–14,6] в возрасте 18–29 лет и 27,8% [95 % ДИ: 22,7–32,8] в возрасте 30–44 года (**Таблица 10**).

Таблица 10. Доля курящих курительный табак в настоящее время (в течение последних 30 дней), по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	9,3	4,1-14,6	292	0,3	0,0-0,8	467	4,8	2,2-7,5
30–44	421	27,8	22,7-32,8	797	0,4	0,0-0,9	1218	13,7	11,0-16,3
45–69	892	23,1	19,4-26,8	1218	1,0	0,2-1,7	2110	11,3	9,4-13,3
18–69	1488	18,8	15,3-22,2	2307	0,5	0,2-0,9	3795	9,4	7,7-11,1

Доля ежедневных курильщиков в настоящее время составляет 8,0% [95% ДИ: 6,5–9,6]. При этом установлено, что наибольшая доля ежедневно курящих курительный табак приходится на возрастную

группу 30–44 года – 11,2% [95% ДИ: 8,7–13,6] для обоих полов. 1,4% [95% ДИ: 0,9–1,8] населения курит время от времени (Таблица 11).

Таблица 11. Распределение населения по статусу курения табака, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Курящие в настоящее время				Некурящие			
		Курящие ежедневно		Курящие не ежедневно		Бывшие курильщики		Некурящие	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	467	4,6	2,1-7,2	0,2	0,0-0,6	1,6	0,2-2,9	93,6	90,6-96,6
30–44	1218	11,2	8,7-13,6	2,5	1,3-3,7	6,0	4,1-7,8	80,4	77,5-83,3
45–69	2110	9,5	7,6-11,5	1,8	1,2-2,5	5,3	4,0-6,6	83,3	81,1-85,5
18–69	3795	8,0	6,5-9,6	1,4	0,9-1,8	4,0	3,1-4,9	86,6	84,6-88,5

Из **Таблицы 11** видно, что доля курящих табак составляет 4,0% [95% ДИ: 3,1–4,9]. Среди мужчин таковых 7,2% [95% ДИ: 5,4–9,1], среди женщин – 0,9% [95% ДИ: 0,6–1,3]. Отмечается также, что четверо из пяти взрослых респондентов (86,6%; 95% ДИ: 84,6–88,5) никогда не курили табак: 74,0% [95% ДИ: 70,1–77,9] мужчин и 98,6% [95% ДИ: 98,0–99,1] женщин.

Статистически значимая разница долей не употребляющих курительный табак наблюдается по возрастным категориям. Наиболее высокая доля приходится на возраст 18–29 лет и составляет 93,6% [95% ДИ: 90,6–96,6], тогда как наименьшая доля не употребляющих курительный табак зарегистрирована в возрасте 30–44 года.

Наибольшая доля ежедневно курящих выявлена среди мужчин в возрастной группе 30–44 года и составляет 22,7% [95% ДИ: 17,9–27,6] (**Таблица 12**).

Таблица 12. Распределение мужчин по статусу потребления курительного табака, по возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Курят в настоящее время				Не курят			
		Курящие ежедневно		Курящие не ежедневно		Бывшие курильщики		Некурящие	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	175	8,9	3,8-14,1	0,4	0,0-1,2	2,8	0,2-5,5	87,8	81,9-93,8
30–44	421	22,7	17,9-27,6	5,0	2,6-7,5	10,3	6,7-13,8	62,0	56,6-67,3
45–69	892	19,4	15,6-23,2	3,7	2,3-5,1	10,5	7,7-13,2	66,4	62,5-70,4
18–69	1488	16,0	12,9-19,2	2,7	1,8-3,7	7,2	5,4-9,1	74,0	70,1-77,9

Женское население страны почти не курит (98,6%; 95% ДИ: 98,0–99,1), доля ежедневно курящих женщин составляет лишь 0,4% [95% ДИ: 0,1–0,8] (**Таблица 13**).

Таблица 13. Распределение женщин по статусу потребления курительного табака, по возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Курят в настоящее время				Не курят			
		Курящие ежедневно		Курящие не ежедневно		Бывшие курильщики		Некурящие	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	292	0,3	0,0-0,8	0,0	0,0-0,0	0,3	0,0-0,6	99,5	98,8-100,0
30–44	797	0,3	0,0-0,6	0,1	0,0-0,4	1,9	0,8-3,1	97,7	96,4-98,9
45–69	1218	0,8	0,1-1,5	0,2	0,0-0,4	0,8	0,2-1,4	98,2	97,4-99,1
18–69	2307	0,4	0,1-0,8	0,1	0,0-0,2	0,9	0,6-1,3	98,6	98,0-99,1

Далее анализируются результаты опроса только среди мужчин, т.к. провести достоверный статистический анализ среди женщин не представляется возможным из-за незначительного количества полученных от них ответов (менее 50).

Таблица 14. Средний возраст начала курения среди ежедневных курильщиков, по возрастным группам и полу, (М, лет)

Информация о возрасте начала курения представлена в **Таблице 14**. Средний возраст начала курения среди курящих мужчин составил 20,5 лет (95% ДИ: 19,5–21,5).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	15	18,6	17,3–20,0	1	9	9,0–9,0	16	18,3	17,0–19,7
30–44	87	21,0	19,9–22,2	1	17	17,0–17,0	88	21,0	19,9–22,2
45–69	146	20,1	19,3–22,6	7	29,2	17,6–40,8	153	21,2	19,5–23,0
18–69	248	20,5	19,5–21,5	9	21,1	8,9–33,3	257	20,5	19,5–21,6

Таблица 15. Средний стаж курения, по возрастным группам и полу, (М, лет)

Средний стаж курения у мужчин составил 19,7 лет (95% ДИ: 17,5–21,8). Самый большой стаж отмечается среди мужчин старшего возраста - 32,2 (95% ДИ: 29,7–34,6) года.

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	15	7,7	6,0–9,3	1	16,0	16,0–16,0	16	8,0	6,3–9,6
30–44	87	14,9	13,6–16,2	1	14,0	14,0–14,0	88	14,9	13,6–16,2
45–69	146	32,2	29,7–34,6	7	29,1	15,0–43,1	153	32,1	29,6–34,6
18–69	248	19,7	17,5–21,8	9	22,8	13,8–31,9	257	19,7	17,6–21,8

Таблица 16. Доля курящих табачные изделия в настоящее время, по разновидностям табачных изделий и возрастным группам, мужчины, (%)

Наиболее распространенными видами курительного табака в настоящее время употребляемыми мужчинами являются: сигареты промышленного производства (85,6%; 95% ДИ: 80,0–91,2), сигареты-самокрутки (16,7%; 95% ДИ: 10,8–22,7) и кальян (5,2%; 95% ДИ: 1,0–9,5), изделия из нагреваемого табака (2,5% (95% ДИ: 0,0–5,0) и другие виды (**Таблица 16** и **Таблица 17**).

Возрастные группы (лет)	Сигареты промышленного производства			Сигареты-самокрутки		Табачные трубки	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	21	82,4	65,2–99,6	19,7	0,1–39,3	2,8	0,0–8,2
30–44	120	84,5	76,8–92,2	19,0	10,4–27,5	2,5	0,0–5,6
45–69	190	88,9	83,3–94,5	12,2	7,4–16,9	2,2	0,0–4,9
18–69	331	85,6	80,0–91,2	16,7	10,8–22,7	2,4	0,7–4,2

Возрастные группы (лет)	Сигары, сигары с обрезанными концами, сигариллы			Кальяны		Изделия из нагреваемого табака		Другие разновидности табачных изделий	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	21	2,8	0,0–8,2	8,2	0,0–20,1	7,2	0,0–18,7	5,5	0,0–16,3
30–44	120	2,2	0,0–5,4	6,3	0,6–12,0	1,2	0,0–3,0	3,8	0,0–7,8
45–69	190	1,5	0,0–3,5	2,1	0,3–4,0	1,3	0,0–3,2	5,9	2,8–9,0
18–69	331	2,1	0,0–4,1	5,2	1,0–9,5	2,5	0,0–5,0	4,9	2,0–7,8

Курящие ежедневно мужчины в среднем в день выкуривают 7,7 (95% ДИ: 6,5–8,7) сигарет промышленного производства, 0,3 (95% ДИ: 0,1–0,4) сигарет-самокруток, и 0,17 (95% ДИ: 0,0–0,3) кальянов (Таблица 17).

Продолжение таблицы 16

Возрастные группы (лет)	Сигарет промышленного производства			Сигарет-самокруток		Табачных трубок	
	n	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
18–29	19	6,4	3,6–9,2	0,2	0,0–0,5	0,0	0,0–0,1
30–44	93	6,8	5,3–8,2	0,3	0,0–0,5	0,1	0,0–0,2
45–69	147	9,6	8,2–10,9	0,3	0,1–0,5	0,0	0,0–0,1
18–69	259	7,6	6,5–8,7	0,3	0,1–0,4	0,1	0,0–0,1

Таблица 17. Среднее количество табачных изделий, выкуриваемых ежедневными курильщиками в день, по разновидностям табачных изделий и возрастным группам, мужчины (M, число изделий)

Возрастные группы (лет)	Сигар с обрезанными концами, сигарилл		Кальянов		Изделий из нагреваемого табака		Других разновидностей табачных изделий		
	n	95% CI	95% CI	95% CI	95% CI	95% CI			
18–29	18	0,0	0,0–0,1	0,2	0,0–0,4	0,2	0,0–0,5	0,0	0,0–0,0
30–44	91	0,1	0,0–0,1	0,3	0,0–0,6	0,0	0,0–0,1	0,2	0,0–0,4
45–69	153	0,0	0,0–0,1	0,1	0,0–0,1	0,0	0,0–0,1	0,4	0,0–0,9
18–69	262	0,0	0,0–0,1	0,2	0,0–0,3	0,1	0,0–0,1	0,2	0,0–0,4

Продолжение таблицы 17

Таблица 18. Распределение ежедневно курящих в зависимости от числа выкуриваемых в день промышленно произведенных или скрученных вручную сигарет, по возрастным группам, мужчины, (%)

Большее половины ежедневно курящих мужчин выкуривает меньше 10 сигарет в день: 21,8% (95% ДИ: 15,2–28,9) – менее 5 сигарет и 35,6% (95% ДИ: 25,1–46,0) – от 5 до 9 сигарет. Потребление более 25 сигарет является редким и составляет 0,2% (95% ДИ: 0–0,7) (**Таблица 18**).

Возрастные группы (лет)	<5 сигарет			5-9 сигарет		10-14 сигарет		15-24 сигарет		≥ 25 сигарет	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	14	27,0	0,0–54,3	34,4	0,0–71,6	22,0	0,0–44,2	16,6	0,0–36,8	0,0	0,0–0,0
30–44	78	22,0	12,7–31,4	43,0	28,7–57,4	20,0	9,5–30,6	14,4	4,7–24,2	0,4	0,0–1,4
45–69	129	18,1	10,6–25,6	27,9	17,8–38,0	19,7	10,9–28,6	34,1	24,3–43,8	0,2	0,0–0,5
18–69	221	21,8	15,2–28,3	35,6	25,1–46,0	20,4	12,3–28,5	22,0	14,8–29,3	0,2	0,0–0,7

Таблица 19. Доля курящих, которые пытались бросить курить в течение последних 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Почти каждый второй курящий мужчина (47,5%; 95% ДИ: 39,1–55,9) пытался бросить курить в течение последних 12 месяцев (**Таблица 19**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	21	45,2	19,2-71,1	1	100,0	100,0-100,0	22	46,6	21,5-71,7
30–44	120	48,7	37,1-60,2	3	34,3	0,0-100,0	123	48,4	36,9-60,0
45–69	190	47,4	37,9-57,0	11	44,9	17,7-72,2	201	47,3	38,0-56,6
18–69	331	47,5	39,1-55,9	15	53,2	9,9-96,5	346	47,7	39,5-55,8

Таблица 20. Доля курящих в настоящее время, которым врач рекомендовал бросить курить в течение последних 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Рекомендации врача или другого медицинского работника по прекращению курения получили только 39,3% (95% ДИ: 31,4–47,2) всех курящих в настоящее время мужчин, которые посетили врача или другого медицинского работника в течение последних 12 месяцев (**Таблица 20**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	15	46,7	18,8-74,7	1	100,0	100,0-100,0	16	48,8	21,5-76,1
30–44	97	35,4	22,1-48,6	3	70,3	31,9-100,0	100	36,1	22,9-49,2
45–69	157	39,7	30,1-49,2	9	17,2	15,4-19,1	166	38,7	29,6-47,8
18–69	269	39,0	30,8-47,1	13	50,5	34,9-66,2	282	39,3	31,4-47,2

Потребление электронных сигарет

Глобальные усилия по борьбе против табака позволили добиться значительных успехов в сокращении потребления табака и обеспечении защиты людей во многих частях мира от вредного воздействия табака. Однако в последние годы появились новые никотиновые изделия, такие как электронные сигареты (или электронные системы доставки никотина). В связи с этим, в стандартный вопросник STEPS ВОЗ был включен расширенный модуль об употреблении электронных сигарет.

Распространенность курения электронных сигарет в настоящее время (в течение последних 30 дней) среди населения страны составила 0,2% (95% ДИ: 0,0–0,6) (Таблица 21).

Таблица 21. Доля населения, курящего электронные сигареты в настоящее время, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	0,9	0,0–2,7	292	0,0	0,0–0,0	467	0,5	0,0–1,4
30–44	421	0,0	0,0–0,0	797	0,0	0,0–0,0	1218	0,0	0,0–0,0
45–69	892	0,1	0,0–0,4	1218	0,1	0,0–0,3	2110	0,1	0,0–0,3
18–69	1488	0,4	0,0–1,2	2307	0,0	0,0–0,1	3795	0,2	0,0–0,6

Из-за малого количества ответов не был произведен анализ следующих показателей: доля ежедневно курящих электронные сигареты среди всех курящих в настоящее время, средний возраст начала курения электронных сигарет и другие показатели.

Не исключается предположение о том, что респонденты затруднялись в понимании того, какие табачные продукты они используют, т. к. существуют разнообразные виды и широкая номенклатура электронных сигарет (16).

Потребление бездымного табака

Традиционно в Республике Узбекистан распространено использование насвая – разновидности бездымного табака. Кроме насвая, употребляются жевательный и нюхательный табак. Перечисленные табачные продукты так же, как и курительный табак, существенно увеличивают риск развития злокачественных новообразований, в частности, рака полости рта, губы, языка (17). Исследование показало, что 9,9% (95% ДИ: 8,1–11,7) населения в настоящее время употребляют различные виды бездымного табака (Таблица 22).

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ВРАЧА ИЛИ ДРУГОГО
МЕДИЦИНСКОГО
РАБОТНИКА ПО
ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ
ПОЛУЧИЛИ ТОЛЬКО
39,3% ВСЕХ КУРЯЩИХ
В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
МУЖЧИН**

Таблица 22. Доля потребителей бездымного табака в настоящее время (в течение последних 30 дней), по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	6,8	2,5–11,0	292	0,0	0,0–0,0	467	3,4	1,2–5,6
30–44	421	29,0	22,5–35,5	797	0,3	0,0–0,7	1218	14,2	10,8–17,6
45–69	892	29,4	25,1–33,6	1218	1,1	0,1–2,1	2110	14,3	12,1–16,6
18–69	1488	19,8	16,3–23,4	2307	0,4	0,1–0,8	3795	9,9	8,1–11,7

Как видно из Таблицы 22, потребители бездымного табака представлены в основном мужчинами и составляют пятую часть (19,8%; 95% ДИ: 16,3–23,4) мужского населения в возрасте 18–69 лет. Почти трое из десяти мужчин из возрастных групп 30–44 года (29,0%; 95% ДИ: 22,5–35,5) и 45–69 лет (29,4%; 95% ДИ: 25,1–33,6) употребляют бездымный табак в настоящее время. Доля женщин, употребляющих бездымный табак, составляет 0,4% (95% ДИ: 0,1–0,8). Более высокий процент потребителей регистрируется в возрастной группе 45–69 лет и составляет 1,1% (95% ДИ: 0,1–2,1).

Таблица 23. Распределение мужчин по статусу потребления бездымного табака, по возрастным группам, (%)

В целом доля ежедневно употребляющих бездымный табак среди мужчин составляет 17,3% (95% ДИ: 14,1–20,4), при этом наибольшая доля приходится на среднюю и старшую возрастные группы (**Таблица 23**).

Возрастные группы (лет)	n	Употребляют в настоящее время				Не употребляют			
		Ежедневно		Не ежедневно		Бывшие потребители		Никогда не употреблявшие	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	175	5,8	2,2-9,4	1,0	0,0-2,8	0,8	0,0-2,0	92,4	88,0-96,8
30–44	421	25,2	19,1-31,3	3,8	1,8-5,9	1,7	0,4-3,0	69,3	63,0-75,7
45–69	892	25,8	21,7-30,0	3,5	2,1-5,0	3,0	1,2-4,8	67,6	63,7-71,5
18–69	1488	17,3	14,1-20,4	2,5	1,4-3,7	1,7	0,9-2,5	78,5	75,0-81,9

Таблица 24. Распределение женщин по статусу потребления бездымного табака, по возрастным группам, (%)

Среди женщин доля ежедневно употребляющих бездымный табак составляет 0,2% (95% ДИ: 0,0–0,5), и основная часть (98,9%; 95% ДИ: 98,5–99,4) никогда не употребляла бездымный табак (**Таблица 24**).

Возрастные группы (лет)	n	Употребляют в настоящее время				Не употребляют			
		Ежедневно		Не ежедневно		Бывшие потребители		Никогда не употреблявшие	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	292	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	100,0	100,0-100,0
30–44	797	0,0	0,0-0,0	0,3	0,0-0,7	0,9	0,3-1,6	98,8	98,1-99,5
45–69	1218	0,8	0,0-1,6	0,3	0,0-0,6	1,2	0,5-1,9	97,8	96,7-98,8
18–69	2307	0,2	0,0-0,5	0,2	0,0-0,3	0,6	0,3-1,0	98,9	98,5-99,4

Таблица 25. Распределение ежедневных потребителей бездымного табака среди мужчин, по разновидностям бездымного табака и возрастным группам, (%)

Кроме того, употребление бездымного табака среди женщин не представляется возможным достоверно оценить из-за недостаточного количества ответов (менее 50).

Среди мужчин самым распространенным бездымным табачным продуктом является насвай, его употребляют 88,8% (95% ДИ: 83,4–94,2) потребителей бездымного табака. Пятая часть (22,6%; 95 % ДИ: 14,3–30,8) потребителей бездымного табака употребляет нюхательный табак и 6,4% (95% ДИ: 3,8–9,0) – жевательный табак (**Таблица 25**).

Возрастные группы (лет)	n	Насвай		Нюхательный табак		Жевательный табак	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	13	73,7	40,8-100,0	15,0	0,0-42,1	9,2	3,0-15,3
30–44	120	89,7	85,3-94,0	27,7	17,5-38,0	6,5	2,1-11,0
45–69	261	93,0	89,6-96,4	19,8	13,5-26,1	5,3	1,8-8,8
18–69	394	88,8	83,4-94,2	22,6	14,3-30,8	6,4	3,8-9,0

В среднем, мужчины употребляют насвай 7,5 раз в день. Чаще насвай употребляется мужчинами в возрасте 45–69 лет – 8,5 раз в день (Таблица 26).

Таблица 26. Среднее число случаев употребления различных видов бездымного табака в день среди мужчин, по возрастным группам (М, разы потребления)

Возрастные группы (лет)	Насвай			Нюхательный табак			Жевательный табак		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	9	5,8	-	8	0,0	-	9	0,1	-
30–44	88	7,0	-	98	1,6	-	98	0,3	-
45–69	204	8,5	-	210	0,7	-	209	0,2	-
18–69	301	7,5	-	316	1,0	-	316	0,2	-

Воздействие вторичного табачного дыма

Воздействие вторичного табачного дыма является причиной повышенного риска развития заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем (18). В связи с этим в проведенном исследовании была изучена подверженность населения вторичному табачному дыму, как фактору риска.

Результаты опроса показали, что почти каждый второй некурящий житель (47,4%; 95% ДИ: 42,6–52,1) подвергается воздействию вторичного табачного дыма дома (Таблица 27) и почти каждый третий (37,5%; 95% ДИ: 32,6–42,3) подвергается воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте (Таблица 28).

Таблица 27. Доля населения, подвергающегося воздействию вторичного дыма дома, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	40,7	29,9–51,5	292	45,7	37,3–54,2	467	43,2	34,6–51,8
30–44	421	46,5	39,8–53,2	797	51,2	46,0–56,4	1218	48,9	44,1–53,7
45–69	892	48,6	42,5–54,7	1218	54,0	49,5–58,6	2110	51,5	47,2–55,8
18–69	1488	44,7	38,5–50,9	2307	49,9	45,2–54,7	3795	47,4	42,6–52,1

Таким образом, и мужчины, и женщины подвергаются воздействию вторичного табачного дыма больше дома (47,4%; 95% ДИ: 42,6–52,1), чем на рабочем месте (37,5%; 32,6–42,3).

Таблица 28. Доля населения, подвергающегося воздействию вторичного дыма на рабочем месте, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	157	28,8	19,2–38,4	266	32,9	24,8–40,9	423	30,8	23,3–38,3
30–44	383	38,2	31,3–45,0	727	39,7	34,4–44,9	1110	38,9	34,4–43,5
45–69	802	45,8	39,6–52,1	1142	43,7	37,7–49,7	1944	44,7	39,5–49,9
18–69	1342	36,5	30,4–42,6	2135	38,4	33,0–43,7	3477	37,5	32,6–42,3

Политика в отношении употребления табака

В проводимое исследование STEPS ВОЗ был включен выборочный модуль ВОЗ, направленный на изучение подверженности воздействию рекламы табачных продуктов в СМИ и рекламным кампаниям по популяризации сигарет. Также оценивались заметность медицинских предупреждений о вреде курения для здоровья и влияние ценообразования сигарет на потребление.

Исследованием установлено, что за последние 30 дней информацию о вреде курения или информацию, призывающую к отказу от курения, заметили (**Таблица 29**):

Таблица 29. Доля населения, заметившего информацию о вреде курения или призывы к отказу от курения в газетах или журналах за последние 30 дней, по возрастным группам и полу, (%)

- в газетах и журналах – 44,1% (ДИ 95%: 38,3–49,9) жителей;
- по телевидению – 51,8% (ДИ 95%: 45,8–57,8) жителей;
- по радио – 41,1% (ДИ 95%: 35,3–47,0) жителей.

Возрастные группы (лет)	В газетах и журналах			По телевидению			По радио		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	405	48,8	39,3–58,3	399	54,5	45,8–63,3	396	43,0	33,8–52,3
30–44	1081	46,1	40,0–52,3	1073	53,0	46,5–59,6	1045	43,0	36,6–49,5
45–69	1840	35,6	29,7–41,6	1809	46,7	39,9–53,5	1778	36,6	30,2–42,9
18–69	3326	44,1	38,3–49,9	3281	51,8	45,8–57,8	3219	41,1	35,3–47,0

Таблица 30. Доля населения, заметившего стимулирующую к продаже рекламу или информацию о табачной продукции за последние 30 дней, по возрастным группам и полу, (%)

8,1% (5,6–10,6) населения страны заметили стимулирующую к продаже рекламу или информацию о табачной продукции за последние 30 дней (**Таблица 30**):

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	9,6	4,0–15,3	292	6,5	2,7–10,3	467	8,1	4,4–11,8
30–44	421	10,7	7,1–14,3	797	6,7	2,9–10,5	1218	8,6	5,3–12,0
45–69	892	10,1	6,7–13,4	1218	5,4	3,2–7,5	2110	7,6	5,4–9,7
18–69	1488	10,1	7,0–13,2	2307	6,2	3,7–8,7	3795	8,1	5,6–10,6

Табачная индустрия использует различные виды рекламы, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий. За последние 30 дней жители страны заметили следующие виды рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий:

- бесплатные образцы сигарет – 1,3% (ДИ 95%: 0,3–2,4);
- сигареты по льготным ценам – 1,7% (ДИ 95%: 0,6–2,9);
- премиальные купоны на сигареты – 0,8% (ДИ 95%: 0,1–1,5);
- бесплатные подарки или специальные предложения о скидках на другую продукцию при покупке сигарет – 1,8% (ДИ 95%: 0,7–3,0);
- одежду или другие товары с изображением бренда или фирменным логотипом сигарет – 2,1% (ДИ 95%: 0,9–3,3);
- рекламу сигарет в почтовой рассылке – 1,9% (ДИ 95%: 0,1–3,8).

55,0% (ДИ 95%: 45,6–63,5) курильщиков в течение последних 30 дней заметили на пачках сигарет предупреждения о вреде курения для здоровья (Таблица 31).

Таблица 31. Доля курящих в настоящее время, которые в течение последних 30 дней заметили на пачках сигарет надписи, предупреждающие о вреде курения, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	21	57,2	35,6–78,9	1	100,0	100,0–100,0	22	58,4	36,5–80,2
30–44	120	53,3	42,0–64,7	3	100,0	100,0–100,0	123	54,1	42,7–65,4
45–69	190	55,4	45,1–65,7	11	30,3	10,8–49,7	201	54,3	44,0–64,6
18–69	331	54,9	46,5–63,3	15	60,5	9,3–100,0	346	55,0	46,6–63,5

По данным опроса установлено, что средние затраты ежедневных курильщиков на одну пачку сигарет составляют 10770 (95% ДИ: 7160,5–14379,4) узбекских сум или 1,14 (0,76–1,53) долл. США, а их среднемесячные расходы на покупку промышленно произведенных сигарет составляют 175721,6 (0,0–378546,3) узбекских сум или 18,7 (0,0–40,2) долл. США.

При этом, расчетная стоимость 100 пачек промышленно произведенных сигарет, как процент от ВВП на душу населения, составляет: (стоимость 100 пачек промышленно произведенных сигарет 1 077 000 сум / ВВП на душу населения за 2019 г. 15 764 897 сум) x 100% = 6,83%.

Выводы:

- Почти шестая часть (16,5%) населения Республики Узбекистан является потребителем различных видов табачных продуктов (курительных и бездымных). Табачные продукты в основном употребляют мужчины (32,9%). Среди женщин данный показатель составляет лишь 0,8%;
- Почти каждый третий мужчина (29,9%) является ежедневным потребителем табачных продуктов, а в возрастной группе 30–44 года, почти каждый второй мужчина (42,5%) употребляет табачные продукты;
- Средний возраст начала курения среди мужчин составляет 20,5 лет;
- Каждый одиннадцатый взрослый житель страны (9,4%) в настоящее время употребляет курительный табак. Курительный табак в основном употребляют мужчины (18,8%) и лишь 0,5% женщин;
- Среди курительных табачных продуктов преобладает курение промышленно произведенных сигарет. Девять из десяти курильщиков (89,0%) предпочитают сигареты промышленного производства, выкуривая в среднем 7,7 сигарет в день;
- В течение последних 12 месяцев почти каждый второй курильщик (47,7%) пытался бросить курить;
- Менее половины курящих табак в настоящее время (39,3%), которые посетили врача или другого медицинского работника в течение последних 12 месяцев, отметили, что медработники рекомендовали им бросить курить;



Средние затраты ежедневных курильщиков на одну пачку

сигарет
составляют
10770
узбекских сум

- Десятая часть взрослого населения страны (9,9%) употребляет различные виды бездымного табака в настоящее время. Потребители бездымного табака представлены в основном мужчинами и составляют пятую часть (19,8%) мужского населения, из них 17,3% употребляют бездымный табак ежедневно. Основная часть (98,9%) женского населения никогда не употребляла бездымный табак;
- Среди бездымных табачных изделий наиболее распространен насвай: девять из десяти (88,8%) мужчин потребителей бездымного табака употребляют насвай в среднем 7,5 раз в день;
- Употребление электронных сигарет среди населения страны составляет очень незначительную долю (0,2%; 95% ДИ: 0,0–0,6);
- Каждый второй некурящий взрослый житель страны (47,4%) подвергается воздействию табачного дыма дома и почти каждый третий некурящий (37,5%) – на рабочем месте;
- 44,1% населения за последние 30 дней заметили информацию о вреде курения в газетах и журналах, 51,8% - по телевидению и 41,1% – по радио;
- Каждый двенадцатый (8,1%) житель страны за последние 30 дней заметил акции по стимулированию продажи табачных изделий;
- Более половины (55,0%) курильщиков в течение последних 30 дней замечали на пачках сигарет предупреждения о вреде курения для здоровья;
- Среднемесячные расходы на покупку промышленно произведенных сигарет составляют 175721,6 узбекских сум (18,7 долларов США). Оценочная стоимость 100 пачек промышленно произведенных сигарет, как процент от ВВП на душу населения, составляет 6,8%.

Употребление алкоголя

Во всем мире в результате употребления алкоголя ежегодно происходит 3 миллиона смертей, что составляет 5,3% всех случаев смерти. Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности на относительно более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20–39 лет примерно 13,5% всех случаев смерти связаны с алкоголем [19].

Поскольку алкоголь является одной из ведущих причин возникновения НИЗ, в ходе исследования был изучен статус потребления алкоголя, частота и количество потребляемого алкоголя, а также риски, связанные с употреблением алкоголя. Анализ произведен с учетом пола и возраста. В частности:

- Потребление алкоголя оценивалось на основе информации о приеме алкогольных напитков за последние 7 и 30 дней, и 12 месяцев, употреблении незарегистрированного алкоголя* за последние 7 дней, частоте и количестве выпиваемого алкоголя, а также попытках отказа от его употребления;
- Для стандартизации различных напитков разной крепости алкогольные напитки измеряли стандартными порциями. Одна стандартная порция равна 10 г чистого этанола (спирта). Для удобства респондентам были показаны демонстрационные карточки возможных ответов с фотографиями различных алкогольных напитков в объемах, эквивалентных стандартной порции;
- Респондентов, принимавших алкоголь как минимум 1 раз в течение последних 30 дней, расценивали как употребляющих алкоголь в настоящее время;
- Прием 6 и более стандартных порций за один раз вне зависимости от пола принимали за эпизодическое употребление алкоголя в больших разовых количествах.

Анализ данных показал, что 4,7% (95% ДИ: 3,4–5,9) жителей страны употребляют алкоголь в настоящее время. Среди них наибольшая доля лиц, употребляющих алкогольные напитки в настоящее время, приходится на возрастную группу 45–69 лет и составляет 6,8% (95% ДИ: 4,8–8,7) (Рисунок 3).

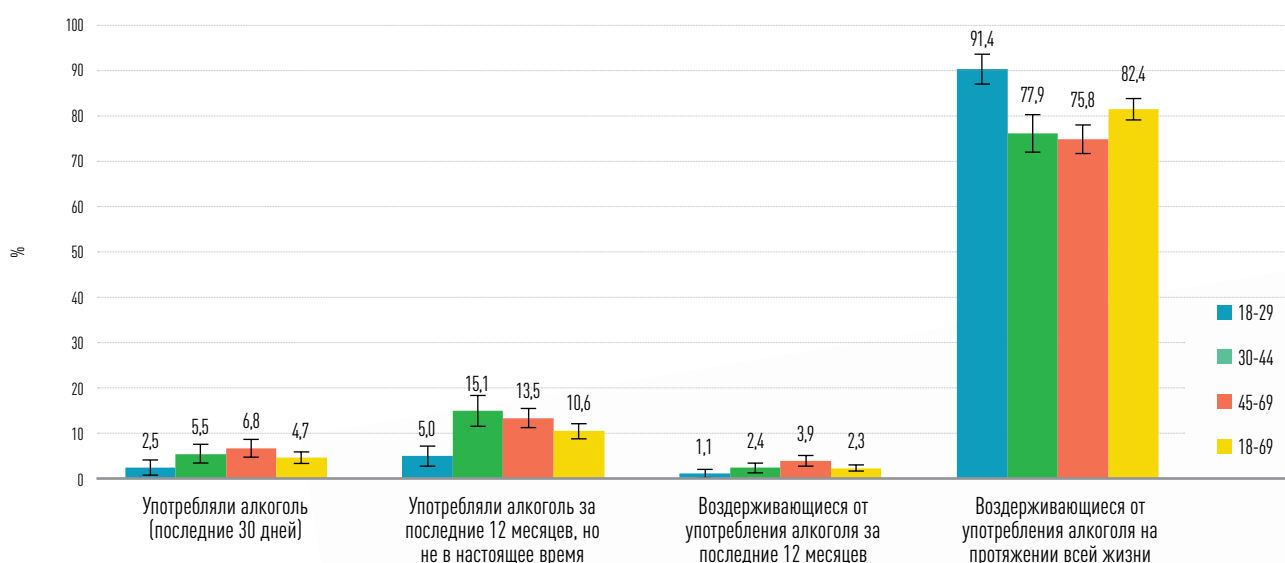


82,4%

Подавляющее большинство взрослого населения страны воздерживается от

**употребления
алкоголя на
протяжении всей
жизни**

Рисунок 3. Распределение населения в зависимости от статуса употребления алкоголя, по возрастным группам, оба пола, (%)



* Незарегистрированный алкоголь включает следующие разновидности: спиртные напитки домашнего приготовления (например, самогон, брага); пиво или вино домашнего приготовления; алкоголь, привезенный из-за границы/из другой страны; алкоголь, не предназначенный для употребления внутрь (например, алкоголь содержащие лекарственные средства, парфюмерные изделия); другие виды спиртных напитков, не облагаемые акцизным налогом в стране (например, поддельные, фальсифицированные алкогольные напитки, неучтенная водка).

Подавляющее большинство взрослого населения страны (82,4%; 95% ДИ: 80,1–84,8) воздерживается от употребления алкоголя на протяжении всей жизни. Женщин среди них значительно больше (95,2%; 95% ДИ: 93,7–96,6), чем мужчин (69,1%; 95% ДИ: 64,5–73,7).

Наблюдается статистически значимая разница по полу – женщин, употребляющих алкоголь в настоящее время, зарегистрировано значительно меньше – 0,8% (95% ДИ: 0,3–1,4), чем мужчин – 8,7% (95% ДИ: 6,1–11,3) (Таблица 32).

Каждый десятый житель (10,6%; 95% ДИ: 8,9–12,2) отметил, что употреблял алкоголь за последние 12 месяцев, но не в настоящее время, причем женщин среди них было статистически значимо в несколько раз меньше (2,9%; 95% ДИ: 2,0–3,8), чем мужчин (18,6%; 95% ДИ: 15,5–21,8).

Таблица 32. Распределение населения в зависимости от статуса употребления алкоголя, по полу, (%)

Пол	Употребляют алкоголь в настоящее время (последние 30 дней)			Употребляли алкоголь за последние 12 месяцев, но не в настоящее время		Воздерживаются от употребления алкоголя за последние 12 месяцев		Воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины	1488	8,7	6,1-11,3	18,6	15,5-21,8	3,6	2,4-4,8	69,1	64,5-73,7
Женщины	2307	0,8	0,3-1,4	2,9	2,0-3,8	1,1	0,6-1,7	95,2	93,7-96,6
Оба пола	3795	4,7	3,4-5,9	10,6	8,9-12,2	2,3	1,7-3,0	82,4	80,1-84,8

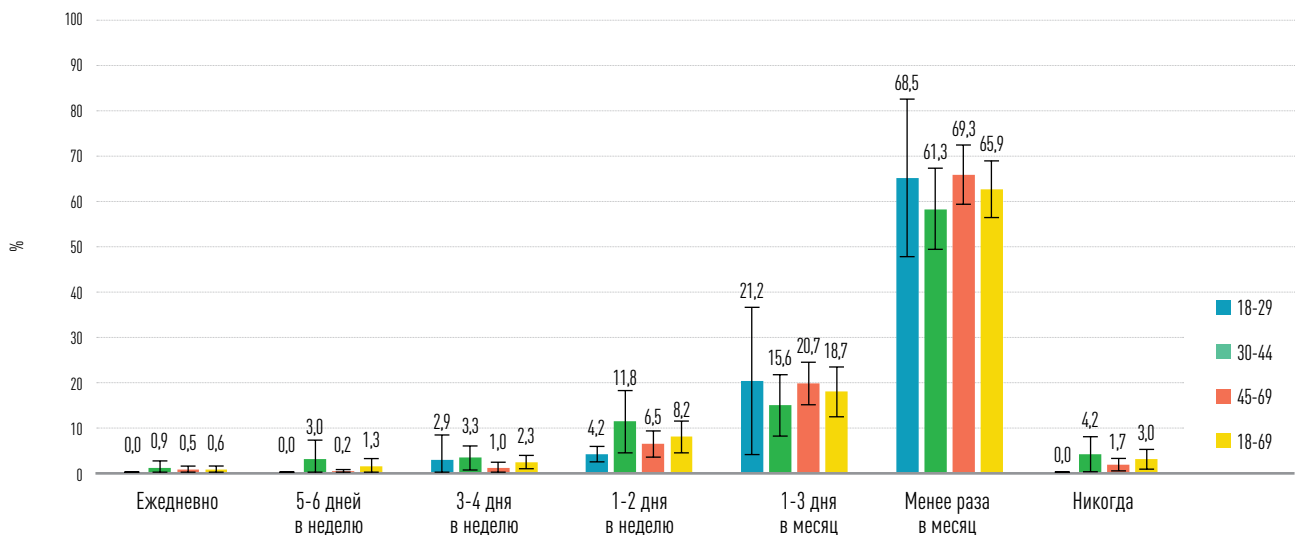
Таблица 33. Доля населения, ранее употреблявшего алкоголь, отказавшегося от употребления алкоголя в связи с ухудшением здоровья, по возрастным группам и полу, (%)

Среди лиц, ранее употреблявших алкоголь, треть (32%) отметили, что отказались от употребления алкоголя по причине ухудшения здоровья. При этом, наибольшая доля бросивших употреблять алкоголь в связи с ухудшением состояния здоровья зарегистрирована в возрастной группе 45–69 лет – 36,6% (95% ДИ: 26,1–47,0) (Таблица 33).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	5	21,8	0,0-61,2	3	37,0	37,0-37,0	8	25,0	0,0-56,6
30–44	21	31,4	9,2-53,5	9	20,5	0,0-43,8	30	29,1	11,3-46,8
45–69	64	30,3	18,1-42,5	32	52,4	36,2-68,7	96	36,6	26,1-47,0
18–69	90	28,9	17,6-40,2	44	41,5	33,0-49,9	134	32,0	21,9-42,1

Среди населения, употреблявшего алкоголь в течение последних 12 месяцев, более половины (65,9%; 95% ДИ: 59,3–72) употребляют алкоголь реже 1 раза в месяц, каждый пятый (18,7%; 95% ДИ: 12,9–24,5) употребляет алкоголь 1–3 раза в месяц, каждый двенадцатый (8,2%; 95% ДИ: 4,5–11,9) – 1–2 раза в неделю, и лишь каждый сотый (1,3%; 95% ДИ: 0,0–3,1) употребляет алкоголь почти ежедневно или ежедневно – 5–6 дней в неделю (Рисунок 4).

Рисунок 4. Распределение употребляющего алкоголь населения по частоте потребления алкоголя за последние 12 месяцев, по возрастным группам, оба пола, (%)



Случаи употребления алкоголя среди женщин ежедневно, 5–6 дней в неделю и 3–4 дня в неделю не выявлены. Доля женщин, употреблявших алкоголь за последние 12 месяцев менее одного раза в месяц, составила 85,3% (95% ДИ: 79,2–91,4), мужчин – 63,1% (95% ДИ: 55,6–70,6), соответственно. (Таблица 34).

Таблица 34. Распределение употребляющего алкоголь населения по частоте потребления алкоголя за последние 12 месяцев и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Ежедневно		5-6 дней в неделю		3-4 дня в неделю		1-2 дня в неделю		1-3 дня в месяц		< 1 раза в месяц	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины	471	0,6	0,0-1,5	1,5	0,0-3,6	2,7	0,9-4,4	9,0	4,9-13,1	20,3	13,9-26,8	63,1	55,6-70,6
Женщины	97	-	-	-	-	-	-	2,7	1,9-3,6	7,3	3,9-10,7	85,3	79,2-91,4
Оба пола	568	0,6	0,0-1,4	1,3	0,0-3,1	2,3	0,8-3,9	8,2	4,5-11,9	18,7	12,9-24,5	65,9	59,3-72,5

Достоверно оценить употребление алкоголя среди женщин не представляется возможным из-за малого числа ответов на вопросы (менее 50), что может быть связано с информационной ошибкой, обусловленной сокрытием чувствительной информации, или с дачей социально приемлемых ответов о воздержании от приема алкоголя.

СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, УПОТРЕБЛЯВШЕГО АЛКОГОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ, **БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ (65,9%) УПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЬ РЕЖЕ 1 РАЗА В МЕСЯЦ**

Таблица 35. Среднее число случаев приема алкоголя в месяц среди употребляющего алкоголь в настоящее время (в течение последних 30 дней) населения, по возрастным группам и полу, (М, число случаев)

На момент исследования среднее число случаев приема алкоголя в месяц среди мужского населения, употребляющего алкоголь в настоящее время, составило 3,5 случая в месяц, наибольшее число (4,8 случая в месяц) которых приходится на возрастную группу 30–44 года (**Таблица 35**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	п	М	п	М	п	М
18–29	6	1,8	2	2,0	8	1,8
30–44	41	4,8	9	2,1	50	4,5
45–69	104	3,2	9	1,8	113	3,1
18–69	151	3,5	20	2,0	171	3,3

Таблица 36. Среднее максимальное число стандартных порций алкоголя, употребленных за один прием (в течение последних 30 дней), по возрастным группам и полу, (М, число порций)

При этом, среднее максимальное число стандартных порций алкоголя, которые были употреблены за один прием в течение последних 30 дней среди мужчин, составило 3,6 порций (**Таблица 36**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	п	М	п	М	п	М
18–29	5	2,1	2	3	7	2,2
30–44	39	3,8	8	3,0	47	3,7
45–69	97	4,0	7	2,5	104	3,9
18–69	141	3,6	17	2,9	158	3,5

Таблица 37. Среднее максимальное число стандартных порций алкоголя, употребленных за один прием (в течение последних 30 дней), по возрастным группам и полу, (М, число порций)

Риск развития НИЗ, связанный с употреблением алкоголя, оценивали по среднему количеству принятого алкоголя за один раз в течение последних 30 дней. Этому риску подвержены в основном мужчины. Более половины мужчин подвержены низкому риску развития НИЗ (60,4%; 95% ДИ: 45,7–75,1) и каждый восьмой (12,3%; 95% ДИ: 5,6–19,1) – высокому риску развития НИЗ (**Таблица 37**).

Пол	Высокий			Средний		Низкий	
	п	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины	146	13,5	6,5-20,5	26,1	13,3-38,9	60,4	45,7-75,1
Женщины	20	2,4	0,0-5,4	72,0	45,4-98,5	25,6	0,5-50,6
Оба пола	166	12,3	5,6-19,1	30,8	17,5-44,2	56,8	42,7-70,9

Анализ данных показывает, что 2,7% (95% ДИ: 1,6–3,8) мужчин и 0,2% (95% ДИ: 0,0–0,5) женщин сообщили об эпизодическом употреблении алкоголя в больших разовых количествах за последний месяц. При этом,

наибольшая доля мужчин, употреблявших шесть и более стандартных порций алкоголя за один прием в течение последних 30 дней, отмечена в возрастной группе 45–69 лет (5,5%; 95% ДИ: 1,6–3,8) (Таблица 38).

Таблица 38. Доля жителей, которые хотя бы один раз выпили шесть или более стандартных порций алкоголя за последние 30 дней, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	0,8	0,0-1,9	229	0,3	0,0-0,8	467	0,5	0,0-1,1
30–44	421	2,6	1,1-4,2	797	0,1	0,0-0,2	1218	1,3	0,5-2,1
45–69	892	5,5	2,7-8,3	1218	0,3	0,1-0,6	2110	2,8	1,4-4,1
18–69	1488	2,7	1,6-3,8	2307	0,2	0,0-0,5	3795	1,4	0,9-2,0

Среднее число случаев приема шести или более стандартных порций алкоголя в течение последних 30 дней среди употребляющих в настоящее время алкоголь мужчин составляет 1,1 раза (Таблица 39).

Таблица 39. Среднее число случаев приема шести или более стандартных порций алкоголя в течение последних 30 дней среди употребляющего в настоящее время алкоголь населения, по возрастным группам и полу, (M, среднее число случаев)

Возрастные группы (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	n	M	n	M	n	M
18–29	6	1,0	2	1,0	8	1,0
30–44	34	1,2	7	0,1	41	1,0
45–69	89	1,1	9	0,6	98	1,0
18–69	129	1,1	18	0,5	147	1,0

2,6% (95% ДИ: 0,0–5,4) мужчин, употребляющих алкоголь в настоящее время, отметили употребление незарегистрированного алкоголя: алкоголь домашнего приготовления, любой вид алкоголя, привезенный из-за границы, спиртосодержащие жидкости, или другие виды алкоголя, не облагаемые акцизным налогом (Таблица 40).

Таблица 40. Доля населения, употреблявшего незарегистрированный алкоголь за последние 7 дней, среди употребляющего алкоголь в настоящее время населения, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	8	0,0	0,0-0,0	2	51,6	0,0-100,0	10	5,6	0,0-17,7
30–44	44	3,7	0,0-8,3	9	17,8	0,0-85,6	53	5,3	0,0-11,2
45–69	113	3,0	0,0-6,4	9	0,0	0,0-0,0	122	2,8	0,0-6,0
18–69	165	2,6	0,0-5,4	20	21,1	0,0-94,8	185	4,3	0,0-9,0

Большинство употребляющих алкоголь в настоящее время жителей страны – 82,7% (95% ДИ: 76,7–88,7), отметили, что за последние 12 месяцев у них никогда не возникало потребности в выпивке утром (желания опохмелиться). Потребность в утренней выпивке для уменьшения похмельного синдрома ежемесячно или еще чаще отметили 1,1% (95% ДИ: 0,3-1,9) мужчин.

Таблица 41. Доля употребляющего алкоголь населения в зависимости от частоты неспособности прекратить выпивать после начала употребления алкоголя за последние 12 месяцев, по полу, (%)

Пол	n	Раз в месяц или чаще		Меньше, чем раз в месяц		Никогда	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины	438	1,1	0,3-1,9	16,9	10,4-23,3	82,0	75,3-88,8
Женщины	95	0	0	12,4	6,7-18,0	87,6	82,0-93,3
Оба пола	533	1,0	0,3-1,7	16,3	10,5-22,0	82,7	76,7-88,7

Среди женщин не было зафиксировано ни одного ответа на этот вопрос. Потребность в утренней выпивке реже, чем раз в месяц, отметили 16,9% (95% ДИ: 10,4–23,3) мужчин и 12,4% (95% ДИ: 6,7–18,0) женщин, употребляющих алкоголь (Таблица 41).

Таблица 42. Распределение населения по частоте возникновения проблем в семье или с партнерами, связанных с употреблением алкоголя, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	n	Ежемесячно или чаще		Меньше, чем раз в месяц		Никогда	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	447	0,0	0,0-0,0	5,6	2,2-8,9	94,4	91,1-97,8
30–44	1172	0,4	0,1-0,7	6,0	4,1-8,0	93,6	91,6-95,7
45–69	2028	0,2	0,0-0,5	8,9	5,3-12,4	90,9	87,3-94,6
18–69	3647	0,2	0,1-0,3	6,7	4,2-9,1	93,1	90,7-95,6

У большинства жителей (93,1%; 95% ДИ: 90,7–95,6) никогда не возникало проблем в семье/с партнером из-за употребления алкоголя кем-то другим (посторонними лицами) в течение последних 12 месяцев. Такой ответ дали 92,6% (95% ДИ: 90,2–95,0) мужчин и 93,7% (95% ДИ: 90,4–97,0) женщин (Таблица 42).

Выводы:

- Четыре пятых взрослого населения страны (82,4%), подавляющее большинство женщин (95,2%), и более двух третей мужчин (69,1%) воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни;
- Каждый двадцатый житель страны (4,7%) употребляет алкоголь в настоящее время, причем мужчин среди потребителей алкоголя в несколько раз больше, чем женщин - 8,7% и 0,8%, соответственно;
- Каждый десятый житель (10,6%) употребил алкоголь как минимум однажды в течение последних 12 месяцев, причем женщин среди них статистически значимо в несколько раз меньше (2,9%), чем мужчин (18,6%);
- Употребляющие алкоголь в настоящее время мужчины в среднем в месяц выпивают 3,5 раза. При этом среднее максимальное количество выпиваемых за раз стандартных порций алкоголя составляет 3,6 порций;
- Небольшая доля мужского (2,7%) и женского (0,2%) населения отметили эпизодическое употребление алкоголя в больших разовых количествах за последний месяц. Случаи ежедневного употребления алкоголя выявлены только среди незначительной части мужчин (0,6%);
- 2,6% мужчин употребляют незарегистрированный алкоголь;
- Среди лиц, ранее употреблявших алкоголь, треть (32%) отметили, что отказались от употребления алкоголя по причине ухудшения здоровья;
- 60,4% мужского населения, употребляющего алкоголь в настоящее время, подвержены низкому риску развития НИЗ, связанному с приемом алкоголя, 26,1% - среднему, и 13,5% - высокому риску.

82,7%
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
АЛКОГОЛЬ
В НАСТОЯЩЕЕ
ВРЕМЯ ОТМЕТИЛИ,
ЧТО ЗА ПОСЛЕДНИЕ
12 МЕСЯЦЕВ У НИХ
НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЛО
ПОТРЕБНОСТИ В ВЫПИВКЕ
УТРОМ (ЖЕЛАНИЯ
ОПОХМЕЛИТЬСЯ)

Рацион питания

Употребление фруктов и овощей

Наряду с такими вредными привычками, как употребление алкоголя и курение, к факторам риска развития НИЗ также относятся недостаточное употребление фруктов и овощей и чрезмерное потребление пищевой поваренной соли.

Ежедневное употребление как минимум 5 порций (400 г) овощей и/или фруктов, а также сокращение потребления соли до менее 5 г в день (эквивалентно 2 г натрия в день) рекомендовано ВОЗ в качестве профилактической меры развития НИЗ (20).

Вопросы анкеты по рациону питания включали несколько блоков: употребление респондентами фруктов и овощей, пищевой соли, растительных или животных жиров для приготовления пищи. Результаты ответов оценивались с разбивкой по полу и возрасту.

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

В связи с тем, что опрос респондентов был проведен в летнее время, показатели употребления овощей и фруктов в данном исследовании могут быть выше.

В среднем, жители страны употребляют фрукты 5,5 (95% ДИ: 5,4–5,7) дней в неделю, мужчины – 5,6 (95% ДИ: 5,4–5,8), женщины – 5,4 (95% ДИ: 5,3–5,6) дней в неделю. Статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами и среди возрастных групп по этому показателю выявлено не было (Таблица 43).



В среднем, жители страны употребляют

фрукты
5,5
дней в неделю

Таблица 43. Среднее число дней потребления фруктов в течение обычной недели, по возрастным группам и полу, (М, число дней)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	164	5,8	5,4–6,1	280	5,5	5,2–5,8	444	5,6	5,3–5,9
30–44	407	5,6	5,4–5,8	777	5,4	5,3–5,6	1184	5,5	5,4–5,7
45–69	848	5,4	5,3–5,6	1178	5,4	5,2–5,5	2026	5,4	5,3–5,5
18–69	1419	5,6	5,4–5,8	2235	5,4	5,3–5,6	3654	5,5	5,4–5,7

Жители страны употребляет в среднем в день 4,3 (95% ДИ: 3,9–4,6) порций фруктов, при отсутствии статистически значимой разницы по полу и возрасту (Таблица 44).

Таблица 44. Среднее число порций фруктов, употребляемых в день, по возрастным группам и полу, (М, число порций)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	161	4,5	3,9–5,1	277	4,2	3,7–4,7	438	4,3	3,8–4,9
30–44	400	4,2	3,9–4,5	771	4,2	3,9–4,4	1171	4,2	4,0–4,4
45–69	841	4,2	3,8–4,6	1173	4,3	4,0–4,5	2014	4,2	3,9–4,5
18–69	1402	4,3	3,9–4,7	2221	4,2	3,9–4,5	3623	4,3	3,9–4,6

Таблица 45. Среднее число дней потребления овощей в течение обычной недели, по возрастным группам и полу, (М, число дней)

Среднее число дней потребления овощей в течение обычной недели статистически значимо выше, чем фруктов и составляет 6,3 дня в неделю (95% ДИ: 6,2–6,3). Статистически значимой разницы по полу и возрасту не зарегистрировано (**Таблица 45**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	166	6,5	6,2-6,7	282	6,2	6,0-6,4	448	6,3	6,2-6,5
30–44	407	6,4	6,2-6,5	783	6,2	6,1-6,3	1190	6,3	6,2-6,4
45–69	854	6,2	6,0-6,3	1184	6,1	5,9-6,2	2038	6,1	6,0-6,2
18–69	1427	6,4	6,2-6,5	2249	6,1	6,0-6,3	3676	6,3	6,2-6,3

Таблица 46. Среднее число порций овощей, употребляемых в день, по возрастным группам и полу, (М, число порций)

В среднем, взрослым населением страны потребляется 5,5 (95% ДИ: 5,2–5,8) порций овощей в день. Статистически значимой разницы по полу и возрасту не наблюдается (**Таблица 46**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	164	5,7	5,1-6,3	279	5,4	4,9-5,9	443	5,5	5,1-6,0
30–44	402	5,5	5,1-5,9	779	5,4	5,1-5,7	1181	5,5	5,2-5,7
45–69	844	5,3	5,0-5,6	1174	5,5	5,2-5,8	2018	5,4	5,1-5,6
18–69	1410	5,5	5,2-5,9	2232	5,4	5,2-5,7	3642	5,5	5,2-5,8

Таблица 47. Распределение населения по числу порций фруктов и/или овощей, употребляемых в среднем в день, по полу, (%)

84% (95% ДИ: 81,5–86,5) населения отметили употребление более 5 смешанных порций (400 г) овощей и/или фруктов в день, согласно рекомендациям ВОЗ. Доля населения, которое употребляет в среднем 3–4 порции в день составляет 9,8% (95% ДИ: 8,2 –11,5), тогда как 1–2 порции – 6% (95% ДИ: 4,5–7,6), а тех, кто совсем не употребляет фрукты и овощи – лишь 0,2% (95% ДИ: 0–0,3). При этом, не выявлено статистически значимой разницы по полу и возрасту (**Таблица 47**).

Возрастные группы (лет)	Не употребляют фрукты и/или овощи		1-2 порции		3-4 порции		≥5 порций		
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины	1417	0,1	0,0-0,3	4,8	2,8-6,8	9,8	7,3-12,2	85,3	81,9-88,6
Женщины	2236	0,2	0,0-0,3	7,2	4,9-9,4	9,9	7,9-11,9	82,8	79,9-85,7
Оба пола	3653	0,2	0,0-0,3	6,0	4,5-7,6	9,8	8,2-11,5	84,0	81,5-86,5

Шестая часть населения (16,0%; 95% ДИ: 13,5–18,5) употребляет менее пяти порций овощей и/или фруктов в среднем в день (Таблица 48), при отсутствии статистически значимой разницы по полу и возрасту.

Таблица 48. Доля населения, употребляющего менее пяти порций фруктов и/или овощей в среднем в день, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	164	14,1	7,8–20,3	279	19,1	13,2–25,0	443	16,6	11,6–21,5
30–44	403	13,1	9,1–17,2	781	16,1	13,0–19,2	1184	14,7	12,1–17,2
45–69	850	17,4	13,5–21,4	1176	16,0	13,0–19,0	2026	16,7	13,9–19,5
18–69	1417	14,7	11,4–18,1	2236	17,2	14,3–20,1	3653	16,0	13,5–18,5

89,7% (ДИ 95%: 86,7–92,7) населения употребляют пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле, 9,4% (ДИ 95%: 6,5–12,4) – на животном жире (говяжьим, бараньим, свином, конском, верблюжьим и т.д.), 0,7% (ДИ 95%: 0,3–1,1) – на сливочном или топленом масле, 0,1% (ДИ 95%: 0,7–1,6) – на маргарине (Таблица 49).

Таблица 49. Распределение населения по типу чаще всего используемого масла или жира для приготовления пищи дома, (%)

n	растительное масло		животный жир		сливочное масло		маргарин		другие виды		тип масла/ жира не определен	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
3754	89,7	86,7–92,7	9,4	6,5–12,4	0,7	0,3–1,1	0,1	0–0,22	0,02	0–0,04	0,04	0–0,1

Взрослое население страны в среднем 2,6 (ДИ 95%: 2,1–3,1) раза в неделю питается вне дома (Таблица 50).

Таблица 50. Среднее число приемов пищи в неделю, употребляемой вне дома, по возрастным группам и полу (М, число приемов пищи)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	3,9	2,5–5,3	264	264	2,27	--	419	3,1	2,0–4,2
30–44	3,1	2,7–3,4	720	720	2,0	--	1087	2,5	2,3–2,7
45–69	2,2	2,0–2,4	1122	1122	1,8	--	1906	2,0	1,8–2,1
18–69	3,2	2,5–3,8	2250	2250	2,0	--	3412	2,6	2,1–3,1

Выводы:

- В среднем в день жители Республики Узбекистан употребляют 5,5 порций овощей и/или фруктов: мужчины 5,5, – женщины 5,4 порций;
- В среднем взрослое население употребляет фрукты 5,5 дней в неделю по 4,3 порции в день;
- Овощи употребляются мужчинами и женщинами 6,3 дня в неделю по 5,5 порций в день;
- Большинство населения (84%) употребляет 5 и более порций овощей и/или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ;
- Шестая часть населения (16,0%; 95% ДИ: 13,5–18,5) употребляет менее пяти порций овощей и/или фруктов в среднем в день;
- 89,7% населения употребляют пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле и 9,4% – на животном жире;
- 2,6 раза в неделю жители страны питаются вне дома.

Употребление соли

Респонденты были опрошены на предмет контроля потребления соли, добавления соли в пищу перед едой 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. Для более точной оценки употребления соли респондентам представлялись демонстрационные карточки возможных ответов с указанием продуктов питания с повышенным содержанием соли.

Таблица 51. Доля населения, всегда или часто добавляющего соль, соленые соусы или соленые подливы в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды, по возрастным группам и полу, (%)

Более трети жителей (36,6%; 95% ДИ: 32,7–40,5) отметили, что всегда или часто добавляют соль, соленые соусы или соленые подливы в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды (**Таблица 51**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	171	32,1	22,3–41,9	285	36,0	28,1–43,9	456	34,0	27,2–40,9
30–44	413	35,0	29,1–40,9	791	38,9	34,9–42,8	1204	37,0	33,0–40,9
45–69	863	37,1	30,9–43,3	1208	41,8	37,6–46,0	2071	39,6	35,2–44,1
18–69	1447	34,4	29,2–39,6	2284	38,7	34,6–42,7	3731	36,6	32,7–40,5

Таблица 52. Доля жителей, всегда или часто употребляющих переработанные продукты с высоким содержанием соли, по возрастным группам и полу, (%)

Всегда или часто употребляют переработанные продукты с высоким содержанием соли 36,2% (95% ДИ: 32,2–40,3) населения (**Таблица 52**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	165	31,5	20,9–42,0	283	36,9	29,6–44,3	448	34,2	27,4–41,0
30–44	403	36,6	29,9–43,3	788	37,7	33,9–41,5	1191	37,2	32,9–41,4
45–69	845	35,1	28,6–41,6	1201	40,5	36,1–44,9	2046	38,0	33,4–42,6
18–69	1413	34,0	28,1–40,0	2272	38,3	34,4–42,1	3685	36,2	32,2–40,3

Таблица 53. Доля жителей, которые считают, что употребляют много или слишком много соли, по возрастным группам и полу, (%)

Несмотря на данные, приведенные выше, только 21,0% (95% ДИ: 17,5–24,5) населения, употребляющего соль и переработанные продукты с высоким содержанием соли, высказали мнение о том, что употребляют много или слишком много соли (**Таблица 53**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	162	16,5	8,6–24,4	276	22,3	17,3–27,2	438	19,4	14,0–24,7
30–44	394	21,4	16,2–26,5	763	22,2	19,1–25,3	1157	21,8	18,7–24,9
45–69	847	20,8	14,9–26,6	1179	23,8	20,4–27,2	2026	22,4	18,4–26,3
18–69	1403	19,2	14,0–24,3	2218	22,7	20,0–25,5	3621	21,0	17,5–24,5

Каждый второй житель страны (51,7%; 95% ДИ: 47,1–56,4) указал, что употребляет соль в нужном количестве. Каждый шестой (17,6%; 95% ДИ: 15,1–20,1) отметил, что употребляет мало соли. Почти каждый десятый (9,7%; 95% ДИ: 5,9–13,5) считает, что употребляет слишком мало соли. Седьмая часть жителей (16,4%; 95% ДИ: 13,5–19,3) отметили, что употребляют много соли и только 4,6% (95% ДИ: 3,1–6,2) заявили, что употребляют слишком много соли и переработанные продукты с высоким содержанием соли (Таблица 54).

Таблица 54. Распределение населения по количеству потребляемой соли согласно самооценке потребления соли, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	Слишком много			Много		Нормальное (среднее) количество		Мало		Слишком мало	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	438	5,1	1,9–8,3	14,2	9,8–18,7	52,0	43,2–60,8	15,9	10,9–20,8	12,8	4,5–21,0
30–44	1157	3,9	2,3–5,5	17,9	15,2–20,6	54,5	50,0–59,0	15,8	12,5–19,2	7,9	5,6–10,1
45–69	2026	4,6	3,5–5,7	17,7	14,4–21,1	48,6	44,5–52,8	21,6	18,8–24,3	7,4	5,9–9,0
18–69	3621	4,6	3,1–6,2	16,4	13,5–19,3	51,7	47,1–56,4	17,6	15,1–20,1	9,7	5,9–13,5

Более трети населения 38,4% (95% ДИ: 33,8–43,0) осознают в какой-то степени важность сокращения соли в рационе. Пятая часть жителей (22,4%; 95% ДИ: 16,6–28,2) считают очень важным сокращение соли и продуктов с ее высоким содержанием. Тогда как 39,2% (95% ДИ: 33,4–45,0) населения считают, что совсем не важно сокращать соль в своем рационе питания (Таблица 55).

Таблица 55. Распределение населения в зависимости от степени осознания важности сокращения соли в рационе питания, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	Очень важно			В какой-то степени важно		Совсем неважно	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	337	23,8	13,1–34,5	36,3	27,7–44,8	39,9	30,7–49,2
30–44	908	20,9	15,9–25,9	41,0	35,5–46,4	38,1	32,1–44,1
45–69	1527	22,1	17,6–26,6	38,5	34,8–42,3	39,3	33,6–45,1
18–69	2772	22,4	16,6–28,2	38,4	33,8–43,0	39,2	33,4–45,0

Каждый третий житель 37,3% (95% ДИ: 32,2–42,4) считает, что потребление большого количества соли может причинить серьезные проблемы здоровью: среди мужчин так считают – 42,5% (95% ДИ: 36,2–48,7), среди женщин – 32,4% (95% ДИ: 27,5–37,4) (Таблица 56).

Таблица 56. Доля населения, считающего, что употребление большого количества соли может причинить серьезные проблемы здоровью, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	50,2	39,2–61,2	292	32,3	24,4–40,2	467	41,3	32,6–50,0
30–44	421	42,4	36,5–48,4	797	32,6	27,6–37,7	1218	37,4	32,9–41,9
45–69	892	31,3	26,2–36,3	1218	32,4	26,8–38,1	2110	31,9	27,1–36,7
18–69	1488	42,5	36,2–48,7	2307	32,4	27,5–37,4	3795	37,3	32,2–42,4

Таблица 57. Доля населения, ограничивающего потребление обработанных продуктов, по возрастным группам и полу, (%)

Пятая часть населения 19,2% (95% ДИ: 15,2–23,1) ограничивают потребление обработанных продуктов, среди мужчин таковых – 20,9% (95% ДИ: 15,9–25,9), среди женщин – 17,6% (95% ДИ: 13,6–21,5) (**Таблица 57**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	20,7	11,3-30,2	292	15,2	9,6-20,8	467	18,0	11,6-24,4
30–44	421	20,6	15,7-25,5	797	18,7	14,3-23,0	1218	19,6	15,7-23,5
45–69	892	21,3	16,5-26,2	1218	19,5	14,3-24,6	2110	20,3	15,8-24,9
18–69	1488	20,9	15,9-25,9	2307	17,6	13,6-21,5	3795	19,2	15,2-23,1

Таблица 58. Доля населения, которое проверяет содержание соли или натрия на этикетках продуктов питания, по возрастным группам и полу, (%)

Только 8,7% (95% ДИ: 6,1–11,2) обращают внимание на содержание соли или натрия на этикетках продуктов питания (**Таблица 58**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	10,4	2,6-18,1	292	7,9	3,8-12,0	467	9,1	4,1-14,2
30–44	421	9,3	6,1-12,6	797	8,4	5,7-11,1	1218	8,9	6,6-11,1
45–69	892	6,4	4,1-8,6	1218	9,2	6,1-12,4	2110	7,9	5,6-10,2
18–69	1488	8,9	5,3-12,6	2307	8,5	6,0-11,0	3795	8,7	6,1-11,2

Таблица 59. Доля населения, которое покупает альтернативные продукты с низким содержанием соли, по возрастным группам и полу, (%)

Альтернативные продукты с низким содержанием соли/натрия покупает десятая часть жителей страны 11,1% (95% ДИ: 8,3–13,9) (**Таблица 59**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	15,2	6,9-23,4	292	6,0	2,4-9,6	467	10,6	5,4-15,8
30–44	421	12,9	9,0-16,8	797	11,0	7,7-14,2	1218	11,9	8,9-14,8
45–69	892	10,2	7,4-13,0	1218	11,6	8,8-14,3	2110	10,9	8,6-13,3
18–69	1488	13,1	8,9-17,2	2307	9,2	7,0-11,5	3795	11,1	8,3-13,9

Таблица 60. Доля населения, которое избегает употребления пищи, приготовленной вне дома, по возрастным группам и полу, (%)

Каждый шестой житель 14,8% (95% ДИ: 11,4–18,2) указал на то, что избегает употребления пищи, приготовленной вне дома в целях контроля за потреблением соли (**Таблица 60**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	20,9	11,6-30,1	292	10,4	5,4-15,3	467	15,7	9,4-21,9
30–44	421	15,6	11,0-20,2	797	14,4	10,8-18,1	1218	15,0	11,7-18,3
45–69	892	12,7	9,4-15,9	1218	14,1	10,7-17,6	2110	13,4	10,6-16,3
18–69	1488	17,0	12,2-21,7	2307	12,8	9,9-15,6	3795	14,8	11,4-18,2

Лишь 5,4% (95% ДИ: 3,0–7,8) используют другие меры контроля за потреблением соли (Таблица 61).

Таблица 61. Доля населения, которое использует другие меры контроля за потреблением соли, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	9,5	1,7–17,3	292	5,1	1,6–8,6	467	7,3	2,5–12,1
30–44	421	5,1	2,5–7,6	797	4,0	2,3–5,7	1218	4,5	2,8–6,2
45–69	892	4,4	2,7–6,1	1218	3,0	1,7–4,3	2110	3,7	2,3–5,0
18–69	1488	6,7	3,0–10,5	2307	4,1	2,3–6,0	3795	5,4	3,0–7,8

Выводы:

- Каждый третий взрослый житель страны (36,6%) всегда или часто досаливает, или добавляет соленый соус к своей пище перед ее употреблением или непосредственно во время еды;
- Каждый пятый житель (21,0%) осознает, что употребляет большое количество соли и продуктов с высоким ее содержанием;
- Более половины (60,8%) населения в различной степени осознает важность сокращения соли в рационе. Из них 22,4% считают сокращение потребления соли очень важным и 38,4% в какой-то степени важным;
- Каждый третий взрослый житель (37,3%) понимает, что потребление большого количества соли может причинить серьезные проблемы здоровью. При этом только пятая часть (19,2%) населения ограничивает потребление обработанных продуктов, среди них больше мужчин, чем женщин;
- Каждый пятый житель (20,2%) избегает употребления пищи в целях контроля за потреблением соли: 14,8% избегают употребления пищи, приготовленной вне дома, и лишь 5,4% используют другие меры контроля за потреблением соли.

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 кровяное давление, диабет, рак груди и толстой кишки, а также депрессии (21).

В проведенное исследование был включен комплекс вопросов по оценке выполняемой физической нагрузки взрослым населением.

Для расчета категориального индикатора по рекомендованному уровню физической нагрузки для здоровья принимается во внимание общее время, уделенное физической активности на протяжении типичной недели, и интенсивность физической нагрузки.



Только

8,7%
обращают
внимание на
содержание
соли

или натрия на
этикетках продуктов
питания



26,1%

населения не соответствуют требованиям ВОЗ в отношении

физической активности

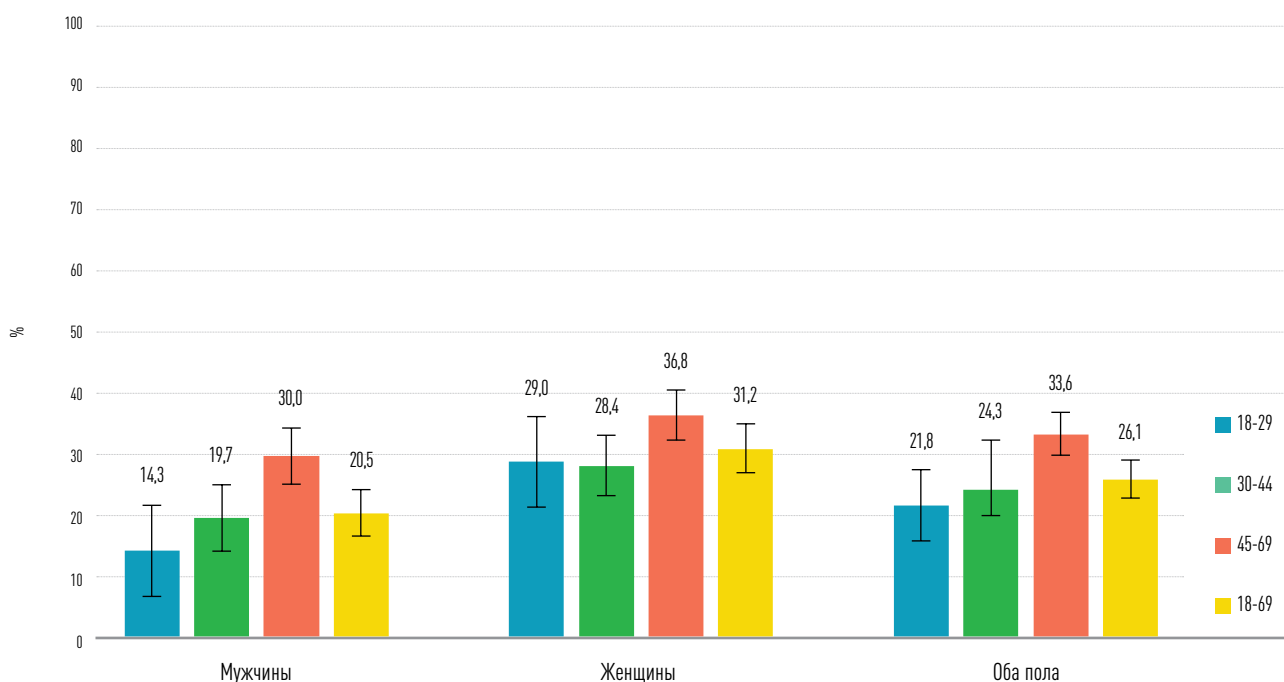
Рисунок 5. Доля населения, у которого физическая активность не соответствует рекомендациям ВОЗ по физической активности, по возрастным группам и полу, (%)

На протяжении недели, включая активность на работе, во время передвижений и на досуге взрослые, согласно рекомендациям ВОЗ, должны достигать:

- 150 минут физической активности умеренной интенсивности или;
- 75 минут интенсивной физической активности или;
- эквивалент комбинации умеренной и интенсивной физической нагрузки, по меньшей мере, 600 MET-минут (MET - метаболические эквиваленты, широко применяемые для определения интенсивности физической активности) [2].

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

Анализ всех этих показателей продемонстрировал, что 26,1% (95% ДИ: 23,0–29,3) населения не соответствуют требованиям ВОЗ в отношении физической активности. Среди мужчин низкий уровень физической активности имеют 20,5% (95% ДИ: 16,7–24,4), среди женщин – 31,2% (95% ДИ: 27,2–35,3) (**Рисунок 5**).



Более трети населения (36,2%; 95% ДИ: 32,3–40,1) имеют низкий уровень общей физической активности, четвертая часть (22,9%; 95% ДИ: 20,0–25,7) – средний уровень и менее половины (40,9%; 95% ДИ: 36,2–45,7) – высокий уровень. Среди жителей старшей возрастной группы (45–69 лет), доля лиц с высоким уровнем физической активности статистически значимо

меньше (31,8%; 95% ДИ: 28,4–35,3), чем в молодой (18–29 лет) (46,8%; 95% ДИ: 38,0–55,6) и средней (30–44 года) возрастных группах (42,4%; 95% ДИ: 37,4–47,4) (Таблица 62)

Таблица 62. Распределение населения по уровню общей физической активности согласно рекомендациям ВОЗ, по возрастным группам, оба пола (%)

Возрастные группы (лет)	Низкий			Средний		Высокий	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	425	30,4	23,5-37,3	22,8	17,1-28,4	46,8	38,0-55,6
30–44	1138	35,0	30,3-39,6	22,7	19,0-26,4	42,4	37,4-47,4
45–69	1981	44,9	40,9-49,0	23,2	20,6-25,9	31,8	28,4-35,3
18–69	3544	36,2	32,3-40,1	22,9	20,0-25,7	40,9	36,2-45,7

Выявлено, что половина мужчин (50,9%; 95% ДИ: 44,7–57,1) имеют высокий уровень общей физической активности, а пятая часть (20,5%; 95% ДИ: 16,7–24,4) – средний уровень (Таблица 63).

Таблица 63. Распределение мужчин по уровню общей физической активности согласно рекомендациям ВОЗ, по возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	Низкий			Средний		Высокий	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	151	18,8	10,5-27,1	21,2	13,6-28,7	60,0	48,4-71,7
30–44	377	28,9	22,5-35,2	20,4	15,8-24,9	50,8	44,1-57,5
45–69	813	41,7	36,4-47,0	19,9	16,6-23,2	38,4	33,5-43,3
18–69	1341	28,6	23,8-33,3	20,5	16,7-24,4	50,9	44,7-57,1

Среди женщин наблюдается иная картина: менее половины (43,1%; 95% ДИ: 38,4–47,9) имеют низкий уровень общей физической активности, и одна четвертая часть (25,0%; 95% ДИ: 21,4–28,6) – средний уровень (Таблица 64).

Таблица 64. Распределение женщин по уровню общей физической активности согласно рекомендациям ВОЗ, по возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	Низкий			Средний		Высокий	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	274	41,6	33,4-49,7	24,3	17,3-31,4	34,1	26,1-42,1
30–44	761	40,5	34,9-46,1	24,8	20,1-29,4	34,7	29,5-39,9
45–69	1168	47,7	43,2-52,2	26,1	22,6-29,5	26,2	22,5-29,9
18–69	2203	43,1	38,4-47,9	25,0	21,4-28,6	31,9	27,3-36,4

Среднее время, затрачиваемое на общую физическую активность в день, составляет 129,8 минут (95% ДИ: 116,1–143,5), при этом мужчины тратят статистически значимо больше времени (168,1 минут; 95% ДИ: 146,0–190,2) по сравнению с женщинами (94,8 минут; 95% ДИ: 84,8–104,8). Мужчины

Таблица 65. Среднее число минут, затрачиваемых на общую физическую активность в среднем в день, по возрастным группам и полу, (М, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	151	193,1	147,3-238,9	274	97,9	79,8-115,9	425	144,5	116,8-172,2
30–44	377	180,2	154,5-205,9	761	106,0	94,3-117,7	1138	141,3	126,2-156,5
45–69	813	121,1	107,2-135,0	1168	80,0	71,7-88,4	1981	99,0	90,2-107,7
18–69	1341	168,1	146,0-190,2	2203	94,8	84,8-104,8	3544	129,8	116,1-143,5

старшей возрастной группы (45–69 лет) тратят статистически значимо меньше времени (121,1 минут; 107,2–135,0) на общую физическую активность в день по сравнению с молодой (193,1 минут; 95% ДИ: 147,3–238,9) и средней (180,2 минут; 95% ДИ: 154,5–205,9) возрастными группами (**Таблица 65**).

Таблица 66. Среднее число минут, затрачиваемых на физическую активность на работе в среднем в день, по возрастным группам и полу, (М, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	151	83,9	54,7-113,1	274	48,1	34,3-61,8	425	65,6	48,5-82,7
30–44	377	110,0	88,4-131,7	761	54,2	45,8-62,7	1138	80,8	69,2-92,4
45–69	813	66,7	55,2-78,1	1168	37,5	31,4-43,6	1981	51,0	44,0-57,9
18–69	1341	86,8	71,3-102,3	2203	46,7	39,3-54,0	3544	65,8	56,7-74,9

Определено, что в среднем жители тратят 65,8 минут (95% ДИ: 56,7–74,9) на физическую активность, связанную с работой, при наличии статистически значимой разницы между женщинами и мужчинами. Мужчины статистически значимо более активны на работе – 86,8 минут (95% ДИ: 71,3–102,3), чем женщины – 46,7 минут (95% ДИ: 39,3–54,0). Мужчины среднего возраста (30–44 лет) статистически значимо более активны (110,0 минут; 95% ДИ: 88,4–131,7), чем мужчины старшего возраста (45–69 лет) (66,7 минут; 95% ДИ: 55,2–78,1) (**Таблица 66**).

Таблица 67. Среднее число минут, затрачиваемых на физическую активность при передвижении в день, по возрастным группам и полу, (М, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	151	57,5	45,7-69,4	274	41,7	34,3-49,1	425	49,5	40,3-58,6
30–44	377	51,3	44,5-58,0	761	39,6	35,1-44,1	1138	45,2	40,9-49,5
45–69	813	38,6	34,3-43,0	1168	32,3	28,5-36,0	1981	35,2	31,8-38,6
18–69	1341	50,1	43,9-56,3	2203	38,1	34,0-42,2	3544	43,8	39,1-48,5

В среднем в день жители страны тратят 43,8 минут (95% ДИ: 39,1–48,5) на физическую активность, связанную с передвижением (транспортом). Женщины, в сравнении с мужчинами, затрачивают статистически значимо меньше времени на передвижение – 38,1 минут (95% ДИ: 34,0–42,2) и 50,1 минут (95% ДИ: 43,9–56,3), соответственно (**Таблица 67**).

Число минут, затрачиваемых населением на физическую активность, связанную с активным **отдыхом**, в среднем в день составляет 20,1 минут (95% ДИ: 14,0–26,3). Женщины тратят на физическую активность статистически

значимо меньше времени – 10 минут (95% ДИ: 8,1–11,9), чем мужчины – 31,2 минуты (95% ДИ: 19,1–43,4). Статистически значимо более активными на отдыхе являются молодые (18–29 лет) мужчины (51,7 минуты (95% ДИ: 24,5–78,9) по сравнению с мужчинами старшего возраста (45–69 лет) (Таблица 68).

Таблица 68. Среднее число минут в день, затрачиваемых на физическую активность при проведении досуга, по возрастным группам и полу, (М, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	151	51,7	24,5–78,9	274	8,1	4,4–11,8	425	29,5	15,1–43,9
30–44	377	18,9	13,2–24,7	761	12,2	9,0–15,4	1138	15,4	12,1–18,7
45–69	813	15,8	11,9–19,7	1168	10,3	7,8–12,7	1981	12,8	10,4–15,3
18–69	1341	31,2	19,1–43,4	2203	10,0	8,1–11,9	3544	20,1	14,0–26,3

Согласно медианному показателю, половина населения физически активна менее 68,5 мин (P25-P75: 17,1–188,5) в день. При этом, половина женщин физически активна менее 51,4 мин (P25-P75: 12,8–145,7) и половина мужчин – менее 97,1 мин (P25-P75: 28,6–257,1) (Таблица 69).

Таблица 69. Медиана минут, затрачиваемых на общую физическую деятельность в среднем в день, по возрастным группам и полу, (М, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	Интерквартильный размах (P25-P75)	n	М	Интерквартильный размах (P25-P75)	n	М	Интерквартильный размах (P25-P75)
18–29	151	137,1	42,8 - 278,5	274	60	12,8–155,7	425	87,8	25,7– 206,4
30–44	377	91,4	28,6 - 292,3	761	57,1	17,1–171,4	1138	72,8	21,4 – 205,7
45–69	813	62,3	15,7 - 180	1168	42,8	8,6–107,1	1981	51,4	12,8 – 132,8
18–69	1341	97,1	28,6–257,1	2203	51,4	12,8 – 145,7	3544	68,5	17,1 – 188,5

Больше половины населения (58,4%; 95% ДИ: 53,8–63,1) указали, что работа не связана с физической активностью: женщины – 63% (95% ДИ: 58,1–67,9), мужчины – 53,5% (95% ДИ: 47,2–59,7) (Таблица 70).

Таблица 70. Доля населения, работа которого не связана с физической активностью, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	151	52,4	40,5–64,3	274	61,5	52,7–70,3	425	57,0	48,6–65,4
30–44	377	48,4	41,2–55,6	761	60,0	54,5–65,5	1138	54,5	49,2–59,7
45–69	813	60,2	54,7–65,6	1168	67,7	63,3–72,2	1981	64,2	60,2–68,2
18–69	1341	53,5	47,2–59,7	2203	63,0	58,1–67,9	3544	58,4	53,8–63,1

Таблица 71. Доля населения, передвижение которого не связано с физической активностью, по возрастным группам и полу, (%)

Почти четверть взрослого населения, что их передвижение не связано с физической активностью – 24,4% (95% ДИ: 21,0–27,9) (**Таблица 71**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	151	16,9	10,3–23,6	274	24,9	17,2–32,5	425	21,0	15,4–26,5
30–44	377	23,2	16,7–29,7	761	27,1	22,2–31,9	1138	25,2	20,9–29,5
45–69	813	24,9	20,5–29,3	1168	30,7	26,3–35,2	1981	28,0	24,4–31,7
18–69	1341	21,2	16,9–25,5	2203	27,4	23,3–31,4	3544	24,4	21,0–27,9

Таблица 72. Доля населения с отсутствием физической активности при проведении досуга, по возрастным группам и полу, (%)

Почти три четверти населения 70,5% (95% ДИ: 66,6–74,3) отметили отсутствие физической активности, связанной с досугом. Статистически значимо больше женщин – 77,7% (95% ДИ: 74,2–81,1), чем мужчин – 62,6% (95% ДИ: 56,5–68,6), не занимаются физической активностью при проведении досуга. Выявлено также, что в более молодом возрасте (18–29 лет) доля мужчин, не занимающихся физической активностью при проведении досуга, статистически значимо меньше, чем в старшей (45–69 лет) возрастной группе (**Таблица 72**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	151	50,8	38,9–62,7	274	76,8	70,3–83,3	425	64,1	56,8–71,4
30–44	377	66,9	60,4–73,4	761	78,0	73,9–82,1	1138	72,7	68,7–76,7
45–69	813	74,3	70,4–78,1	1168	78,5	75,2–81,8	1981	76,5	73,7–79,4
18–69	1341	62,6	56,5–68,6	2203	77,7	74,2–81,1	3544	70,5	66,6–74,3

Таблица 73. Структура общей физической активности по видам физической активности, по возрастным группам, оба пола, (%)

Оценка структуры общей физической активности показала, что у трети населения (30%) физическая активность связана с работой, у более половины (52,5%) – с транспортом, и только у 17,5% - с проведением досуга (**Таблица 73**).

Возрастные группы (лет)	Физ. активность во время работы		Физ. активность, связанная с транспортом		Физ. активность на досуге	
	n	%	%	%		
18–29	362	28,9	52,6	18,5		
30–44	977	34,4	48,9	16,7		
45–69	1620	27,0	56,1	16,9		
18–69	2959	30,0	52,5	17,5		

80,2% (95% ДИ: 76,8–83,6) населения не занимаются высокоинтенсивной физической деятельностью; среди мужчин доля таких лиц составляет 68,9% (95% ДИ: 62,7–75,1), среди женщин – 90,5% (95% ДИ: 88,0–93,0). По

сравнению с мужчинами молодого возраста (18–29 лет), среди мужчин старшего возраста (45–69 лет) статистически значимо больше доля лиц (80,1%; 95% ДИ: 75,6–84,6), у которых отсутствует физическая активность высокой интенсивности. Во всех возрастных группах доля женщин с отсутствием физической активности высокой интенсивности статистически значимо больше, в сравнении с таковой среди мужчин (Таблица 74).

Таблица 74. Доля населения с отсутствием физической активности высокой интенсивности, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	151	60,2	46,9–73,5	274	91,1	86,2–96,0	425	76,0	69,1–82,9
30–44	377	69,7	63,4–75,9	761	88,9	85,6–92,1	1138	79,7	76,0–83,4
45–69	813	80,1	75,6–84,6	1168	91,3	89,1–93,5	1981	86,1	83,9–88,4
18–69	1341	68,9	62,7–75,1	2203	90,5	88,0–93,0	3544	80,2	76,8–83,6

В среднем, жители страны проводят в сидячем положении 129,4 (95% ДИ: 120,6–138,3) минут в день (Таблица 75).

Таблица 75. Среднее число минут в день, которое население проводит в сидячем положении, по возрастным группам и полу, (M, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ
18–29	175	139,0	116,6–161,5	292	117,9	103,1–132,6	467	128,6	112,3–144,8
30–44	421	137,3	125,1–149,4	797	129,4	119,5–139,3	1218	133,2	123,5–142,9
45–69	892	129,1	118,7–139,6	1218	124,7	116,1–133,2	2110	126,8	119,9–133,6
18–69	1488	135,7	124,0–147,3	2307	123,5	115,1–131,9	3795	129,4	120,6–138,3

Половина взрослого населения проводит в сидячем положении больше 110 (P25–P75: ДИ 95%: 60–180) минут в день (Таблица 76).

Таблица 76. Медиана минут, затрачиваемых на сидячий образ жизни в день, по полу и возрасту (M, минут)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	M	Интерквартильный размах (P25–P75)	n	M	Интерквартильный размах (P25–P75)	n	M	Интерквартильный размах (P25–P75)
18–29	175	120	60–185	292	90	60–180	467	120	60–180
30–44	421	120	60–180	797	90	60–180	1218	120	60–180
45–69	892	110	60–180	1218	90	60–180	2110	90	60–180
18–69	1488	120	60–180	2307	90	60–180	3795	110	60–180



70,5%

населения отметили

**отсутствие
физической
активности,
связанной с
досугом**

Выводы:

- Каждый четвертый взрослый житель страны (26,1%) не следует рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья;
- Более трети (36,2%) населения страны имеют низкий уровень физической активности;
- В среднем, время, затрачиваемое на общую физическую активность в день, составляет 129,8 минут, причем мужчины тратят на нее статистически значимо больше времени (168,1 минут), чем женщины (94,8 минут);
- Население страны тратит в среднем 65,8 минут на физическую активность, связанную с работой, 43,8 минут – на передвижение, 20,1 минут – на активный отдых;
- В структуре совокупной физической активности наибольшая доля физической активности населения приходится на передвижение, связанное с транспортом – 52,5% (30% - с работой и 17,5% – с активным отдыхом);
- Большинство населения (80,2%) не занимаются высокоинтенсивной физической активностью. Данный показатель среди женщин статистически значимо больше (90,5%), чем среди мужчин (68%,9);
- Население страны проводит в сидячем положении в среднем 129,4 минут в день, причем половина жителей проводит в сидячем положении больше 110 минут в день;
- По продолжительности, интенсивности и частоте физической активности мужчины в целом более физически активны, чем женщины.

История повышенного артериального давления

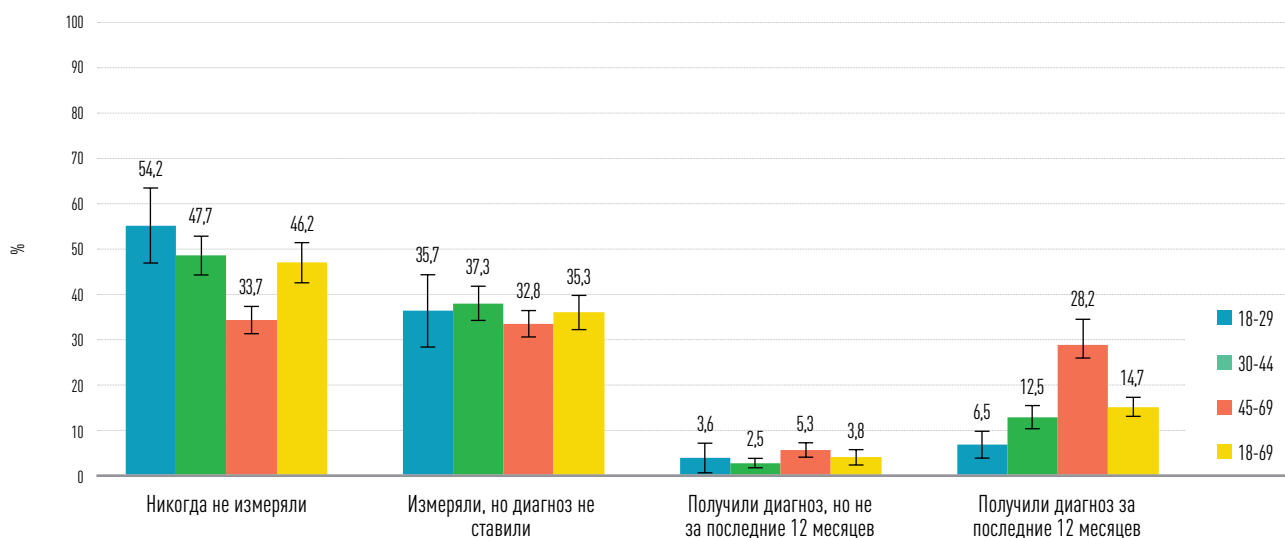
В ходе исследования респонденты были опрошены на предмет того, проводились ли им когда-либо измерения артериального давления и был ли им поставлен диагноз артериальная гипертензия, а также – на предмет приверженности к ее лечению.

По результатам опроса, почти половина жителей – 46,2% (95% ДИ: 41,8–50,5), отметили, что медицинские работники им никогда не измеряли артериальное давление. Более трети жителей – 35,3% (95% ДИ: 31,6–39,0), указали, что измерение артериального давления проводилось медицинским работником, но им не был поставлен диагноз артериальной гипертензии.

Каждый седьмой житель (14,7%; 95% ДИ: 12,7–16,8) указал, что у него была диагностирована артериальная гипертензия в течение 12 месяцев до проведения исследования, и только 3,8% (95% ДИ: 2,1–5,4) лиц сообщили, что имеют диагностированную артериальную гипертензию сроком более 12 месяцев (**Рисунок 6**).

ПОЧТИ ПОЛОВИНА ЖИТЕЛЕЙ – **46,2%, ОТМЕТИЛИ, ЧТО МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМ НИКОГДА НЕ ИЗМЕРЯЛИ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

Рисунок 6. Распределение населения в зависимости от статуса диагностики повышенного артериального давления, по возрастным группам, оба пола, (%)



Доля мужчин, у которых измерялось артериальное давление медицинским работником, и у которых не было зарегистрировано повышенное артериальное давление, составила 33,7% (95% ДИ: 28,6–38,8), женщин – 36,9% (95% ДИ: 33,1–40,6) (**Таблицы 77, 78**).

Таблица 77. Распределение мужчин в зависимости от статуса диагностики повышенного артериального давления, по возрастным группам, (%)

Возрастные группы (лет)	Никогда не измеряли			Измеряли, но диагноз не ставили		Установлен диагноз, но не за последние 12 месяцев		Установлен диагноз за последние 12 месяцев	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	175	57,8	45,9–69,7	33,0	21,5–44,5	4,9	0,0–10,5	4,3	1,1–7,6
30–44	421	53,8	48,3–59,2	35,1	30,1–40,1	1,9	0,1–3,7	9,2	5,1–13,2
45–69	892	37,3	33,0–41,6	33,2	29,3–37,1	6,1	3,6–8,5	23,4	20,1–26,7
18–69	1488	50,8	44,8–56,7	33,7	28,6–38,8	4,3	1,5–7,1	11,2	8,9–13,5

Таблица 78. Распределение женщин в зависимости от статуса диагностики повышенного артериального давления, по возрастным группам, (%)

В последние 12 месяцев диагноз артериальной гипертензии устанавливался чаще всего мужчинам (23,4%; 95% ДИ: 20,1–26,7) и женщинам (32,4%; 95% ДИ: 28,5–36,4) в возрастной группе 45–69 лет и значительно реже в молодой и средней возрастных группах, и эти различия были статистически значимыми.

Возрастные группы (лет)	Никогда не измеряли			Измеряли, но диагноз не ставили			Установлен диагноз, но не за последние 12 месяцев		Установлен диагноз за последние 12 месяцев	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	
18–29	292	50,6	43,2-58,0	38,4	30,9-45,9	2,3	0,4-4,1	8,7	4,5-12,9	
30–44	797	42,1	36,8-47,3	39,3	34,7-43,9	3,0	1,8-4,3	15,6	12,3-19,0	
45–69	1218	30,4	27,0-33,8	32,5	28,6-36,4	4,7	3,2-6,2	32,4	28,5-36,4	
18–69	2307	41,8	37,7-45,9	36,9	33,1-40,6	3,2	2,1-4,3	18,1	15,4-20,8	

Таблица 79. Доля населения, принимающего в настоящее время по назначению врача лекарственные препараты для лечения повышенного артериального давления, среди населения с диагностированной артериальной гипертензией, по возрастным группам и полу, (%)

Доля населения с диагностированной артериальной гипертензией, принимающего в настоящее время гипотензивные лекарственные препараты, составила 73,3% (95% ДИ: 67,4–79,2): среди женщин – 79,2% (95% ДИ: 74,2–84,2), среди мужчин – 64,8% (95% ДИ: 54,9–74,6) (Таблица 79).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	12	42,8	10,2-75,4	32	77,3	59,2-95,4	44	61,4	39,2-83,6
30–44	43	78,2	64,2-92,3	137	75,8	69,0-82,6	180	76,7	70,3-83,0
45–69	236	69,5	63,6-75,4	414	81,6	77,2-85,9	650	76,6	73,1-80,1
18–69	291	64,8	54,9-74,6	583	79,2	74,2-84,2	874	73,3	67,4-79,2

Таблица 80. Доля жителей с установленным диагнозом артериальной гипертензии, которые в настоящее время используют лекарственные травы или народные средства для снижения артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

Среди жителей, которым ранее был поставлен диагноз артериальной гипертензии, половина 50,4% (95% ДИ: 44,1–56,8) отметили, что использует лекарственные травы или народные средства для снижения артериального давления (Таблица 80).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	12	50,0	14,7-85,3	32	60,4	37,5-83,2	44	55,6	30,4-80,8
30–44	43	59,3	42,5-76,2	137	60,4	52,8-68,0	180	60,0	52,6-67,5
45–69	236	38,8	30,5-47,2	414	47,6	40,5-54,7	650	44,0	38,0-49,9
18–69	291	46,0	36,7-55,3	583	53,6	46,5-60,6	874	50,4	44,1-56,8

Выводы:

- Почти у половины населения страны (46,2%) артериальное давление медицинским работником никогда не измерялось;
- Каждому седьмому жителю страны (14,7%) был поставлен диагноз артериальной гипертензии в течение последних 12 месяцев;

- Три четверти жителей (73,3%) с диагностированной артериальной гипертензией принимают гипотензивные лекарственные препараты;
- Половина населения страны (50,4%) с диагностированной артериальной гипертензией использует в настоящее время лекарственные травы или народные средства для снижения артериального давления.

История повышенного уровня глюкозы в крови

Респонденты были опрошены на предмет наличия в анамнезе сахарного диабета или повышенного уровня гликемии, а также приема сахароснижающих лекарственных средств.

Доля жителей, которым никогда не проводилось измерение уровня глюкозы в крови медицинским работником, составила 75,2% [95% ДИ: 72,6–77,8] или три четверти от взрослого населения страны. Среди тех, кому никогда не проводилось измерение уровня глюкозы в крови, мужчин было статистически незначительно больше – 79,3% [95% ДИ: 75,8–82,8], чем женщин – 71,3% [95% ДИ: 68,1–74,5]. Шестой части населения – 17,8% [95% ДИ: 15,6–20,1], проводилось измерение уровня глюкозы в крови медицинскими работниками, но не был поставлен диагноз сахарного диабета. Из тех, кто сдавал анализ на определение уровня глюкозы в крови, 5,9% [95% ДИ: 4,4–7,5] сообщили, что им был поставлен диагноз сахарного диабета за последние 12 месяцев до момента проведения исследования: среди женщин таковых было 7,9% [95% ДИ: 5,6–10,2] – больше, чем среди мужчин – 3,9% [95% ДИ: 2,5–5,2] (Таблица 81).



Доля жителей, которым никогда не проводилось измерение уровня глюкозы в крови медицинским работником, составила

75,2%

Таблица 81. Распределение населения в зависимости от статуса и результата диагностики сахарного диабета, по возрастным группам и полу, [%]

Возрастные группы (лет)	Никогда не измеряли			Измеряли, но диагноз не установлен		Установлен диагноз, но не за последние 12 месяцев		Установлен диагноз за последние 12 месяцев	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Оба пола									
18–29	467	84,0	80,1-88,0	11,7	8,5-14,9	0,2	0,0-0,7	4,0	1,4-6,6
30–44	1218	74,6	70,9-78,3	18,4	14,8-21,9	1,4	0,4-2,4	5,7	4,1-7,2
45–69	2110	63,8	59,9-67,7	25,7	22,1-29,2	1,7	1,1-2,3	8,8	7,0-10,7
18–69	3795	75,2	72,6-77,8	17,8	15,6-20,1	1,0	0,6-1,5	5,9	4,4-7,5
Мужчины									
18–29	175	87,9	82,6-93,2	10,2	5,2-15,2	0,0	0,0-0,0	1,9	0,0-3,8
30–44	421	77,9	72,4-83,5	17,4	12,0-22,7	1,5	0,0-3,1	3,2	0,6-5,9
45–69	892	68,1	63,4-72,9	23,2	19,1-27,2	1,3	0,3-2,2	7,4	5,4-9,5
18–69	1488	79,3	75,8-82,8	16,0	13,0-19,1	0,8	0,2-1,4	3,9	2,5-5,2
Женщины									
18–29	292	80,1	74,3-85,9	13,2	8,7-17,7	0,5	0,0-1,4	6,2	2,0-10,3
30–44	797	71,5	67,1-75,8	19,3	15,6-23,0	1,3	0,3-2,3	7,9	5,3-10,5
45–69	1218	60,0	55,6-64,4	27,9	23,6-32,1	2,1	1,1-3,0	10,1	7,9-12,2
18–69	2307	71,3	68,1-74,5	19,6	17,0-22,1	1,2	0,6-1,8	7,9	5,6-10,2

Таблица 82. Доля населения с диагностированным сахарным диабетом, принимающего в настоящее время лекарственные препараты для лечения сахарного диабета, по возрастным группам и полу, (%)

Доля жителей с диагностированным сахарным диабетом, принимающих в настоящее время лекарственные препараты, назначенные врачом для лечения сахарного диабета, составляет 86,4% [95% ДИ: 81,2–91,6]: среди мужчин – 84,3% [95% ДИ: 74,6–94,0], среди женщин – 87,4% [95% ДИ: 81,8–93,0] (Таблица 82).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	4	100,0	100,0-100,0	20	100,0	100,0-100,0	24	100,0	100,0-100,0
30–44	17	77,6	49,0-100,0	65	83,8	72,2-95,4	82	81,8	70,5-93,1
45–69	64	83,1	75,3-90,8	133	81,4	73,5-89,3	197	82,0	76,0-88,1
18–69	85	84,3	74,6-94,0	218	87,4	81,8-93,0	303	86,4	81,2-91,6

Таблица 83. Доля населения с диагностированным сахарным диабетом, использующего лекарственные травы или иные народные средства для его лечения, по возрастным группам и полу, (%)

В настоящее время 6,3% [95% ДИ: 4,1–8,4] населения с диагностированным сахарным диабетом используют лекарственные травы или иные народные средства для лечения сахарного диабета (Таблица 83).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	4	0,0	0,0-0,0	20	0,0	0,0-0,0	24	0,0	0,0-0,0
30–44	17	8,2	2,4-14,0	65	3,7	1,3-6,2	82	5,2	2,0-8,4
45–69	64	7,9	1,9-13,8	133	12,0	8,1-16,0	197	10,4	7,3-13,5
18–69	85	6,6	3,1-10,2	218	6,1	3,7-8,4	303	6,3	4,1-8,4

Выводы:

- Всего у 6,9% населения ранее был установлен диагноз сахарный диабет, из них у 1% повышенный уровень глюкозы в крови был установлен больше года назад, у 5,9% – в течение последних 12 месяцев;
- Преобладающее большинство жителей (86,4%) с диагностированным сахарным диабетом принимают в настоящее время лекарственные препараты, назначенные врачом для лечения сахарного диабета.

История повышенного уровня общего холестерина

Жители страны были опрошены на предмет того, измерялся ли у них когда-либо медицинским работником уровень общего холестерина в крови, говорил ли медицинский работник, что у обследуемого выявлен повышенный уровень холестерина, принимал ли обследуемый (при наличии у него повышенного уровня холестерина) в течение последних двух недель лекарственные средства для снижения уровня холестерина, выписанные врачом.

Результаты опроса показали, что доля жителей, которым никогда не проводили измерение уровня общего холестерина в крови, составила большую часть населения – 90,5% (95% ДИ: 88,9–92,1) (Таблица 84).

Таблица 84. Распределение населения в зависимости от статуса и результатов диагностики повышенного уровня холестерина крови, по возрастным группам, оба пола, (%)

Возрастные группы (лет)	Никогда не измеряли			Измеряли, но диагноз не установлен		Диагноз установлен, но не за последние 12 месяцев		Диагноз установлен за последние 12 месяцев	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	467	94,3	92,2–96,4	5,0	3,1–6,8	0,4	0,0–1,2	0,3	0,0–0,8
30–44	1218	88,9	85,9–91,8	9,2	6,5–12,0	0,9	0,1–1,6	1,1	0,3–1,8
45–69	2110	86,9	84,8–89,0	10,3	8,4–12,2	1,0	0,5–1,5	1,8	1,1–2,5
18–69	3795	90,5	88,9–92,1	7,8	6,4–9,3	0,7	0,3–1,1	1,0	0,6–1,4

Согласно опросу, у 7,8% (95% ДИ: 6,4–9,3) жителей, прошедших исследование на определение уровня общего холестерина в крови, не зарегистрировано повышенных значений уровня общего холестерина: среди мужчин – 7,3% (95% ДИ: 5,2–9,3), среди женщин – 8,4% (95% ДИ: 6,5–10,2).

За год до момента проведения опроса и ранее у 0,7% (95% ДИ: 0,3–1,1) жителей, от всех жителей страны в возрасте 18–69 лет, которые проходили исследования на определение уровня общего холестерина в крови, был выявлен повышенный уровень общего холестерина в крови. Среди мужчин таковых было – 0,7% (95% ДИ: 0,2–1,1), среди женщин – 0,8% (95% ДИ: 0,2–1,4).



Доля жителей, которым **никогда не проводили измерение уровня общего холестерина в крови**, составила большую часть населения –

90,5%

Таблица 85. Распределение населения в зависимости от статуса и результатов диагностики повышенного уровня холестерина крови, по возрастным группам и полу, (%)

У 1% (95% ДИ: 0,6–1,4) жителей, прошедших исследование на предмет определения уровня общего холестерина в крови, был выявлен повышенный уровень общего холестерина в крови в последние 12 месяцев (Таблица 85).

Возрастные группы (лет)	Никогда не измеряли			Измеряли, но диагноз не установлен		Диагноз установлен, но не за последние 12 месяцев		Диагноз установлен за последние 12 месяцев	
	N	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18–29	175	95,9	93,1-98,7	3,5	0,8-6,1	0,2	0,0-0,5	0,4	0,0-1,3
30–44	421	87,8	83,1-92,4	9,9	5,7-14,1	1,0	0,0-2,1	1,3	0,0-2,9
45–69	892	87,5	84,4-90,6	10,0	7,1-12,9	1,1	0,2-2,0	1,4	0,5-2,4
18–69	1488	91,1	88,7-93,4	7,3	5,2-9,3	0,7	0,2-1,1	1,0	0,4-1,6
Женщины									
18–29	292	92,7	88,9-96,4	6,5	3,2-9,7	0,7	0,0-2,1	0,2	0,0-0,5
30–44	797	89,9	87,2-92,6	8,6	6,0-11,2	0,7	0,2-1,3	0,8	0,2-1,4
45–69	1218	86,4	84,0-88,8	10,6	8,4-12,8	0,9	0,3-1,5	2,1	1,2-2,9
18–69	2307	89,9	87,8-91,9	8,4	6,5-10,2	0,8	0,2-1,4	0,9	0,6-1,3

Таблица 86. Доля населения с ранее диагностированной гиперхолестеринемией, принимающего в настоящее время лекарственные средства для снижения уровня холестерина крови, по возрастным группам и полу, (%)

Доля населения, принимающего лекарственные средства для снижения уровня холестерина крови, составила 35,0% (95% ДИ: 21,5–48,6) (Таблица 86).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	2	71,4	14,8-100,0	2	19,8	19,8-19,8	4	40,7	2,6-78,8
30–44	8	23,3	0,6-46,0	15	40,6	16,5-64,6	23	30,5	8,1-52,9
45–69	19	13,7	0,0-29,5	43	52,9	37,8-68,0	62	36,2	24,0-48,4
18–69	29	26,3	19,5-33,2	60	43,0	31,7-54,2	89	35,0	21,5-48,6

Таблица 87. Доля населения с диагностированной гиперхолестеринемией, использующего в настоящее время лекарственные травы и народные средства с целью ее лечения, по возрастным группам и полу, (%)

Доля населения, использующего в настоящее время травы или народные средства для снижения уровня общего холестерина в крови, составила почти треть (27,7%; 95% ДИ: 15,7–39,7) от всего населения, у которого был диагностирован повышенный уровень общего холестерина в крови (Таблица 87).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	2	71,4	14,8-100,0	2	0,0	0,0-0,0	4	28,9	0,0-73,5
30–44	8	23,3	0,6-46,0	15	34,8	10,9-58,8	23	28,1	7,6-48,5
45–69	19	8,0	0,0-16,1	43	41,1	25,1-57,1	62	26,9	16,1-37,8
18–69	29	23,8	15,7-31,9	60	31,2	17,9-44,4	89	27,7	15,7-39,7

Выводы:

- Среди жителей, которым проводилось измерение уровня общего холестерина в крови, у 0,7% был выявлен повышенный уровень общего холестерина крови;
- Более трети населения (35%) с повышенным уровнем холестерина принимали в течение последних двух недель пероральные препараты, назначенные врачом, для его снижения.

История сердечно-сосудистых заболеваний

В ходе исследования жители были опрошены на предмет наличия в анамнезе сердечного приступа или боли в груди в связи с сердечным заболеванием (стенокардия) или инсульта (острое нарушение мозгового кровообращения), или инфаркта миокарда, а также о регулярном применении аспирина или статинов.

Среди всех опрошенных, 2,4% (95% ДИ: 1,7–3,0) сообщили, что когда-либо перенесли сердечный приступ или ощущали боль в груди в связи с сердечным заболеванием (стенокардия) или перенесли инсульт. Данный показатель статистически значимо увеличивается в старших возрастных группах по сравнению с молодыми возрастными группами обоих полов (Таблица 88).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	158	0,4	0,0-1,3	257	0,8	0,0-1,8	415	0,6	0,0-1,3
30–44	372	1,5	0,3-2,8	692	2,9	1,5-4,3	1064	2,2	1,3-3,1
45–69	743	3,2	1,6-4,8	1035	6,7	4,9-8,5	1778	5,1	3,7-6,4
18–69	1273	1,5	0,7-2,3	1984	3,2	2,3-4,1	3257	2,4	1,7-3,0

Согласно опросу, 7,8% (95% ДИ: 6,4–9,3) населения принимают регулярно аспирин для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний. В старших возрастных группах по сравнению с молодыми возрастными группами статистически значимо в несколько раз увеличивается доля мужчин и женщин, принимающих аспирин (Таблица 89).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	2,6	0,0-6,4	292	3,2	0,6-5,9	467	2,9	0,5-5,3
30–44	421	5,5	2,8-8,1	797	7,0	5,3-8,8	1218	6,3	4,5-8,0
45–69	892	14,3	11,5-17,0	1218	17,6	14,9-20,4	2110	16,1	13,9-18,2
18–69	1488	6,8	4,7-8,8	2307	8,8	7,1-10,5	3795	7,8	6,4-9,3



7,8%
населения
принимают
регулярно аспирин
для профилактики или
лечения сердечно-
сосудистых заболеваний

Таблица 88. Доля населения, когда-либо перенесшего сердечный приступ, ощущавшего боль в груди в связи с сердечным заболеванием (стенокардия) или перенесшего инсульт, по возрастным группам и полу, (%)

Таблица 89. Доля населения, в настоящее время регулярно принимающего аспирин для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний, по возрастным группам и полу, (%)

Таблица 90. Доля населения, в настоящее время регулярно принимающего статины для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний, по возрастным группам и полу, (%)

Доля тех, кто регулярно принимает статины для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний, составляет 5,7% (95% ДИ: 4,6–6,8). С возрастом доля регулярно принимающих статины для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний статистически значимо увеличивается с 2,4% (95% ДИ: 0,6–4,1) в возрастной группе 18–29 лет до 10,9% (95% ДИ: 9,2–12,6) в возрастной группе 45–69 лет. Данная тенденция наблюдается как среди мужчин, так и среди женщин. В старшей возрастной группе доля женщин (13,6%; 95% ДИ: 11,1–16,1), принимающих статины, статистически значимо больше, чем доля мужчин (7,9%; 95% ДИ: 6,1–9,7) (Таблица 90).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	2,7	0,0–5,6	292	2,0	0,2–3,8	467	2,4	0,6–4,1
30–44	421	4,6	1,4–7,9	797	5,2	3,3–7,2	1218	4,9	2,8–7,1
45–69	892	7,9	6,1–9,7	1218	13,6	11,1–16,1	2110	10,9	9,2–12,6
18–69	1488	4,7	3,1–6,4	2307	6,5	5,2–7,9	3795	5,7	4,6–6,8

Выводы:

- 2,4% взрослого населения страны сообщили, что ранее перенесли сердечный приступ или боль в груди в связи с сердечным заболеванием (стенокардия), или инсульт;
- 7,8% населения регулярно принимают аспирин для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- 5,7% населения регулярно принимают статины для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- С возрастом, доля жителей, когда-либо перенесших сердечный приступ или боль в груди в связи с сердечно-сосудистым заболеванием, или инсульт, а также регулярно принимающих аспирин и статины для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивается.

Рекомендации по здоровому образу жизни

В проведенном исследовании изучался вопрос представления информации о здоровом образе жизни и профилактике факторов риска НИЗ медицинскими работниками здравоохранения. Респондентам необходимо было ответить на вопрос, получали ли они за последние 12 месяцев такие советы по здоровому образу жизни, как:

- прекратить употребление табачной продукции или вовсе не начинать употреблять табак;
- уменьшить употребление соли с пищей;
- ежедневно употреблять минимум пять порций фруктов и/или овощей в день;
- уменьшить употребление жиров с пищей;
- начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую нагрузку;
- поддерживать здоровый вес тела или похудеть;
- уменьшить потребление сладких напитков в рационе.

Четверть населения 25,3% [95% ДИ: 18,9–31,8], получили рекомендации по отказу от употребления табака за последние 12 месяцев от врача или медицинского работника. При этом доля мужчин, получивших эти рекомендации, (38,9%; 26,6–51,2) была статистически значимо больше, чем женщин (15,5%; 9,3–21,6) (Таблица 91).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	22,5	0,0–55,1	41	12,6	0,2–25,1	55	16,5	3,2–29,9
30–44	57	46,3	32,5–60,0	118	10,3	4,0–16,5	175	26,5	18,0–35,0
45–69	148	44,0	32,4–55,5	277	21,3	12,8–29,9	425	30,8	22,3–39,2
18–69	219	38,9	26,6–51,2	436	15,5	9,3–21,6	655	25,3	18,9–31,8

Менее половины населения 43,4% [95% ДИ: 35,1–51,8] сообщили, что при посещении врача или другого медицинского работника за последние 12 месяцев получили от них рекомендации по уменьшению потребления соли с пищей (Таблица 92).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	46,4	21,3–71,5	41	30,8	6,8–54,8	55	37,0	18,0–55,9
30–44	57	43,8	28,4–59,3	118	38,2	24,4–52,0	175	40,7	29,1–52,3
45–69	148	55,0	41,9–68,2	277	46,7	37,4–56,0	425	50,2	40,9–59,4
18–69	219	49,0	38,5–59,5	436	39,4	30,1–48,7	655	43,4	35,1–51,8



КАЖДОМУ ЧЕТВЕРТОМУ ЖИТЕЛЮ (25,3%) СТРАНЫ БЫЛО РЕКОМЕНДОВАНО БРОСИТЬ ИЛИ НЕ НАЧИНАТЬ УПОТРЕБЛЯТЬ ТАБАК

Таблица 91. Доля населения, которому рекомендовано врачом или медицинским работником бросить или не начинать употреблять табак, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Таблица 92. Доля населения, которому рекомендовано врачом или медицинским работником уменьшить потребление соли с пищей, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Таблица 93. Доля населения, получившего рекомендации по потреблению как минимум пяти порций фруктов и/или овощей ежедневно, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Две трети 67,4% (95% ДИ: 60,3–74,5) населения отметили, что при посещении врача или другого медицинского работника за последние 12 месяцев получили рекомендации от них о необходимости ежедневного употребления минимум пяти порций фруктов и/или овощей (**Таблица 93**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	76,3	49,8-100,0	41	72,5	52,7-92,2	55	74,0	57,7-90,2
30–44	57	66,2	53,5-79,0	118	59,2	48,9-69,4	175	62,4	52,9-71,8
45–69	148	60,2	49,3-71,0	277	71,1	63,8-78,4	425	66,6	59,9-73,2
18–69	219	66,6	56,1-77,0	436	68,0	60,5-75,6	655	67,4	60,3-74,5

Таблица 94. Доля населения, получившего рекомендации по уменьшению потребления жиров с пищей, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

64,4% (95% ДИ: 51,3–66) населения отметили, что за последние 12 месяцев получили рекомендации врача или медицинского работника по уменьшению потребления жиров с пищей (**Таблица 94**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	74,7	55,5-93,8	41	57,1	41,4-72,8	55	64,0	50,8-77,3
30–44	57	69,8	56,4-83,1	118	47,4	36,2-58,5	175	57,5	47,7-67,3
45–69	148	73,0	64,5-81,5	277	67,8	61,7-74,0	425	70,0	64,6-75,4
18–69	219	72,4	64,8-80,0	436	58,6	51,3-66,0	655	64,4	58,9-70,0

Таблица 95. Доля населения, получившего рекомендации врача или медицинского сотрудника в отношении увеличения физической активности, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Согласно результатам опроса, рекомендации медицинского персонала о необходимости уделять больше времени физической активности получили 60,7% (95% ДИ: 55,1–66,3) жителей, посетивших учреждения здравоохранения за последние 12 месяцев (**Таблица 95**).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	80,0	60,3-99,8	41	66,7	51,2-82,1	55	72,0	60,8-83,2
30–44	57	64,8	50,2-79,3	118	48,3	37,6-59,1	175	55,7	47,1-64,4
45–69	148	51,5	41,9-61,1	277	59,8	52,7-67,0	425	56,4	50,2-62,5
18–69	219	63,6	54,8-72,5	436	58,6	51,7-65,4	655	60,7	55,1-66,3

Исследование показало, что каждый второй житель страны – 54,3% (95% ДИ: 47,3–61,2) получил при посещении врача или медицинского работника за последние 12 месяцев рекомендации по поддержанию здоровой массы тела или похудению (снижению веса) (Таблица 96).

Таблица 96. Доля населения, получившего рекомендации врача или медицинского работника по поддержанию здоровой массы тела или похудению, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	71,2	48,1–94,4	41	59,6	43,3–75,8	55	64,2	49,9–78,5
30–44	57	56,4	42,9–69,9	118	36,3	24,7–47,9	175	45,4	35,2–55,6
45–69	148	52,0	42,5–61,5	277	55,3	48,0–62,5	425	53,9	47,0–60,8
18–69	219	58,7	49,7–67,7	436	51,0	42,7–59,4	655	54,3	47,3–61,2

42,2% (95% ДИ: 34,1–50,2) населения отметили, что при посещении врача или другого медицинского работника за последние 12 месяцев получили рекомендации от них об уменьшении потребления сладких напитков в рационе (Таблица 97).

Таблица 97. Доля населения, получившего рекомендации врача или медицинского работника по уменьшению потребления сладких напитков в рационе, за последние 12 месяцев, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	14	55,8	26,8–84,8	41	42,1	23,9–60,2	55	47,5	30,3–64,7
30–44	57	44,1	29,5–58,6	118	25,6	16,6–34,5	175	33,9	25,3–42,5
45–69	148	47,0	36,8–57,2	277	43,0	36,1–49,8	425	44,6	37,7–51,6
18–69	219	48,4	37,5–59,3	436	37,6	29,6–45,6	655	42,2	34,1–50,2

Выводы:

- При посещении врача или другого медицинского работника за последние 12 месяцев:
 - каждому четвертому жителю (25,3%) страны было рекомендовано бросить или не начинать употреблять табак. При этом, доля мужчин (38,9%) получивших такие рекомендации, была статистически значимо больше, чем женщин (15,5%);
 - менее половины жителей (43,4%) получили рекомендации по уменьшению потребления соли с пищей;
 - две трети населения (67,4%) получили рекомендации о необходимости ежедневного употребления минимум пяти порций фруктов и/или овощей;
 - почти двум третям жителей (64,4%) страны было рекомендовано уменьшить потребление жиров с пищей;
 - более половины населения (60,7%) получили рекомендации о необходимости начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую активность;
 - каждому второму жителю (54,3%) было рекомендовано поддерживать здоровый вес тела или похудеть.



МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ЖИТЕЛЕЙ

(43,4%) ПОЛУЧИЛИ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УМЕНЬШЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ СОЛИ С ПИЩЕЙ

Обследование на рак шейки матки

Рак шейки матки является четвертым наиболее распространенным видом рака среди женщин в мире (22). Вследствие низкой доступности скрининга и лечения большинство смертей от этого заболевания приходится на развивающиеся страны.

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

В связи с этим женщины были опрошены о том, проходили ли они скрининг рака шейки матки одним из методов: визуальная проба шейки матки уксусной кислотой, тест по Папаниколау на атипичные клетки или тест на наличие вируса папилломы человека.

Из всех женщин в возрасте 30–49 лет, участвующих в опросе, почти пятая часть (19,0%; 95% ДИ: 15,5–22,5) сообщили, что хотя бы раз в жизни были обследованы на предмет наличия признаков рака шейки матки (Таблица 98).

Таблица 98. Доля женщин в возрасте 30–49 лет, прошедших как минимум однажды скрининг рака шейки матки, (%)

Возрастные группы (лет)	Когда-либо прошли скрининг		
	n	%	95% ДИ
30–49	1034	19,0	15,5–22,5

Выводы:

- Почти пятая часть (19%) женщин в возрасте 30–49 лет, хотя бы один раз в жизни были обследованы на рак шейки матки.



ПОЧТИ ПЯТАЯ ЧАСТЬ
(19%) ЖЕНЩИН В
ВОЗРАСТЕ 30–49 ЛЕТ ХОТЯ
БЫ ОДИН РАЗ В ЖИЗНИ
БЫЛИ ОБСЛЕДОВАНЫ НА
РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Данные физического осмотра

Артериальное давление

Повышенное артериальное давление является основным фактором риска ишемической болезни сердца, ишемических и геморрагических инсультов (23), а также является причиной смертности в 12,8% случаев в мире (или 7,5 миллиона случаев смерти) (21).

Согласно полученным данным, среднее значение САД у населения страны, включая тех, кто в настоящее время получает антигипертензивное лечение, составляет 124,4 (95% ДИ: 123,2–125,5) мм рт.ст. Среди мужчин данный показатель статистически значимо выше - 127,3 (95% ДИ: 125,7–128,8) мм рт.ст., по сравнению с женщинами - 121,6 (95% ДИ: 120,3–122,9) мм рт.ст. Среднее значение САД статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе как среди мужчин, так и среди женщин (Таблица 99).

Таблица 99. Среднее значение САД, по возрастным группам и полу, (М, мм рт.ст.)

Возрастные группы (лет)	Мужчины				Женщины				Оба пола	
	N	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ	
18–29	169	121,7	118,8-124,5	288	113,9	111,5-116,3	457	117,8	115,7-119,9	
30–44	407	126,7	124,9-128,5	791	119,9	118,5-121,2	1198	123,1	121,8-124,5	
45–69	875	136,1	134,5-137,7	1200	133,2	131,7-134,6	2075	134,5	133,4-135,7	
18–69	1451	127,3	125,7-128,8	2279	121,6	120,3-122,9	3730	124,4	123,2-125,5	

Среднее значение ДАД у населения страны, включая тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, составляет 81,4 (95% ДИ: 80,5–82,2) мм рт.ст.. Данное значение статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе как среди мужчин, так среди женщин (Таблица 100).

Таблица 100. Среднее значение ДАД, по возрастным группам и полу, (М, мм рт.ст.)

Возрастные группы (лет)	Мужчины				Женщины				Оба пола	
	n	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ	n	M	95% ДИ	
18–29	169	78,1	75,4-80,9	289	75,5	73,9-77,1	458	76,8	75,1-78,6	
30–44	407	83,3	81,9-84,7	791	80,2	79,2-81,1	1198	81,7	80,7-82,6	
45–69	875	87,3	86,4-88,2	1200	87,1	86,1-88,0	2075	87,2	86,5-87,9	
18–69	1451	82,3	81,0-83,6	2280	80,5	79,7-81,3	3731	81,4	80,5-82,2	

Таблица 101. Доля населения с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), исключая тех, кто получает лечение повышенного артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

Доля лиц с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) за исключением тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, составляет 26,9% (95% ДИ: 24,3–29,5). Данный показатель статистически значимо увеличивается в старших возрастных группах по сравнению с молодой и средней возрастными группами у обоих полов (Таблица 101).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	158	18,0	10,7–25,4	243	11,7	5,8–17,6	401	15,1	10,4–19,8
30–44	361	30,4	24,9–36,0	672	19,7	15,8–23,5	1033	25,0	21,3–28,6
45–69	727	47,6	43,1–52,1	984	45,0	41,1–48,8	1711	46,2	43,2–49,2
18–69	1246	29,6	25,4–33,8	1899	24,1	21,2–27,1	3145	26,9	24,3–29,5

Таблица 102. Доля населения с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.), исключая тех, кто получает лечение повышенного артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

Повышенное артериальное давление (на уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.) отмечено у 7,7% (95% ДИ: 6,5–9,0) жителей страны, за исключением тех, кто в настоящее время получает медикаментозную антигипертензивную терапию. Доля таких лиц среди мужчин старшей возрастной группы (45–69 лет) статически значимо в несколько раз больше (18,2%; 95% ДИ: 16,1–20,4), по сравнению с таковыми в молодой возрастной группе (2,1%; 95% ДИ: 0,0–4,6). С увеличением возраста доля женщин с повышенным АД статически значимо растет в каждой последующей возрастной группе, и эта разница увеличивается в несколько раз в старшей возрастной группе (45–69 лет) (19%; 95% ДИ: 16–22) по сравнению с молодой возрастной группой (18–29 лет) (1,2%; 95% ДИ: 0,0–2,6) (Таблица 102).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	158	2,1	0,0–4,6	243	1,2	0,0–2,6	401	1,7	0,2–3,1
30–44	361	7,1	3,9–10,3	672	5,2	3,6–6,8	1033	6,1	4,3–8,0
45–69	727	17,4	14,3–20,6	984	19,0	16,0–22,0	1711	18,2	16,1–20,4
18–69	1246	7,7	5,7–9,6	1899	7,8	6,5–9,1	3145	7,7	6,5–9,0

Таблица 103. Доля населения с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) или принимающего в настоящее время лекарственные препараты для лечения повышенного артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

Доля населения с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию, составила больше одной трети – 38% (95% ДИ: 34,3–41,7) и статистически значимо увеличивается в старших возрастных группах по сравнению с молодой и средней возрастными группами у обоих полов (Таблица 103).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	158	26,6	17,8–35,4	243	22,3	15,5–29,2	401	24,6	18,7–30,5
30–44	361	36,9	30,7–43,0	672	34,3	29,5–39,2	1033	35,6	31,4–39,7
45–69	727	59,8	55,7–63,8	984	60,2	55,8–64,6	1711	60,0	56,6–63,4
18–69	1246	38,5	33,4–43,6	1899	37,4	33,3–41,5	3145	38,0	34,3–41,7

Доля лиц с САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст., включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию, составляет 23,4% (95% ДИ: 19,7-27,2). И у мужчин, и у женщин в старшем возрасте доля таких лиц статистически значимо увеличивается по сравнению с молодой возрастной группой (Таблица 104).

Таблица 104. Доля населения с повышенным артериальным давлением (на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм.рт.ст.) или принимающего в настоящее время лекарственные препараты для лечения повышенного артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-29	158	11,1	3,8-18,4	243	13,9	8,4-19,4	401	12,4	7,1-17,7
30-44	361	16,2	11,3-21,2	672	22,7	18,5-27,0	1033	19,5	16,2-22,9
45-69	727	38,3	33,1-43,4	984	48,4	43,5-53,3	1711	43,6	39,5-47,7
18-69	1246	19,9	15,2-24,6	1899	27,0	23,2-30,8	3145	23,4	19,7-27,2

В процессе измерения артериального давления установлено, что половина (50,4%; ДИ 95%: 43,3-57,5) жителей с повышенным артериальным давлением не принимали гипотензивные препараты по рекомендации врача за последние две недели. При этом, доля таких мужчин статистически значимо больше - 61,2% (95% ДИ: 51,8-70,5), чем женщин - 39,0% (95% ДИ: 31,8-46,2) (Таблица 105).

Таблица 105. Распределение населения с повышенным артериальным давлением в зависимости от статуса получения антигипертензивной терапии по рекомендации врача за последние две недели, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-29	37	70,0	44,4-87,5	45	43,3	23,7-62,9	83	56,4	40,1-72,7
30-44	131	70,0	59,4-80,7	221	45,3	37,2-53,3	352	57,9	50,8-65,0
45-69	424	51,7	43,8-59,6	568	33,2	27,4-39,0	992	42,0	36,4-47,7
18-69	592	61,2	51,8-70,5	835	39,0	31,8-46,2	1427	50,4	43,3-57,5

Среди населения, у которого было выявлено повышенное артериальное давление:

- Почти половина (46,5%; 95% ДИ: 39,9-53,2) имеет ранее (до проведения настоящего исследования) не диагностированное повышенное артериальное давление; 3,8% (95% ДИ: 2,7-5,0) указали, что им ранее диагностировали повышенное артериальное давление, но они не получают медикаментозное антигипертензивное лечение;
- У пятой части 20,5% (95% ДИ: 17,5-23,5) артериальная гипертензия была выявлена ранее и ведется прием антигипертензивной терапии, но артериальное давление не удерживается в пределах нормы;
- У трети лиц с повышенным АД (29,1%; 95% ДИ: 23,4-34,9) артериальная гипертензия была ранее выявлена, и они в настоящее время получают эффективную антигипертензивную терапию, которая удерживает АД в пределах нормы (Таблица 106).



ПОЧТИ ПОЛОВИНА

46,5% ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ ИМЕЕТ ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, КОТОРОЕ РАНЕЕ НЕ БЫЛО ДИАГНОСТИРОВАНО

Таблица 106. Диагностика, лечение и контроль повышенного артериального давления среди лиц с повышенным артериальным давлением (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.) или принимающих лекарства от повышенного артериального давления, по возрастным группам и полу, (%)

При этом доля мужчин с ранее не диагностированным повышенным артериальным давлением статистически значимо больше (57,5%; 95% ДИ: 48,6–66,3), чем женщин (35,0%; 95% ДИ: 28,1–41,9). Обратная картина наблюдается среди мужчин (15,7%; 95% ДИ: 12,0–19,4) и женщин (25,6%; 95% ДИ: 21,3–29,8) с ранее диагностированным повышенным артериальным давлением, которые принимают антигипертензивную терапию, но артериальное давление не удерживается в пределах нормы (Таблица 106).

Возрастные группы (лет)	С повышенным АД, ранее не диагностированным			С ранее диагностированным повышенным АД, не принимающие лекарства		С ранее диагностированным повышенным АД, принимают лекарства, но АД не контролируется		С ранее диагностированным повышенным АД, принимают лекарства и АД контролируется	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Оба пола									
18–29	83	55,8	39,7-71,8	0,6	0,0-1,9	4,9	0,0-10,4	38,7	23,2-54,1
30–44	352	54,6	47,4-61,8	3,3	1,4-5,2	12,3	7,3-17,3	29,8	24,2-35,4
45–69	992	35,9	31,0-40,8	6,1	4,3-7,9	35,0	30,5-39,5	23,0	18,8-27,2
18–69	1427	46,5	39,9-53,2	3,8	2,7-5,0	20,5	17,5-23,5	29,1	23,4-34,9
Мужчины									
18–29	37	64,9	43,5-86,3	1,1	0,0-3,3	1,9	0,0-5,7	32,1	10,6-53,6
30–44	131	68,6	57,9-79,3	1,4	0,0-3,2	12,5	5,7-19,3	17,4	10,7-24,1
45–69	424	44,6	37,6-51,7	7,1	4,7-9,6	28,0	20,5-35,4	20,3	14,7-26,0
18–69	592	57,5	48,6-66,3	3,7	2,2-5,2	15,7	12,0-19,4	23,1	14,8-31,4
Женщины									
18–29	46	43,3	23,7-62,9	0,0	0,0-0,0	9,1	0,0-20,2	47,6	30,6-64,5
30–44	221	40,0	32,3-47,7	5,2	2,1-8,4	12,1	6,5-17,6	42,7	34,2-51,1
45–69	568	28,0	22,7-33,3	5,2	2,9-7,5	41,4	36,5-46,3	25,4	20,2-30,6
18–69	835	35,0	28,1-41,9	4,0	2,4-5,6	25,6	21,3-29,8	35,4	30,4-40,5

Таблица 107. Среднее значение частоты сердечных сокращений, по возрастным группам и полу, (М, удары в минуту)

Частота сердечных сокращений

Среднее значение частоты сердечных сокращений у жителей Республики Узбекистан составило 78,6 (95% ДИ: 77,9–79,2) ударов в минуту (Таблица 107).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	169	76,5	74,7-78,4	290	79,8	78,3-81,4	459	78,2	77,0-79,4
30–44	408	77,7	76,6-78,8	791	78,6	77,8-79,4	1199	78,2	77,5-78,9
45–69	878	79,4	78,5-80,4	1204	79,5	78,6-80,3	2082	79,5	78,8-80,1
18–69	1455	77,7	76,7-78,7	2285	79,3	78,5-80,2	3740	78,6	77,9-79,2

Выводы:

- Среднее значение САД у жителей страны, включая тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, составляет 124,4 мм рт. ст. Среди мужчин данный показатель статистически значимо выше – 127,3 (95% ДИ: 125,7–128,8) мм рт.ст., по сравнению с женщинами – 121,6 (95% ДИ: 120,3–122,9) мм рт.ст. Среднее значение САД статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе как среди мужчин, так и среди женщин;
- Среднее значение ДАД у жителей страны, включая тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, составляет 81,4 (95% ДИ: 80,5–82,2) мм рт.ст. Данный показатель статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе как среди мужчин, так и среди женщин;
- Более четверти взрослого населения (26,9%) страны, за исключением тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, имеют повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.;
- 7,7% (95% ДИ: 6,5–9,0) жителей страны, за исключением тех, кто в настоящее время принимает медикаментозное антигипертензивное лечение, имеют повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.;
- Более трети (38%; 95% ДИ: 34,3–41,7) населения страны, включая принимающих за последний месяц гипотензивную терапию, имеет повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм. рт.ст.;
- Почти четверть (23,4%; 95% ДИ: 19,7–27,2) жителей страны, включая принимающих в настоящее время гипотензивную терапию, имеет повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.;
- Почти половина 46,5% (95% ДИ: 39,9–53,2) взрослого населения страны имеет повышенное артериальное давление, которое ранее не было диагностировано;
- Доля мужчин с ранее не диагностированным повышенным артериальным давлением статистически значимо больше (57,5%; 95% ДИ: 48,6–66,3), чем женщин (35,0%; 95% ДИ: 28,1–41,9).
- 3,8% (95% ДИ: 2,7–5,0) жителей страны указали, что им ранее диагностировали повышенное артериальное давление, но они не получают медикаментозное антигипертензивное лечение;
- Половина (50,4%; 95% ДИ: 43,3–57,5) населения с повышенным артериальным давлением за последние две недели не принимала гипотензивные препараты по рекомендации врача. Доля мужчин (61,2%; 95% ДИ: 51,8–70,5) с повышенным артериальным давлением, не следующих указаниям врача, больше, чем женщин (39,0%; 95% ДИ 31,8–46,2).

Среднее значение
ИМТ составляет



26,6
кг/м²
у мужчин

26,3
кг/м²
у женщин

Антропометрические измерения

В 2016 г. более 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет имели избыточный вес. Из них свыше 650 миллионов страдали ожирением [24].

Повышенный ИМТ является одним из основных факторов риска таких неинфекционных заболеваний, как:

- сердечно-сосудистые заболевания (главным образом, болезни сердца и инсульт);
- диабет;
- нарушения опорно-двигательного аппарата (в особенности остеоартрит - крайне инвалидизирующее дегенеративное заболевание суставов);
- некоторые онкологические заболевания (в т. ч. рак эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки) [24].

Исследование показало, что средний рост мужчин в Республике Узбекистан составляет 170,1 (95% ДИ: 169,5–170,8) см, женщин – 160,2 (95% ДИ: 159,8–160,6) см. Средний вес мужчин составляет 76,2 (95% ДИ: 74,27–77,6) кг, женщин – 68,9 (95% ДИ: 67,9–69,9) кг.

- Среднее значение ИМТ – 26,6 (95% ДИ: 26,3–26,9) кг/м²: у женщин – 26,8 (95% ДИ: 26,5–27,2) кг/м², у мужчин – 26,3 (95% ДИ: 25,9–26,8) кг/м². У обоих полов среднее значение ИМТ статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе (Таблица 108).

Таблица 108. Среднее значение ИМТ, по возрастным группам и полу, (М, кг/м²)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	173	24,5	23,7-25,4	257	23,6	23,1-24,2	430	24,1	23,6-24,6
30–44	410	26,9	26,3-27,6	765	27,1	26,7-27,4	1175	27,0	26,6-27,4
45–69	879	28,3	27,9-28,8	1202	30,3	29,9-30,8	2081	29,4	29,0-29,7
18–69	1462	26,3	25,9-26,8	2224	26,8	26,5-27,2	3686	26,6	26,3-26,9

Таблица 109. Распределение населения по категориям ИМТ, по возрастным группам, оба пола, (%)

- 40,8% (95% ДИ: 37,7–43,9) взрослого населения страны имеет нормальный вес, 32,9% (95% ДИ: 30,0–35,8) – избыточный вес, 23,5% (95% ДИ: 21,2–25,9) – ожирение (Таблица 109).

Возрастные группы (лет)	Вес ниже нормы (ИМТ<18,5)			Нормальный вес (ИМТ 18,5-24,9)		Избыточный вес (ИМТ 25,0-29,9)		Ожирение (ИМТ≥30,0)	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	430	5,9	2,3-9,5	60,0	53,4-66,6	24,5	18,9-30,0	9,6	6,5-12,8
30–44	1175	1,2	0,5-1,8	35,6	32,2-38,9	39,8	36,5-43,2	23,5	20,2-26,7
45–69	2081	0,4	0,0-0,7	21,1	19,2-23,1	36,9	34,1-39,7	41,6	38,1-45,2
18–69	3686	2,8	1,3-4,3	40,8	37,7-43,9	32,9	30,0-35,8	23,5	21,2-25,9

Анализ результатов измерения ИМТ у мужчин и женщин показал следующее (Таблица 110):

- 41,8% (95% ДИ: 36,8–46,9) мужчин и 39,7% (95% ДИ: 36,3–43) женщин имеют нормальный вес. При этом с увеличением возраста доля лиц с нормальным весом статистически значимо уменьшается и у мужчин, и у женщин;
- Более трети (34,0%; 95% ДИ: 29–39) мужчин и почти треть (31,8%; 95% ДИ: 28,7–34,8) женщин имеют избыточный вес;
- Свыше пятой части мужчин (21,5%; 95% ДИ: 17,8–25,3) и четверть женщин (25,5%; 95% ДИ: 22,9–28,2) имеют ожирение.

Таблица 110. Распределение населения по категориям ИМТ, по возрастным группам и полу, (%)

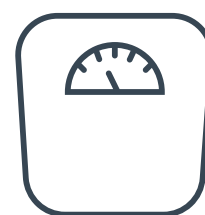
Возрастные группы (лет)	Вес ниже нормы (ИМТ<18,5)			Нормальный вес (ИМТ 18,5-24,9)		Избыточный вес (ИМТ 25,0-29,9)		Ожирение (ИМТ≥30,0)	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18–29	173	5,5	0,0–11,1	56,5	45,6–67,4	26,2	16,3–36,1	11,8	6,1–17,6
30–44	410	0,5	0,0–1,1	36,1	30,7–41,5	41,5	35,8–47,2	21,9	17,0–26,8
45–69	879	0,4	0,0–1,0	26,4	22,9–29,8	37,8	33,1–42,5	35,4	30,5–40,3
18–69	1462	2,6	0,1–5,0	41,8	36,8–46,9	34,0	29,0–39,0	21,5	17,8–25,3
Женщины									
18–29	257	6,4	3,1–9,7	63,9	56,9–70,9	22,5	15,8–29,2	7,1	3,6–10,7
30–44	765	1,8	0,7–2,9	35,0	31,1–39,0	38,2	34,0–42,5	24,9	21,2–28,7
45–69	1202	0,3	0,0–0,6	16,5	14,1–19,0	36,1	32,8–39,4	47,1	43,0–51,2
18–69	2224	3,0	1,7–4,3	39,7	36,3–43,1	31,8	28,7–34,8	25,5	22,9–28,2

С увеличением возраста статистически значимо увеличивается доля лиц с ожирением и у мужчин, и у женщин (Таблицы 110):

- Каждый девятый мужчина (11,8%; 95% ДИ: 6,1–17,6) и почти каждая тринадцатая женщина (7,1%; 95% ДИ: 3,6–10,7) имеют ожирение в молодом возрасте (18–29 лет);
- Свыше пятой части мужчин (21,9%; 95% ДИ: 17,0–26,8) и четверти женщин (25,5%; 95% ДИ: 22,9–28,2) имеют ожирение в среднем возрасте (35–44 лет);
- Свыше трети мужчин (35,4%; 95% ДИ: 30,5–40,3) и почти каждая вторая женщина (47,1%; 95% ДИ: 43,0–51,2) имеют ожирение в старшем возрасте (45–59 лет).

Окружность талии и бедер

Несмотря на то, что ИМТ считается важным маркером избыточного веса, его нельзя назвать специфичным. Более надежными индикаторами риска неинфекционных болезней являются показатели висцерально-абдоминальных жировых отложений. Абдоминальное ожирение, степень



БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ (56,4%) ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ ИМЕЕТ ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС (ВКЛЮЧАЯ ОЖИРЕНИЕ),
55,5% МУЖЧИН И 57,3% ЖЕНЩИН

которого измеряют по окружности талии и бедер – один из важнейших факторов, обуславливающих риск ишемической болезни сердца, гипертонии и диабета второго типа [25], [26], [27], [28].

Среднее значение окружности талии у мужчин составляет 91,9 [95% ДИ: 90,7–93,2] см, у женщин – 89,3 [95% ДИ: 87,9–90,6] см. Как среди мужчин, так и среди женщин среднее значение окружности талии статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе. При этом выявлено превышение нормы (90 см) среднего значения окружности талии у женщин старшей возрастной группы – 99,6 [95% ДИ: 98,3–100,9] см [Таблица 111].

Таблица 111. Среднее значение окружности талии, по возрастным группам и полу, (М, см)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	п	М	95% ДИ	п	М	95% ДИ
18–29	163	85,0	83,3–86,8	250	79,7	77,7–81,7
30–44	388	94,0	91,8–96,3	742	89,8	88,8–90,9
45–69	831	99,8	98,6–101,0	1163	99,6	98,3–100,9
18–69	1382	91,9	90,7–93,2	2155	89,3	87,9–90,6

У 25,4% [95% ДИ: 21,3–29,4] мужчин и 45,6% [95% ДИ: 41,7–49,6] женщин выявлено значение окружности талии, превышающее норму. Доля лиц со значением окружности талии, превышающим норму, статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе у обоих полов, достигая 48,7% [95% ДИ: 43,7–53,8] среди мужчин и 73,9% [95% ДИ: 70,0–77,9] среди женщин. В каждой возрастной группе доля женщин, у которых значение окружности талии выше нормы, статистически значимо больше, чем у мужчин [Таблица 112].

Таблица 112. Доля населения, у которого значение окружности талии выше нормы (>100 см для мужчин, >90 см для женщин), по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ
18–29	163	7,2	3,1–11,3	250	20,4	14,2–26,5
30–44	388	28,4	22,3–34,5	742	45,9	42,1–49,8
45–69	831	48,7	43,7–53,8	1163	73,9	70,0–77,9
18–69	1382	25,4	21,3–29,4	2155	45,6	41,7–49,6

Среднее значение окружности бедер у мужчин составляет 99,4 [95% ДИ: 97,9–100,8] см, у женщин – 101,6 [95% ДИ: 100,6–102,6] см [Таблица 113].

Таблица 113. Среднее значение окружности бедер, по возрастным группам и полу, (М, см)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	п	М	95% ДИ	п	М	95% ДИ
18–29	161	95,7	92,8–98,6	248	94,1	92,3–95,8
30–44	387	100,5	98,7–102,2	741	102,9	101,9–103,9
45–69	829	103,6	102,5–104,7	1161	108,8	107,7–109,9
18–69	1377	99,4	97,9–100,8	2150	101,6	100,6–102,6

Среднее соотношение объема талии и бедер

Согласно результатам обследования, соотношение средних значений объема талии и бедер как у мужчин, так и у женщин одинаково и составляет 0,9. При этом среди мужчин старшего возраста соотношение средних значений объема талии и бедер равно 1,0 (95% ДИ: 1,0–1,0) и превышает норму (СОТБ>0,90). Данный показатель превышает норму (СОТБ>0,86) среди женщин среднего и старшего возраста (Таблица 114).

Таблица 114. Соотношение средних значений объема талии и бедер, по возрастным группам и полу, (соотношение)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	n	Соотношение	95% ДИ	n	Соотношение	95% ДИ
18–29	161	0,9	0,9-0,9	248	0,9	0,8-0,9
30–44	387	0,9	0,9-1,0	740	0,9	0,9-0,9
45–69	829	1,0	1,0-1,0	1161	0,9	0,9-0,9
18–69	1377	0,9	0,9-0,9	2149	0,9	0,9-0,9

У 64,4% (95% ДИ: 59,1–69,8) мужчин и у 55,4% (95% ДИ: 50,6–60,2) женщин выявлено наличие абдоминального ожирения. При этом доля мужчин с абдоминальным ожирением в старшем возрасте (80,9%; 95% ДИ: 77,5–84,3) статистически значимо больше, чем у мужчин молодого возраста (51,3%; 95% ДИ: 40,1–62,6). Среди женщин доля лиц с абдоминальным ожирением статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе, достигая до 77,8% (95% ДИ: 74,2–81,4). Доля мужчин с абдоминальным ожирением в среднем возрасте статистически значимо больше (66,8%; 95% ДИ: 60,0–73,6) по сравнению с таковой у женщин этой возрастной группы (52,5%; 95% ДИ: 47,1–57,9) (Таблица 115).

Таблица 115. Доля населения, у которого соотношения значений объема талии и бедер (СОТБ) выше нормы (>0,90 для мужчин; >0,86 для женщин), по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	161	51,3	40,1–62,6	248	38,0	29,8–46,1
30–44	387	66,8	60,0–73,6	740	52,5	47,1–57,9
45–69	829	80,9	77,5–84,3	1161	77,8	74,2–81,4
18–69	1377	64,4	59,1–69,8	2149	55,4	50,6–60,2

Выводы:

- Средний рост мужчин составляет 170,1 см, вес 76,2 кг, женщин – 160,2 см, вес 68,9 кг;
- Среднее значение ИМТ составляет 26,6 кг/м² у мужчин – 26,3 кг/м² у женщин – 26,8 кг/м²;
- Более половины (56,4%) взрослого населения страны имеет избыточный вес (включая ожирение), 55,5% мужчин и 57,3% женщин;
- Почти четверть населения (23,5%) страны, свыше одной пятой части (21,5%) мужчин и четверть (25,5%) женщин имеют ожирение. С увеличением возраста статистически значимо увеличивается доля лиц с ожирением как у мужчин, так и у женщин;

- Среднее значение окружности талии у мужчин составляет 91,9 см, у женщин – 89,3 см. И у мужчин, и у женщин среднее значение окружности талии с возрастом статистически значимо увеличивается. У четверти (25,4%) мужчин и у почти половины (45,6%) женщин отмечается превышение нормы значения окружности талии. Доля лиц со значением окружности талии выше нормы с возрастом статистически значимо увеличивается у обоих полов, достигая почти половины (48,7%) мужчин и трех четвертей (73,9%) женщин в старших возрастах. У женщин, как независимо от возраста, так и в каждой возрастной группе, доля лиц со значением окружности талии выше нормы статистически значимо больше, чем у мужчин;
- Соотношение средних значений объема талии и бедер у мужчин и у женщин составляет 0,9. Данный показатель превышает норму среди мужчин старшего возраста и среди женщин среднего и старшего возрастов;
- Более половины мужчин (64,4%) и женщин (55,4%) имеют абдоминальное ожирение (СОТБ>0,90 для мужчин и СОТБ>0,86 для женщин). Абдоминальное ожирение статистически значимо больше распространено среди мужчин старшего возраста (80,9%) по сравнению с мужчинами молодого возраста (51,3%). Среди женщин распространенность абдоминального ожирения статистически значимо увеличивается в каждой последующей возрастной группе, достигая 77,8%. Абдоминальное ожирение более распространено среди мужчин среднего возраста (66,8%) по сравнению с женщинами этой возрастной группы (52,5%).

Биохимические показатели

Уровень глюкозы крови

В 2012 году диабет стал причиной 1,5 миллиона смертельных случаев в мире. Более высокое по сравнению с оптимальным содержание глюкозы в крови вызвало еще 2,2 миллиона смертей, повысив риск сердечно-сосудистых и других заболеваний. 43% из этих 3,7 миллиона смертей происходят в возрасте до 70 лет (29).

Результаты исследования показали, что среднее значение содержания глюкозы в крови натощак у жителей страны составляет 5,6 ммоль/л (95% ДИ: 5,5–5,7) ммоль/л. Как среди мужчин, так и среди женщин наблюдается увеличение уровня глюкозы в крови натощак с увеличением возраста: у мужчин он увеличивается с 5,3 (95% ДИ: 5,0–5,6) ммоль/л до 6,3 (95% ДИ: 6,0–6,5) ммоль/л, у женщин с 5,1 (95% ДИ: 4,9–5,2) ммоль/л до 6,3 (95% ДИ: 6,0–6,5) ммоль/л (Таблица 116).

Таблица 116. Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, по возрастным группам и полу, (М, ммоль/л)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18–29	174	5,3	5,0-5,6	285	5,1	4,9-5,2	459	5,2	5,0-5,3
30–44	414	5,5	5,3-5,7	781	5,3	5,2-5,5	1195	5,4	5,3-5,5
45–69	878	6,3	6,0-6,5	1197	6,3	6,0-6,5	2075	6,3	6,1-6,5
18–69	1466	5,6	5,5-5,8	2263	5,5	5,4-5,6	3729	5,6	5,5-5,7

У 13,5% (95% ДИ: 10,9–16,1) населения было выявлено нарушение гликемии натощак. Выявленное нарушение следует считать условным, т.к. в данном исследовании не оценивалась нарушенная толерантность к глюкозе (определение глюкозы крови через два часа после нагрузки, 75 г глюкозы среди лиц с нарушенной гликемией натощак) (Таблица 117).

Таблица 117. Доля населения с нарушенной гликемией натощак, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	174	15,8	7,3-24,3	285	9,2	5,3-13,1	459	12,5	7,8-17,2
30–44	414	15,0	10,3-19,7	781	12,5	9,6-15,4	1195	13,7	10,7-16,7
45–69	878	15,2	12,3-18,1	1197	14,2	11,4-17,1	2075	14,7	12,5-16,9
18–69	1466	15,4	11,1-19,6	2263	11,7	9,5-14,0	3729	13,5	10,9-16,1

Таблица 118. Доля населения с повышенным содержанием глюкозы в крови или в настоящее время принимающего антидиабетические лекарственные препараты, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	174	4,1	1,0-7,2	285	3,2	1,1-5,3	459	3,7	1,9-5,4
30–44	414	5,8	3,4-8,2	781	6,6	4,2-9,0	1195	6,2	4,5-7,9
45–69	878	18,1	15,4-20,9	1197	16,0	13,1-18,9	2075	17,0	14,9-19,1
18–69	1466	8,6	6,8-10,4	2263	8,2	6,7-9,6	3729	8,4	7,2-9,6

8,4% (95% ДИ: 7,2–9,6) населения страны имеют повышенное содержание глюкозы в крови или за последние 30 дней принимали антидиабетические лекарственные препараты. С увеличением возраста доля мужчин и женщин с повышенным содержанием глюкозы в крови или принимающих антидиабетические лекарственные препараты статистически значимо возрастает (Таблица 118).

Таблица 119. Доля населения, принимающего в настоящее время антидиабетические лекарственные препараты, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18–29	175	1,9	0,0-3,8	292	6,8	2,5-11,0	467	4,3	1,6-7,0
30–44	421	3,6	1,0-6,3	797	8,0	5,4-10,6	1218	5,9	4,3-7,5
45–69	892	7,6	5,5-9,6	1218	10,4	8,4-12,4	2110	9,1	7,5-10,7
18–69	1488	4,1	2,7-5,4	2307	8,3	5,9-10,6	3795	6,2	4,7-7,8

6,2 % (95% ДИ: 4,7–7,8) жителей сообщили, что за последние 30 дней принимают антидиабетические лекарственные препараты. Данный показатель среди мужчин статистически значимо ниже (4,1%; 95% ДИ: 2,7–5,4) по сравнению с женщинами (8,3%; 95% ДИ: 5,9–10,6). Доля мужчин, принимающих антидиабетические лекарственные препараты, с возрастом статистически значимо увеличивается: от 1,9% (95% ДИ: 0,0–3,8) в возрасте 18–29 лет до 7,6% (95% ДИ: 5,5–9,6) в возрасте 45–69 лет (Таблица 119).



у **13,5%**
населения страны имеет
**нарушение гликемии
натощак**

Результаты биохимического анализа крови натощак показали, что (Таблица 120):

- Среди ранее не диагностированного взрослого населения 7,4% (95% ДИ: 6,2–8,5) имеют повышенный уровень глюкозы в крови;
- 0,9% (95% ДИ: 0,5–1,2) составляют жители, у которых ранее было выявлено повышенное содержание глюкозы в крови, но не принимающие антидиабетические лекарственные препараты на момент проведения исследования;

- 6,2% (95% ДИ: 4,7–7,8) взрослого населения страны сообщили, что у них ранее был выявлен повышенный уровень глюкозы в крови и они принимают антидиабетические лекарственные препараты на момент проведения исследования.

Таблица 120. Распределение населения в зависимости от статуса и результатов диагностики повышенного уровня глюкозы в крови, а также лечения антидиабетическими лекарственными препаратами, по возрастным группам и полу, (%)

Возрастные группы (лет)	С повышенным уровнем глюкозы в крови, диагноз не установлен			С ранее диагностированным повышенным содержанием глюкозы в крови, лекарства не принимают		С ранее диагностированным повышенным содержанием глюкозы в крови, лекарства принимают	
	n	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Оба пола							
18–29	459	3,7	1,9-5,4	0,0	0,0-0,0	4,4	1,7-7,1
30–44	1197	5,8	4,2-7,5	1,1	0,2-2,1	6,0	4,4-7,7
45–69	2078	14,0	12,1-15,9	1,7	0,9-2,5	9,0	7,3-10,6
18–69	3734	7,4	6,2-8,5	0,9	0,5-1,2	6,2	4,7-7,8
Мужчины							
18–29	174	4,1	1,0-7,2	0,0	0,0-0,0	1,9	0,0-3,9
30–44	414	5,2	3,0-7,5	1,1	0,0-2,6	3,8	1,0-6,5
45–69	881	15,5	12,8-18,2	1,3	0,3-2,2	7,5	5,5-9,6
18–69	1469	7,7	6,0-9,4	0,7	0,1-1,2	4,1	2,7-5,5
Женщины							
18–29	285	3,2	1,1-5,3	0,0	0,0-0,0	6,9	2,6-11,2
30–44	783	6,3	4,0-8,7	1,2	0,2-2,2	8,1	5,5-10,8
45–69	1197	12,7	10,2-15,1	2,1	1,0-3,2	10,2	8,2-12,3
18–69	2265	7,0	5,6-8,4	1,0	0,6-1,5	8,3	5,9-10,7

Уровень холестерина и ЛПВП крови

Повышенный уровень холестерина ежегодно приводит к 2,6 млн случаев смерти, а также повышает риск заболеваний сердца и инсульта (21).

При анализе результатов исследования содержания холестерина и ЛПВП в крови были определены относительно низкие показатели, значимо отличающиеся от данных исследования STEPS ВОЗ от 2014 г.

Исследование содержания холестерина и ЛПВП в крови в биохимическом анализаторе имеет высокую чувствительность к температуре окружающей среды при оптимальной температуре функционирования +20 градусов С. Исследование было проведено в летне-осенний период, когда в стране были зафиксированы рекордно высокие температуры. Вероятно, получение недостоверных результатов уровня общего холестерина и ЛПВП в крови связано именно с данным температурным фактором. Исходя из этого, в отчет не были включены результаты содержания холестерина и ЛПВП в крови.



6,2%

населения в настоящее время принимают

антидиабетические лекарственные препараты

Выводы:

- Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак составляет 5,6 ммоль/л. С увеличением возраста отмечается статистически значимое увеличение уровня глюкозы в крови натощак как среди мужчин, так и среди женщин;
- У 13,5% населения страны выявлено нарушение гликемии натощак;
- 8,4% населения имеют повышенное содержание глюкозы в крови или принимают антидиабетические лекарственные препараты. Доля этих жителей с возрастом статистически значимо увеличивается;
- 6,2% населения в настоящее время принимают антидиабетические лекарственные препараты. Данный показатель среди мужчин статистически значимо меньше (4,1%) по сравнению с таковым у женщин (8,3%). Доля мужчин, принимающих антидиабетические лекарственные препараты, с возрастом увеличивается: с 1,9% в возрасте 18–29 лет до 7,6% в возрасте 45–69 лет;
- Среди не обследованного ранее взрослого населения 7,4% имеют повышенный уровень глюкозы в крови и этот показатель увеличивается с возрастом как среди мужчин, так и среди женщин.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний и совокупные факторы риска

В связи с недостоверностью результатов содержания холестерина и липидов в крови в данном исследовании не были определены риск сердечно-сосудистых заболеваний и показатели распространенности сочетаний нескольких факторов риска. Это объясняется тем, что риск сердечно-сосудистых заболеваний вычисляется с учетом содержания холестерина в крови.

> Общие выводы

Результаты проведенного исследования показали, что:

- 16,5% населения страны в настоящее время являются потребителями табака (курительного и бездымного). Табачные изделия в основном употребляют мужчины (32,9%) и лишь 0,8% женщин;
- 14,9% населения употребляют табак ежедневно. Доля мужчин, ежедневно употребляющих табак составляет 29,9%, женщин – 0,6%;
- Каждый второй некурящий взрослый житель страны (47,4%) подвергается воздействию вторичного табачного дыма дома и почти каждый третий (37,5%) – на рабочем месте;
- 4,7% жителей в настоящее время являются потребителями алкоголя. Алкоголь употребляют в основном мужчины (8,7%) и лишь 0,8% женщин;
- У 2,7% мужчин и 0,2% женщин выявлено эпизодическое употребление алкоголя в больших разовых количествах. 0,6% мужчин употребляют алкоголь ежедневно;
- 16% населения страны потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день, более трети (36,6%) жителей всегда или часто досаливают, или добавляют соленый соус к своей пище перед ее употреблением или непосредственно во время еды и свыше трети (36,2%) всегда или часто употребляют переработанные продукты с высоким содержанием соли;
- 26,1% населения не соответствуют рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья;
- 19% женщин в возрасте 30–49 лет хотя бы один раз в жизни прошли скрининг рака шейки матки;
- Почти третья часть (38%) жителей страны, включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию, имеет повышенное артериальное давление на уровне САД \geq 140 и/или ДАД \geq 90 мм. рт. ст.;
- 56,4% населения страны имеют избыточную массу тела, 23,5% – ожирение. Более половины мужчин (64,4%) и женщин (55,4%) имеют абдоминальное ожирение (СОТБ > 0,90 для мужчин и СОТБ > 0,86 для женщин);
- У 8,4% жителей зарегистрировано повышенное содержание глюкозы в крови, либо они в настоящее время принимают антидиабетические лекарственные препараты; у 13,5% населения выявлено нарушение гликемии натощак.

Для мужчин характерными факторами риска НИЗ являются потребление различных видов табака (курительного и бездымного), алкоголя, повышенное артериальное давление.

Для женщин – недостаточная физическая активность, избыточный вес, ненадлежащий охват скринингом рака шейки матки.

В группе населения 30–44 года 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 и абдоминального ожирения, повышенным уровнем глюкозы и общего холестерина в крови.

Результаты проведенного исследования представляют важную информацию о распространенности факторов риска НИЗ, полученную в динамике при проведении очередного раунда исследования ВОЗ STEPS, и могут быть использованы для оценки достижения Целей устойчивого развития ООН до 2030 г., а также служить основой для определения приоритетов и эффективного планирования целевых мероприятий по профилактике и контролю НИЗ в Республике Узбекистан.

> Сравнительный анализ результатов исследования STEPS 2014 г. и 2019 г.

Методология и инструменты настоящего исследования STEPS ВОЗ, а также проведенного исследования в 2014 г. являются практически идентичными [7]. В связи с этим результаты этих исследований сопоставимы.

Основным отличием между настоящим и ранее проведенным исследованием является то, что в исследовании, проведенном в 2014 г., было охвачено население в возрасте от 18 до 64 лет, тогда как в настоящем исследовании – в возрасте от 18 до 69 лет. При сопоставлении данных необходимо иметь в виду, что такое расширение возрастного диапазона почти не отражается на данных об общем уровне распространенности факторов риска НИЗ, однако может незначительно влиять на результаты, полученные в старшей возрастной группе (45–64 лет или 45–69 лет).

Ниже представлены основные статистически значимые изменения уровня распространенности факторов риска НИЗ среди населения Республики Узбекистан в 2019 г. в сравнении с 2014 г.:

- Доля мужчин, употребляющих в настоящее время табачные изделия (курительный и/или бездымный табак), снизилась с 42,4% (95% ДИ: 37,9–46,8) до 32,9% (95% ДИ: 28,0–37,8). При этом доля мужчин, употребляющих в настоящее время курительный табак, сократилась с 26,8% (95% ДИ: 23,0–30,5) до 18,8% (95% ДИ: 15,3–22,2).
- Доля населения, подвергающегося в настоящее время воздействию вторичного табачного дыма дома, увеличилась с 21,0% (95% ДИ: 18,5–23,5) до 47,4% (95% ДИ: 42,6–52,1). Аналогично увеличилась с 15,6% (95% ДИ: 13,2–18,0) до 37,5% (95% ДИ: 32,6–42,3) и доля населения, подвергающегося воздействию вторичного табачного дыма в закрытых помещениях на работе;
- Доля населения, употребляющего в настоящее время алкоголь, сократилась с 18,6% (95% ДИ: 16,8–20,4) до 4,7% (95% ДИ: 3,4–5,9). Данная тенденция наблюдается как среди мужчин (снижение с 30,7% (95% ДИ: 27,4–34,0) до 8,7% (95% ДИ: 6,1–11,3)), так и среди женщин (снижение с 5,7% (95% ДИ: 4,3–7,1) до 0,8% (95% ДИ: 0,3–1,4));
- Доля населения, которое всегда или часто досаливает или добавляет соленый соус в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды, увеличилась с 15,6% (95% ДИ: 13,2–18,0) до 36,6% (95% ДИ: 32,7–40,5);

- Доля населения, употребляющего пищу, приготовленную преимущественно на растительном масле, снизилась с 96,1% (ДИ 95%: 86,7–92,7) до 89,7% (ДИ 95%: 95,1–97,0). Увеличилась доля населения, употребляющего пищу, приготовленную преимущественно на животном жире, с 1,1% (0,7–1,6) до 9,4% (ДИ 95%: 6,5–12,4);
- Доля населения, у которого физическая активность не соответствует рекомендациям ВОЗ по физической активности, необходимой для поддержания здоровья, увеличилась с 16,4% (95% ДИ: 13,6–19,1) до 26,1% (95% ДИ: 23,0–29,3). Данный показатель среди мужчин увеличился с 10,6% (95% ДИ: 7,9–13,3) до 20,5% (95% ДИ: 16,7–24,4);
- Доля населения, имеющего низкий уровень физической активности, не соответствующий рекомендациям ВОЗ, увеличилась с 22,3% (95% ДИ: 19,4–25,3) до 36,2% (95% ДИ: 32,3–40,1). Данная тенденция наблюдается как среди мужчин – увеличение с 15,4% (95% ДИ: 12,3–18,4) до 28,6% (95% ДИ: 23,8–33,3), так и среди женщин – с 29,9% (95% ДИ: 26,1–33,6) до 43,1% (95% ДИ: 38,4–47,9);
- Доля населения, имеющего высокий уровень физической активности согласно рекомендациям ВОЗ, сократилась с 57,6% (95% ДИ: 54,4–60,7) до 40,9% (95% ДИ: 36,2–45,7). Аналогичная тенденция наблюдалась и у мужчин, и у женщин: с 68,7% (95% ДИ: 64,7–72,6) до 50,9% (95% ДИ: 44,7–57,1), и с 45,6% (95% ДИ: 41,5–49,8) до 31,9% (95% ДИ: 27,3–36,4), соответственно;
- Доля населения с избыточным весом, включая ожирение ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$), увеличилась с 50,1% (95% ДИ: 47,5–52,6) до 56,4% (95% ДИ: 53,5–59,4);
- Среднее значение окружности талии увеличилось у мужчин с 89,1 (95% ДИ: 88,2–89,9) см до 91,9 (95% ДИ: 90,7–93,2) см и у женщин с 85,5 (95% ДИ: 84,7–86,3) см до 89,3 (95% ДИ: 87,9–90,6) см. Соответственно, увеличилась доля мужчин с окружностью талии выше нормы ($>0,90 \text{ см}$) – с 17,1% (95% ДИ: 14,7–19,5) до 25,4% (95% ДИ: 21,3–29,4). Такая же картина наблюдалась среди женщин: значение окружности талии выше нормы ($>0,86 \text{ см}$) увеличилась с 32,2% (95% ДИ: 29,8–34,7) до 45,6% (95% ДИ: 41,7–49,6);
- Среднее соотношение объема талии и бедер увеличилось у мужчин старшего возраста с 0,9 (95% ДИ: 0,9–1,0) до 1,0 (95% ДИ: 1,0–1,0), у женщин среднего возраста с 0,8 (95% ДИ: 0,8–0,8) до 0,9 (95% ДИ: 0,9–0,9);
- Доля мужчин с абдоминальным ожирением ($СОТБ > 0,90$) увеличилась с 40,4% (95% ДИ: 36,9–43,8) до 64,4% (95% ДИ: 59,1–69,8). Также, увеличилась доля женщин с абдоминальным ожирением ($СОТБ > 0,86$) с 32,4% (95% ДИ: 29,5–35,3) до 55,4% (95% ДИ: 50,6–60,2);
- Доля населения с повышенным артериальным давлением ($САД \geq 140$ и/или $ДАД \geq 90 \text{ мм.рт.ст.}$), включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию, увеличилась с 30,8% (95% ДИ: 28,3–33,2) до 38,0% (95% ДИ: 34,3–41,7), среди женщин – с 27,5% (95% ДИ: 24,7–30,2) до 37,4% (95% ДИ: 33,3–41,5);

- Доля населения с повышенным артериальным давлением (САД \geq 140 и/или ДАД \geq 90 мм.рт.ст.), не получающих гипотензивную терапию в настоящее время по рекомендации врача, сократилась с 63,8% (95% ДИ: 58,4–69,2) до 50,4% (ДИ 95%: 43,3–57,5);
- Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая у тех, кто в настоящее время принимает лекарственные препараты для снижения уровня в глюкозы крови, увеличилось с 5,0 ммоль/л (95% ДИ: 4,9–5,1) до 5,6 ммоль/л (95% ДИ: 5,5–5,7). Данный показатель среди мужчин увеличился с 5,0 ммоль (95% ДИ: 4,9–5,1) до 5,6 ммоль (95% ДИ: 5,5–5,8), среди женщин – с 5,0 ммоль (95% ДИ: 4,9–5,1) до 5,5 ммоль (95% ДИ: 5,4–5,6);
- Доля населения с нарушенной гликемией натощак (т.е. с уровнем глюкозы в цельной капиллярной крови \geq 5,6 ммоль/л и $<$ 6,1 ммоль/л) увеличилась с 8,4% (95% ДИ: 7,0–9,7) до 13,5% (95% ДИ: 10,9–16,1). Такая тенденция отмечается и среди мужчин – с 7,3% (95% ДИ: 5,6–9,1) до 15,4% (95% ДИ: 11,1–19,6);
- Доля населения, которому медицинский работник за последние 12 месяцев хотя бы однажды рекомендовал бросить или не начинать употреблять табак, сократилась с 56% (95% ДИ: 51,4–60,6) до 25,3% (95% ДИ: 18,9–31,8).

Выводы:

- В период с 2014 по 2019 г. сократилась доля:
 - мужчин, употребляющих табак (за счет курительного табака);
 - населения, употребляющего алкоголь.
- За этот же период увеличилась доля населения:
 - всегда или часто досаливающего или добавляющего соленый соус в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды;
 - употребляющего пищу, приготовленную преимущественно на животном жире;
 - с недостаточной физической активностью;
 - с избыточным весом и ожирением;
 - с повышенным артериальным давлением (САД \geq 140 и/или ДАД \geq 90 мм.рт.ст.), включая получающих в настоящее время гипотензивную терапию;
 - с нарушенной гликемией натощак.

➤ Список ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Информационный бюллетень ВОЗ. Неинфекционные заболевания. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, по состоянию на 27 июля 2022 г.).
2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659–1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.
3. Резолюция EUR/RC66/11 Европейского регионального комитета ВОЗ о Плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338277/66rs11r-NCDActionPlan-160774.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 21 декабря 2017 г.).
4. World Health Organization, World Economic Forum. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/WHO%20From%20Burden%20to%20Best%20Buys.pdf, accessed 26 July 2022).
5. Резолюция, принятая на Семидесятой сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 года. 70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. ООН; 2015 (https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_ru.pdf, по состоянию на 27 июля 2022 г.).
6. Расчетные стандартизованные показатели по полу и возрасту вычислены на основе статистических данных, предоставленных Государственным комитетом по статистике Республики Узбекистан (письмо от 19 июля 2021 г. № 01/5-02-16/2-247). Ташкент; 2021.
7. Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения. Отчет «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» (STEPS ВОЗ, 2014 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/uzbekistan>, по состоянию на 26 июля 2022 г.).
8. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане. Аргументы в пользу инвестирования. Подготовлено для Министерства здравоохранения Узбекистана Европейским региональным бюро ВОЗ и Программой развития ООН. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/uzbekistan/bizzcase-uzb-ru.pdf?sfvrsn=8c0f21a8_4&download=true, по состоянию на 26 июля 2022 г.).
9. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Ташкент; [без даты] (<https://stat.uz/ru/ofitsialnaya-statistika/demography>, по состоянию на 15 марта 2021 г.).
10. Письмо Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике от 21 февраля 2018 г. № 01/4-12-17/2-62. Ташкент; [без даты]
11. Письмо Республиканского совета по координации деятельности органов самоуправления граждан от 30 апреля 2018 г. № 02-06/269. Ташкент; [без даты]
12. Руководство по методологии исследования STEPS ВОЗ. Эпиднадзор за факторами риска НИЗ. Часть 6. Шаблоны и формы. Раздел 3 Д. Шаблон журнала данных. 6-3С-71. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/manuals>, по состоянию на 26 июля 2022 г.).
13. Письмо Этического комитета Министерства здравоохранения от 28 февраля 2019 г. № 2/23. Ташкент; [без даты]
14. Адаптированные клинические протоколы по основным неинфекционным заболеваниям. Для учреждений первичной медико-санитарной помощи. Ташкент: Министерство здравоохранения Республики Узбекистан; 2018.

15. Табак. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022. (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, по состоянию на 26 июля 2022 г.).
16. Addiction at any cost: Philip Morris International uncovered. New York, USA: Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP); 2018 (https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP_Report_Addiction-At-Any-Cost.pdf, accessed 1 July 2021).
17. Информационный бюллетень. Табак и здоровье полости рта. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/369654/Fact-Sheet-on-Tobacco-and-Oral-Health-2018-rus.pdf, по состоянию на 26 июля 2022 г.).
18. Информационный бюллетень. Табак и организм человека. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324848/WHO-NMH-PND-19.1-rus.pdf?ua=1>, по состоянию на 27 июля 2022 г.).
19. Алкоголь. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>, по состоянию на 1 августа 2022 г.).
20. Руководство: Потреблению натрия для взрослых и детей. Резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77985/WHO-NMH-NHD_13.2_rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 1 августа 2022 г.).
21. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112551/9789244564226_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y по состоянию на 1 августа 2022 г.).
22. Информационный бюллетень ВОЗ. Основные факты. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 ([https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer), по состоянию на 1 августа 2022 г.).
23. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний: доклад Совместного консультативного совещания экспертов ВОЗ/ФАО. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42665>, по состоянию на 1 августа 2022 г.).
24. Ожирение и избыточный вес. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, по состоянию на 1 августа 2022 г.).
25. Després JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ*. 2001 Mar 24;322(7288):716-20. doi: 10.1136/bmj.322.7288.716.
26. Dagenais GR et al. Increased occurrence of diabetes in people with ischemic cardiovascular disease and abdominal obesity. *Canadian Journal of Cardiology*, 2003, 19:1387-1391.
27. Dagenais GR et al. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 2005, 149:54-60. doi: 10.1016/j.ahj.2004.07.009.
28. Seidell JC et al. Waist and hip circumferences have independent and opposite effects on cardiovascular disease risk factors: the Quebec Family Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 74:315-321. <https://doi.org/10.1093/ajcn/74.4.562>.
29. Глобальный доклад по диабету. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275388/9789244565254-rus.pdf>, по состоянию на 1 августа 2022 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Италия	Сербия
Азербайджан	Казахстан	Словакия
Албания	Кипр	Словения
Андорра	Кыргызстан	Соединенное Королевство
Армения	Латвия	Таджикистан
Беларусь	Литва	Туркменистан
Бельгия	Люксембург	Турция
Болгария	Мальта	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Монако	Украина
Венгрия	Нидерланды	Финляндия
Германия	Норвегия	Франция
Греция	Польша	Хорватия
Грузия	Португалия	Черногория
Дания	Республика Молдова	Чехия
Израиль	Российская Федерация	Швейцария
Ирландия	Румыния	Швеция
Исландия	Сан-Марино	Эстония
Испания	Северная Македония	

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.who.int/europe

WHO/EURO:2022-6795-46561-67569